



RPC Prévention et protection périnéale : Interventions pour diminuer le risque de lésions périnéales

Camille Le Ray

Maternité Port Royal INSERM U1153 équipe EPOPé, Paris

Guidelines

Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines



Introduction: The objective of these clinical practice guidelines was to analyse all of the interventions during pregnancy and childbirth that might prevent obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and postnatal pelvic floor symptoms.



Définitions

• Prévention périnéale obstétricale =

- Ensemble des mesures, au cours de la grossesse et l'accouchement
- > Réalisées par les professionnels de la naissance
- > Permettant de limiter/éviter la survenue de lésions et dysfonctions périnéales postnatales
- > + Actions de formation destinées à ces professionnels

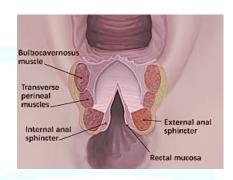


Définitions

- Lésion périnéale = toute lésion anatomique visualisée au moment de l'accouchement spontané
 - ➤ LOSA +++ (lésions obstétricales du sphincter anal) : déchirures périnéales graves comprenant une atteinte du sphincter de l'anus
- **Dysfonction périnéale** = ensemble des symptômes périnéaux, définitifs ou transitoires, dont se plaindront les patientes après un accouchement
 - > Incontinences urinaires ou anales, douleurs, prolapsus



Définition d'une LOSA



Périnée complet



Ancienne nomenclature

OASIS: Obstetrical Anal Sphincter InjurieS





LOSA = Lésion Obstétricale du Sphincter Anal



Nouvelle nomenclature

Classification des déchirures périnéales obstétricales

	Classification française	Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
	Périnée intact		Sans
	Périnée superficiel	1 ^{er} degré	Epithélium vaginal ou vulvaire
	Périnée simple	2 ^{ème} degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
	Périnée complet	3 ^{ème} degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
LOSA		3ème degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^{ème} degré-c	Sphincter anal interne (musculeuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^{ème} degré	Muqueuse rectale



Définition d'une LOSA

LOSA	Périnée complet	3 ^{ème} degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe	
		3ème degré-b	Plus de 50 % du sphincter ana externe	
		3 ^{ème} degré-c	Sphincter anal interne (musculeuse rectale)	
	Périnée complet compliqué	4 ^{ème} degré	Muqueuse rectale	

Meilleurs pronostics fonctionnels
(incontinence anale)
Meilleurs paramètres manométriques
(pression de repos, pression de contraction)

- bons pronostics fonctionnels (incontinence anale)
- bons paramètres manométriques
 (pression de repos, pression de contraction)



Méthodologie des RPC

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations		
Niveau 1			
 Essais comparatifs randomisés de forte puissance. 	Α		
 Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. 	Preuve scientifique établie.		
 Analyse de décision basée sur des études bien menées. 			
Niveau 2			
 Essais comparatifs randomisés de faible puissance. 	В		
Études comparatives non randomisées bien menées.	Présomption scientifique.		
Études de cohorte.			
Niveau 3			
Études cas-témoins.			
Niveau 4	С		
Études comparatives comportant des biais importants.	Faible niveau de preuve.		
Études rétrospectives.			
Séries de cas.			

- Recherche systématique et hiérarchisée des études par les experts et rédacteurs avec NP pour répondre aux questions posées
- Les textes sont utilisés pour écrire les conclusions gradées
- Recommandations discutées par l'ensemble du groupe de travail



Facteurs de risque de LOSA

Une méta-analyse, 22 études, 651934 patientes

	Facteur de risque	OR (IC 95%)	Significatif
U	In accouchement instrumental	5,10 (3,33-7,83)	oui
Li	a nulliparité	3,24 (2,20-4,76)	oui
U	In travail long	1,95 (1,56-2,44)	oui
La	a présentation postérieure	3,09 (1,81-5,29)	oui
U	Ine épisiotomie médiane	3,82 (1,96-7,42)	oui

+ Paramètres non analysés dans la méta-analyse



Facteurs de risque de LOSA

Facteur de risque	Auteur	Etude	population	Prévalence LOSA	OR (IC 95%)
	Brown 2017	Cohorte rétrospective	10 750	5,7%	2,31 (1,68-3,17)
Macrosomie	Jangö 2014	Registre	214 256	6,5%	2,76 (2,62-2,90)
Wide Ose in C	Gurol-Urganci 2013	Registre	1 035 523	1,8 à 5,9%	2,27(2,18–2,36)
Age maternel	Baghestan 2012	Registre	828 864	2,8%	1,8 (1,0-3,4)
élevé (35 à 40 ans)	Gurol-Urganci 2013	Registre	1 035 523	1,8 à 5,9%	1,07 (1,04-1,11))
	Elfaghi 2004	Registre	832 950	1%	4,2 (3,8-4,6)
Antécédents de	Jangö 2012	Registre	159 446	4,6%	5,9 (5,3-6,5)
LOSA	Edozien 2014	Registre	639 402	3,8%	5,5 (5,2-5,9)
	Spydslaug 2005	Registre	486 463	0,6%	4,3 (3,8-4,8)



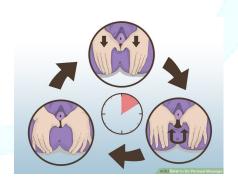
INTERVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE



Prévention au cours de la grossesse

Massage périnéal

Le massage périnéal au cours de la grossesse diminue le taux d'épisiotomie (NP1) ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le postpartum (NP2). Le massage périnéal au cours de la grossesse ne diminue pas le taux de LOSA (NP1), ou le taux d'incontinence urinaire en postpartum (NP2).



Le massage périnéal pendant la grossesse doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (grade B).

→ Ce qui semble être efficace est un massage périnéal pratiqué par la femme ou le/la partenaire, au minimum trois fois par semaine, initié à 36 SA





Composition:

- (1) Ballon gonflable de forme anatomique en silicone médical
- (2) Pompe manuelle
- (3) Indicateur de pression
- (4) Valve de purge d'air
- (5) Tube d'alimentation



Dispositif EPI-NO

Kamisan Atan et al., 2016

- Etude Australienne, randomisée, contrôlée
- 660 nullipares => évaluation clinique et échographique fin T3 + M3-6 postpartum
- Pas de différence concernant les taux de lésions pelvi-périnéales, (51 versus 53%, RR 0,96, IC95% 0,78-1,17)
- Plus de lésions du sphincter anal externe ont été observés à l'échographie dans le groupe intervention, mais avec un seuil de significativité non atteint, (21 versus 14%, RR 1,44, IC95% 0,97-2,20)

L'utilisation du dispositif Epi-No n'apporte pas de bénéfice en termes de protection périnéale obstétricale (NP1).

 L'utilisation du dispositif Epi-No pendant la grossesse n'est pas recommandée pour prévenir les LOSA (grade B).



Exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (ERMPP)

Les ERMPP ne préviennent pas du risque de lésions périnéales obstétricales (NP2);

- ils diminuent la prévalence de l'incontinence urinaire dans le postpartum entre 3 et 6 mois
- mais ne diminuent pas la prévalence de l'incontinence urinaire à 12 mois du postpartum (NP2).
- Pour prévenir les LOSA, il n'est pas recommandé de pratiquer des ERMPP pendant la grossesse (grade B).
- Pour la prévention de l'incontinence urinaire, l'absence d'effet démontré à moyen terme ne permet pas de formuler une recommandation (AP).



INTERVENTIONS AU COURS DU TRAVAIL



Positions maternelles -1er stade



- La mobilisation maternelle et les postures maternelles durant le 1^{er} stade du travail n'ont pas montré d'effet pour diminuer le risque de LOSA (NP3)
- Il n'y a pas lieu de recommander une posture maternelle plutôt qu'une autre durant le 1^{er} stade du travail en vue de diminuer le risque de LOSA (grade C)
- Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la confortable durant le 1^{er} stade du travail (Accord Professionnel)



Positions maternelles -2^e stade



- Il n'existe pas de posture particulière lors du 2^e stade du travail, ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres pour la prévention des lésions périnéales obstétricales dont les LOSA ou l'incontinence (urinaire et fécale) postnatale (NP2)
- Il n'y a pas lieu de recommander une posture plutôt qu'une autre lors du 2^e stade du travail pour diminuer le risque de LOSA (grade B) ou d'incontinence urinaire ou fécale à 1 an du postpartum (grade B)
- Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le 2^e stade du travail (Accord Professionnel)



NATIONALES Rotation manuelle

- La rotation manuelle des variétés céphaliques postérieures en antérieures lors du 2^e stade du travail pourrait permettre de diminuer le taux d'accouchement instrumental, sans pour autant qu'une diminution du risque de lésions périnéales ou de LOSA ait été clairement démontré (NP3)
- En cas de variété postérieure, la littérature ne permet pas de statuer sur l'intérêt de la réalisation d'une rotation manuelle à dilatation complète afin de diminuer le risque de lésion périnéale (Accord Professionnel)



Réduire la durée du 2^e stade du travail

Les principaux facteurs associés à la survenue de LOSA sont la nulliparité et l'accouchement instrumental

Expectative
= travail plus long
+/- LOSA
Durée maximale?



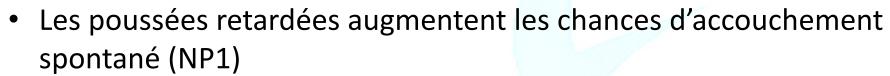
Accouchement instrumental = risque augmenté de LOSA

- Les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale du 2^e stade du travail (NP3)
- Réaliser un accouchement instrumental à seule fin de diminuer la durée du 2^e stade du travail pourrait augmenter le risque de LOSA (NP3)



Techniques de poussées de de poussées





- Il est recommandé, quand l'état maternel et fœtal le permettent, de retarder de début des efforts expulsifs (grade A)
- Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique de poussée plutôt qu'une autre, afin de diminuer le risque de LOSA (grade B)
- Il est recommandé d'encourager la femme à pousser de la manière la plus efficace (Accord Professionnel)





Massage périnéal et application de compresses chaudes



- Le massage périnéal durant le 2^e stade du travail semble diminuer le risque de LOSA (NP2)
- L'application de compresses chaudes durant le 2^e stade du travail semble diminuer le risque de LOSA (NP2)
- Compte tenu de la qualité méthodologique et de l'hétérogénéité des études, nous n'avons pas statué sur leur utilisation en pratique clinique
- D'autres études dans le contexte français idéalement non nécessaires



INTERVENTIONS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT



ONALES Gestion manuelle du dégagement



- Le degré d'ampliation du périnée au cours du 2ème stade du travail ne semble pas être un FDR de LOSA, d'incontinence du post-partum, de trouble sexuels (NP3)
- Une ampliation importante du périnée n'est pas une indication d'épisiotomie (accord professionnel)
- Le contrôle manuel de la présentation et le soutien du périnée postérieur lors de l'expulsion semblent diminuer le taux de LOSA (NP3)
- Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation pour diminuer le risque de LOSA (Grade C)



Gestion manuelle du dégagement de la dégagement



- La manœuvre de Couder, qui consiste à abaisser le membre antérieur lors du dégagement des épaules fœtales, semble diminuer le taux de déchirures périnéales du second degré et augmenter le taux de périnée intact (NP3)
- Malgré l'absence de littérature à ce sujet, il apparaît de bonne pratique de contrôler visuellement le dégagement de l'épaule postérieure (accord professionnel)



- L'accouchement instrumental est le principal facteur de risque de LOSA
- La ventouse semble générer moins de LOSA que les autres instruments(NP3)
- Si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA (grade C)
- La pratique de l'épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental semble être associée à une réduction du taux de LOSA (NP3)
- La pratique systématique d'une épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental n'est pas recommandée (accord professionnel)



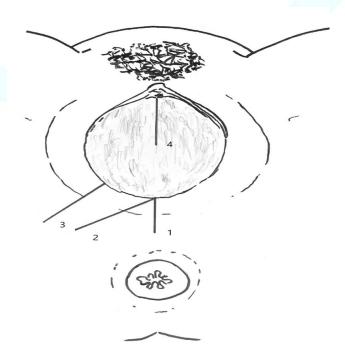
NATIONALES Réalisation d'une épisiotomie

- Comparé à une <u>pratique libérale</u> de l'épisiotomie, le nombre de périnées intacts est plus grand en cas de <u>pratique restrictive</u> sans augmentation du nombre de LOSA (NP1)
- Cependant, il n'existe aucune série rapportant une utilisation nulle de l'épisiotomie (0 %) (NP1)
- L'indication d'une épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction de facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel)
- Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie



NATIONALES Réalisation d'une épisiotomie

- Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (Grade A)
- Lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médiolatérale (Grade B)
- L'angle d'incision recommandé au moment de la réalisation d'une épisiotomie médiolatérale est de 60° (Grade C)





NATIONALES De la bienveillance et de la bientraitance!

Au cours de la grossesse <u>et à nouveau en salle de travail</u>, il est recommandé :

- de s'intéresser aux attentes des femmes
- de les informer sur les modalités de l'accouchement

