Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 802—811

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Prise en charge des périnées complets (déchirure périnéale stade 3 et 4) : revue de la littérature

Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review

A. Villot[a,b], X. Deffieux[a,b], G. Demoulin[a], A.-L. Rivain[a], C. Trichot[a], T. Thubert[a,*,b]

[a] *Service de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, AP—HP, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92140 Clamart, France*
[b] *GMC-UPMC 01, GREEN (Group of clinical research in neuro-urology, university Pierre and Marie Curie), hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France*

Reçu le 11 mars 2015 ; avis du comité de lecture le 1er juin 2015 ; définitivement accepté le 3 juin 2015
Disponible sur Internet le 2 juillet 2015

MOTS CLÉS
Périnée complet ;
Déchirure du 3e et 4e degrés ;
Incontinence anale ;
Rééducation périnéale ;
Réparation chirurgicale

Résumé Il s'agit d'une revue de la littérature réalisée sur Pubmed, Medline, Embase et Cochrane dont le but était de faire un état des lieux sur la prévalence des périnées complets, leurs facteurs de risque, leur prise en charge et pronostic fonctionnel. La prévalence des lésions périnéales du 3e et 4e degrés varie selon les études de 2,95 % quelle que soit la parité à 25 % chez les nullipares. Vingt-huit pour cent à 48 % de ces lésions sont occultes. Les facteurs de risque en analyse multivariée étaient : le forceps (OR 6,021 [IC 95 % 1,23—19,45]), la nulliparité (OR 9,8 [IC 95 % 3,6—26,2]), l'âge gestationnel supérieur à 42 SA (OR 2,5 [IC 95 % 1—6,2]), la pression du fond utérin lors de la poussée (OR 4,6 [IC 95 % 2,3—7,9]), l'épisiotomie médiane (OR 5,5 [IC 95 % 1,4—18,7]) ou encore le poids de naissance (OR 1,3 [IC 95 % 1,1—1,6]). Il n'existait pas de différence entre les deux techniques de réparation sphinctérienne. Le traitement laxatif a montré un intérêt dans le post-partum immédiat. Les données concernant l'intérêt de la rééducation sont contradictoires. Le pronostic fonctionnel après réparation montre un taux d'incontinence anale à 6 mois du post-partum de 3,6 % (stade 3) à 30,8 % (stade 4). À 30 ans la prévalence de l'incontinence fécale secondaire atteint 6,9 %.
© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : thibault.thubert@gmail.com (T. Thubert).

http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.005
0368-2315/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Anal sphincter injury;
Third and fourth degree tear;
Anal incontinence;
Pelvic floor rehabilitation;
Surgery

Summary This was a comprehensive literature review using Pubmed, Medline, Embase and Cochrane, whose aim was to analyse the prevalence of anal sphincter injuries, their risk factors, their management and their functional prognosis. The prevalence of 3rd and 4th degree perineal tears varies between studies from 2.95% regardless the parity to 25% in nulliparous women. Twenty-eight percent to 48% of these lacerations were clinically occult. Perineal tears were associated with (multivariate analysis) forceps (6.021 [IC 95% 1.23—19.45]), nulliparity (OR 9.8 [IC 95% 3.6—26.2]), gestational age over 42 SA (OR 2.5 [IC 95% 1—6.2]), fundal pressure (OR 4.6 [IC 95% 2.3—7.9]), midline episiotomy (OR 5.5 [IC 95% 1.4—18.7]) or fetal weight in interval of 250 g (OR 1.3 [IC 95% 1.1—1.6]). There was no difference between the sphincter repair techniques. Post-partum laxative use showed less painful bowel motion and earlier postnatal discharge. Data concerning rehabilitation were contradictory. The rate of anal incontinence 6 months after vaginal delivery were 3.6% following third degree of perineal tear and 30.8% in case of fourth degree of perineal tear. Thirty years after anal sphincter disruption, the prevalence of fecal incontinence reached 6.9%.
© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La définition des lésions périnéales obstétricales est variable selon les pays. La définition anglo-saxonne établie par le Royal College of Obstetricians and Gynecologists est la plus utilisée dans la littérature [1]. Les lésions du 3e et 4e degrés correspondent respectivement au périnée complet et périnée complet compliqué. La déchirure du sphincter anal survient au moment de l'ampliation maximale du périnée postérieur lors de la déflexion de la tête fœtale ou du dégagement du bras postérieur. Même si de nombreux facteurs de risques ont été mis en évidence au fil des années, sa prévalence semble rester stable. La prise en charge des périnées complets n'a pas fait l'objet de recommandations de prise en charge consensuelle, bien que les conséquences de ces lésions du sphincter anal soient nombreuses : incontinence aux gaz, incontinence aux selles, urgences défécatoires, dyspareunies ou retentissement psychologique [2—5] [2,4,5,3]. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux sur la prévalence des périnées complets, leurs principaux facteurs de risque, leur prise en charge et en évaluer le pronostic fonctionnel en termes d'incontinence anale du post-partum.

Matériel et méthode

La recherche bibliographique a été constitué à l'aide des bases de données Pubmed, Medline, Embase et Cochrane en utilisant les termes suivants : *anal incontinence*, *fecal incontinence*, *third and fourth degree tear*, *pelvic injury*, *sphincter injury*, *anal sphincter*. Parmi les 172 références retrouvées ont été retenus 34 articles comprenant des essais comparatifs randomisés ou non, des études de cohorte et des méta-analyses de langue anglaise ou française publiés jusqu'à février 2015.

Résultats

Prévalence clinique

Selon les outils diagnostiques utilisés (clinique, échographie trans-périnéale ou trans-anale) et la parité des patientes, la prévalence des lésions périnéales du 3e et 4e degrés varie de 6,6 % à 25 % pour le diagnostic clinique de périnée complet chez la nullipare [4,6,7] à 2,95 % à 9,7 % pour les déchirures du 3e et 4e degrés quelle que soit la parité [5,3,8]. Concernant les lésions occultes, la prévalence des lésions périnéales du 3e et 4e degrés semblaient être plus importante : 35 % chez les nullipares à 40 % chez les multipares [9]. La discordance de prévalence des périnées complets entre les études pourrait être expliquée par une reconnaissance clinique des périnées complets variable selon l'expérience du praticien [6], d'où l'intérêt de recourir à des ateliers de formations [10]. En effet dans une étude incluant 59 patientes ayant un périnée complet (diagnostiqués par un référent en urogynécologie), Andrews et al. [6] rapportaient que près de 87 % de ces périnées complets n'avaient pas été diagnostiqués par les sages-femmes et 24 % par les médecins [6].

Facteurs de risques

Les facteurs de risque de périnée complet étaient variables selon les études (Tableau 1). Récemment Burrell et al. [7], dans une étude comparative prospective incluant 396 primipares (222 avec des lésions du 3e et 4e degrés vs 174 sans lésion), mettaient en évidence 3 facteurs de risque en analyse univariée : l'accouchement en OS (OR = 13,7 $p < 0,001$), la position d'accouchement non gynécologique (OR = 2,04 $p = 0,038$) et l'accouchement rapide sans contrôle du périnée (OR = 9,87 $p < 0,001$). En analyse multivariée, seule l'extraction instrumentale (OR = 1,88 $p = 0,001$) ressortait comme facteur de risque [7]. Laine et al. [11] étudiaient l'intérêt d'une formation portant sur la protection du périnée au cours de l'accouchement dans une étude de cohorte incluant 31 709 accouchements par voie basse dont 907 compliqués de périnée complet sur deux périodes (2003—2005) (2008—2010) entre lesquelles les praticiens bénéficiaient d'une formation sur la protection périnéale en cours d'accouchement. Ils appuyaient les résultats de Burell et al. [7] en retrouvant un effet bénéfique d'une protection périnéale au cours de l'accouchement avec une diminution de l'incidence du périnée complet passant de 4 % à 1,9 % après la

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3272160

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3272160

Daneshyari.com