

POINT DE VUE D'EXPERT

Périnée et grossesse

Pelvic floor and pregnancy

X. Fritel^{a,b,c,*}

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Camille-Guérin, rue du Dr Luc-Montagnier, Rocade Est, BP 669, 86106 Châtellerauld, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, CHU Jean-Bernard, 2, rue de la Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers, France

^c Inserm U953, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France

Reçu le 21 février 2010 ; accepté le 16 mars 2010

Disponible sur Internet le 24 avril 2010

Résumé

Le facteur congénital, l'obésité, le vieillissement, la grossesse et l'accouchement sont les principaux facteurs de risque associés aux symptômes périnéaux de la femme (incontinence urinaire, incontinence anale, prolapsus génital, dyspareunie). L'accouchement vaginal est susceptible de provoquer des lésions du nerf pudendal, du sphincter anal ou des releveurs de l'anus. Cependant, le lien entre ces lésions et les symptômes périnéaux n'est pas toujours établi et nous continuons à ignorer quels pourraient être les moyens de prévention. Des nombreuses méthodes obstétricales proposées pour prévenir les troubles périnéaux du post-partum, épisiotomie, accouchement en position verticale, poussée retardée, massage périnéal, compresses chaudes, rééducation périnéale, les résultats sont décevants ou limités. La césarienne est suivie par deux fois moins d'incontinence urinaire postnatale que l'accouchement vaginal. Cependant, cette différence tend à disparaître avec le temps et les accouchements suivants. Limiter le nombre des extractions instrumentales et préférer la ventouse au forceps pourraient permettre de diminuer les séquelles périnéales de l'accouchement. L'examen échographique du sphincter anal en cas de déchirure périnéale du deuxième degré permet de ne pas laisser de lésions infra-cliniques du sphincter anal non réparées. Les données scientifiques restent insuffisantes pour justifier une césarienne programmée afin d'éviter des symptômes périnéaux chez une femme sans antécédents.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Congenital factor, obesity, aging, pregnancy and childbirth are the main risk factors for female pelvic floor disorders (urinary incontinence, anal incontinence, pelvic organ prolapse, dyspareunia). Vaginal delivery may cause injury to the pudendal nerve, the anal sphincter, or the anal sphincter. However the link between these injuries and pelvic floor symptoms is not always determined and we still ignore what might be the ways of prevention. Of the many obstetrical methods proposed to prevent postpartum symptoms, episiotomy, delivery in vertical position, delayed pushing, perineal massage, warm pack, pelvic floor rehabilitation, results are disappointing or limited. Caesarean section is followed by less postnatal urinary incontinence than vaginal childbirth. However this difference tends to disappear with time and following childbirth. Limit the number of instrumental extractions and prefer the vacuum to forceps could reduce pelvic floor disorders after childbirth. Ultrasound examination of the anal sphincter after a second-degree perineal tear is useful to detect and repair infra-clinic anal sphincter lesions. Scientific data is insufficient to justify an elective cesarean section in order to avoid pelvic floor symptoms in a woman without previous disorders.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Périnée ; Grossesse ; Accouchement ; Incontinence urinaire ; Incontinence anale ; Prolapsus génital ; Dyspareunie

Keywords : Pelvic floor; Delivery; Pregnancy; Urinary incontinence; Anal incontinence; Pelvic organ prolapse; Dyspareunia

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.fritel@inserm.fr.

I. INTRODUCTION

Nous savons depuis longtemps que la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de troubles périnéaux et parfois de séquelles. À la fin du XVIII^e siècle, William Buchan précisait dans son traité de médecine domestique à propos de l'incontinence d'urine de la femme enceinte « *Chez les femmes grosses, elle se guérit en général par l'accouchement* » [1]. Les déchirures périnéales obstétricales étaient rapportées par l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert : « *Les déchirements de cette partie ont principalement lieu chez les femmes ; les accouchements laborieux, ou la maladresse du chirurgien, en sont les causes les plus fréquentes* » et elles étaient associées par les auteurs à l'incontinence urinaire [2]. À la même époque, Mme du Coudray faisait le lien entre prolapsus génital et pratiques obstétricales : « *Je ne puis dire le nombre de celles qui m'exposèrent leur triste situation, et dont la plupart étaient affligées de relâchement de matrice. Je les fis entrer dans le détail de leurs accouchements, et par le récit qu'elles me firent, je ne pus douter qu'elles n'eussent lieu d'attribuer leurs infirmités à l'ignorance des femmes à qui elles avaient eu recours, ou à celle de quelques chirurgiens de village peu expérimentés* » [3].

Depuis, nous avons appris que l'accouchement vaginal était susceptible de provoquer des lésions du nerf pudendal, du sphincter anal ou des releveurs de l'anus. Cependant, le lien entre ces lésions nerveuses ou musculaires et les symptômes périnéaux reste incertain. Nous continuons à ignorer quels pourraient être les moyens de prévention. Ces symptômes ont un impact négatif sur la qualité de vie et conduisent à une demande de soin et à des dépenses. Le risque cumulé de chirurgie de la statique pelvienne est estimé à 11 % chez la femme et 30 % des opérées nécessiteront une deuxième intervention [4]. Le coût direct de l'incontinence urinaire de la femme est estimé supérieur à celui du cancer du sein aux États-Unis [5]. La prévention de l'incontinence urinaire de la femme est un objectif de santé publique.

Le but de ce travail est une revue des connaissances disponibles sur l'association entre troubles périnéaux (incontinence urinaire, incontinence anale, douleur, dyspareunie, prolapsus génital) et grossesse ou accouchement.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES PÉRINÉAUX DE LA GROSSESSE À LA MÉNopause

2.1. Incontinence urinaire

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. Pendant la grossesse, sa prévalence croît avec le terme, elle est maximale en fin de grossesse où elle touche 30 à 50 % des femmes [6,7]. Il s'agit le plus souvent d'une incontinence d'effort [7]. En fin de grossesse, 6 % des nullipares rapportent des fuites d'effort quotidiennes, et 19 % déclarent une gêne supérieure à 5 sur 10 en raison de leurs fuites urinaires [6,7]. L'incontinence disparaît spontanément dans la majorité des cas après l'accouchement. Viktrup rapporte une prévalence pour l'incontinence urinaire d'effort de 19 % en postpartum

immédiat, 6 % à 3 mois et 3 % à 1 an chez les primipares [6]. Les principaux facteurs de risque de l'incontinence urinaire de la grossesse sont la parité et l'incontinence urinaire préexistante à la grossesse. Les principaux facteurs de risque de l'incontinence urinaire du postpartum sont l'âge maternel, la parité, le surpoids, l'incontinence urinaire préexistante à la grossesse, l'incontinence urinaire de la grossesse, et l'accouchement vaginal (comparé à la césarienne) [8]. Quelques enquêtes postnatales retrouvent un surrisque d'incontinence urinaire après accouchement instrumental, mais cette association disparaît après 1 an (Tableau 1). Et l'accouchement instrumental (comparé à l'accouchement vaginal spontané) n'est pas un facteur de risque de chirurgie de l'incontinence urinaire (Tableau 1) [9].

Les urgenturies, la pollakiurie diurne et la nycturie sont fréquentes pendant la grossesse. Ces symptômes sont favorisés par l'augmentation de 50 % de la diurèse au cours de la grossesse. Ils sont rapportés par plus de la moitié des femmes enceintes et disparaissent dans la majorité des cas après l'accouchement. À un an du premier accouchement, la prévalence de l'incontinence par urgenturie est identique (3,5 %) à celle de 12 semaines d'aménorrhée (SA) dans une cohorte de primipares [10]. L'incontinence urinaire par urgenturie n'est pas associée à la parité ou au mode d'accouchement (vaginal versus césarienne) [11].

2.1.1. Incontinence anale ou fécale

La prévalence de l'incontinence anale (aux gaz ou aux selles) est de 5 % à 10 % pendant la grossesse et le postpartum, elle semble maximale en fin de grossesse [12,13]. Les principaux facteurs de risques de l'incontinence anale du postpartum sont l'âge maternel, la parité, l'obésité, la durée de la deuxième partie du travail, l'épisiotomie médiane, les déchirures sphinctériennes (périnée complet) et l'accouchement par forceps [13–16]. L'accouchement par ventouse (comparé à l'accouchement vaginal spontané) ne semble pas être un facteur de risque d'incontinence anale postnatale [17]. Une déchirure sphinctérienne est retrouvée dans la moitié des incontinenances anales du postpartum [18]. Après 50 ans, on ne retrouve pas de différence entre les accouchées par césarienne et les accouchées par voie vaginale pour le risque d'incontinence urinaire ou d'incontinence fécale [11,19,20]. Dans la large enquête de Perry auprès de 10 116 hommes et femmes de plus de 40 ans, la prévalence de l'incontinence fécale était similaire chez l'homme et chez la femme (6,2 et 5,7 %) [21].

2.1.2. Dyspareunie

La prévalence de la dyspareunie en postpartum immédiat est estimée entre 20 et 50 % selon les études et le mode d'accouchement. Le suivi longitudinal montre que la prévalence de la dyspareunie postnatale de novo diminue de moitié en quelques mois [22,23]. Une déchirure périnéale retarde la reprise des rapports sexuels et est associée à plus de dyspareunie, mais la différence n'est plus significative après six mois [24]. Six mois après l'accouchement, le score du PISQ-12, qui mesure la fonction sexuelle de la femme, est similaire chez la femme accouché par voie vaginale, avec ou sans périnée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950451>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)