Déchirures périnéales : quelles sont options de prise en charge pour les femmes?

Autor(en): **Bournoud, Gwendoline / Dubois-Dauphin, Pascaline / Edouard, Marie**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949078

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Déchirures périnéales: quelles options de prise en charge pour les femmes?

Le *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* note que les traumatismes périnéaux peuvent avoir des conséquences sociales, psychologiques et physiques. Les déchirures du périnée et leurs conséquences sur les femmes ont été étudiées dans le cadre d'un travail de bachelor présenté dans cet article. Cette étude concerne les déchirures de type 1 et 2 (classification anglo-saxonne) et leur prise en charge en regard de la suture ou de la non-suture.

TEXTE:
GWENDOLINE BOURNOUD, PASCALINE DUBOIS-DAUPHIN, MARIE EDOUARD

En 2017, l'Office national de la statistique (OFS, 2019), indiquait que les déchirures périnéales touchaient plus de la moitié des femmes accouchant par voie basse (54,7 %) et pour 94,7 % cela impliquait des déchirures du premier ou second degré. Par ailleurs, l'OFS signalait que la pratique de l'épisiotomie était en net recul, et ceci sans que les déchirures du 3e et 4e degré n'aient augmenté.

A l'heure actuelle, une grande majorité de ces lésions sont suturées soit par l'obstétricien·ne soit par la sage-femme. Cet article aborde la qualité de la cicatrisation, l'impact fonctionnel de la prise en charge ainsi que le vécu des femmes selon si leur(s) lésion(s) ont été suturées ou non.

Intérêt premier de la suture

Si l'on reprend le traitement des plaies dans l'Histoire, la suture était déjà effectuée au temps des pharaons (Syndicat national de l'industrie des technologies médicales, [SNITEM], 2014). Depuis lors, le développement de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'une meilleure compréhension des mécanismes de cicatrisation ont permis aux techniques et prises en charge d'évoluer. Le SNITEM souligne l'intérêt premier de la suture, qui «est là pour soutenir la plaie le temps de la cicatrisation». Afin de pouvoir la pratiquer, il est souvent nécessaire de faire une anesthésie au niveau de la zone traitée. A ce jour, il existe différentes techniques de sutures qui varient en fonction de la localisation, du type de lésion et de l'expérience du·de la professionnel·le. Cependant, selon Kettle *et al.* (2012) la technique de suture qui engendrerait le moins de douleurs, de besoin en analgésie et d'ablation précoce de point à court terme serait la suture continue. Les sutures continues nécessitent également moins de matériel pour leur réalisation, avec de ce fait un coût moindre.

Qualité de la cicatrisation

Lorsque l'on explore la suture ou la non-suture des déchirures périnéales du premier et du second degré, la question de la qualité de la cicatrisation est abordée lors des variations de prise en soins. La recherche actuelle apporte des études avec des données qui apparaissent peu significatives sur la différence de cicatrisation entre une lésion périnéale suturée ou non. Cependant, la méthode de réparation du périnée semble avoir différentes conséquences. Le sujet est analysé au travers de certains retentissements, comme l'infection ou le temps de cicatrisation mais aussi l'esthétisme.

Le vécu des femmes sur leur modification corporelle intime est un sujet peu exploré.

L'infection

Concernant l'infection, il n'est pas ressorti de données probantes qui prouvent que la suture ou la non-suture induisent plus d'infections (Cronin *et al.,* 2017; Langley *et al.,* 2006). La suture ne semble donc pas être un facteur protecteur de l'infection.

Le temps de cicatrisation

En regard du temps de cicatrisation, laisser une déchirure de type 2 non suturée montre selon Cronin *et al.* (2017) un temps de cicatrisation augmenté mais pendant lequel la femme ressent moins de douleurs. Lundquist *et al.* (2000) mettent en avant que la guérison des lésions semble plus rapide lorsque le périnée est suturé. Langley *et al.* (2006) ont conclu que les avantages de la non-suture des lésions périnéales du deuxième degré ne sont pas si évidents. Ils commentent que la suture produit une guérison plus rapide au début «mais pas sur le long terme pour des groupes de femmes qui étaient équivalents». Cependant, les auteur·e·s indiquent une guérison initiale plus rapide dans le groupe des femmes suturées en mettant en balance un besoin d'antalgiques plus importants.

L'esthétique

Du point de vue de l'esthétisme, l'étude de Lundquist *et al.* (2000), a mis en lumière des dysharmonies de cicatrisation. Certaines des femmes suturées ont eu des cicatrices obliques au niveau vaginal ou asymétriques au niveau du périnée. En comparaison, les femmes non suturées présentaient un taux légèrement plus élevé de lambeaux de muqueuse près de l'introïtus vaginal que les femmes suturées. De plus, l'esthétique est un sujet très subjectif et personnel, et le vécu des femmes sur leur modification corporelle intime est un sujet peu exploré.

iStock

L'évaluation de la lésion

L'insuffisance de précision descriptive dans certaines études maintient des questionnements sur le type de lésions qu'il faut suturer ou non. Par exemple, la multiplicité de plaies possibles, leurs différentes localisations, leurs profondeurs, ou encore le type de lésions (1 ou 2) qui impose une suture vaginale mais pas nécessairement périnéale. Il paraît donc important que la sage-femme puisse être à même d'effectuer une évaluation périnéale adéquate et prodiguer des conseils neutres afin de répondre aux besoins individuels de la femme (Cronin *et al.,* 2017). Cependant, toutes les études s'accordent sur la nécessité de suturer si la lésion saigne. Pour cela, il semble donc important que le lieu de pratique soit ouvert aux différentes approches en matière de réparations périnéales (suture et non-suture) et que les soins soient le plus possible centrés sur la femme. Toutefois, pour cette prise de décision la sage-femme devrait pouvoir se sentir en sécurité de laisser le choix final du traitement à la femme. Un formulaire ou un protocole rédigé par les obstétricien·ne·s et les sages-femmes semblerait intéressant à établir pour définir les limites des choix possibles (De Souza, 2006, citée dans Cronin *et al.,* 2009).

L'impact fonctionnel des déchirures selon le traitement

Afin de répondre de la manière la plus complète possible, il semble important de discuter des impacts et conséquences que peuvent induire les différents traitements des lésions périnéales:

L'incontinence

L'étude de Leeman *et al.,* (2007) n'a pas retrouvé de différences notables entre les femmes suturées et non-suturées dans le cas de déchirures de type 2 en ce qui concerne l'apparition d'incontinences urinaires et fécales rencontrées lors du post-partum. Pour ces auteur·e·s, la force périnéale varie suivant que le périnée ait été déchiré ou non, mais n'est pas impactée par le traitement de la déchirure. Les auteur·e·s précisent que malgré une cicatrisation plus longue lors de déchirures non-suturées, la force du plancher pelvien ne s'en trouve pas affectée. L'incontinence semble donc davantage liée aux conséquences de la grossesse et de l'accouchement, ainsi qu'à la distension des ligaments et du plancher pelvien (Aubin, 2006). Layton (2004) indique que les femmes ayant des déchirures périnéales suturées seraient plus sujettes aux incontinences.

Les gênes

La notion de gêne chez les femmes non-suturées n'a pas été retrouvée au cours des recherches effectuées. En revanche, chez les femmes suturées, cette notion est revenue à plusieurs reprises. Lundquist *et al.* (2000) soulignent que les femmes suturées ont dû se rendre plus souvent chez une sage-femme, se plaignant de la gêne occasionnée par les points. Il semblerait que cette gêne soit surtout liée aux points effectués sur la peau. En effet, l'étude de Seijimonsbergen-Schermers *et al.* (2015) montre que les femmes dont la peau a été suturée ont davantage ressenti, dans les 24 à 48 premières heures après les sutures, la sensation d'une suture trop serrée, puis le besoin de faire retirer des points dans les 10 à 14 jours post-partum, ce qui n'est pas observé pour les femmes dont uniquement les couches inférieures à la peau avaient été suturées. Cette étude montre l'existence d'une alternative intéressante à la suture ou la non-suture, soit la suture partielle, c'est-à-dire, la suture des plans musculaires mais pas du plan cutané.

La suture partielle (des plans musculaires mais pas du plan cutané) constitue une alternative intéressante.

L'allaitement

Les lésions périnéales font parties des causes physiologiques d'inconfort et de douleur dans le post-partum (Eshkevari *et al.,* 2013; Karlstrom *et al.,* 2007 cité·e·s par Riordan *et al.,* 2016). Elles pourraient donc être un élément perturbateur dans la mise en place de l'allaitement. Or, les femmes qui ont des déchirures périnéales non-suturées semblent atteindre un taux d'allaitement plus élevé ainsi qu'un meilleur vécu de celui-ci. En effet, les femmes suturées considèrent que leur lésion périnéale a eu une influence négative sur leur allaitement (Lundquist *et al.,* 2000; Fleming *et al.,* 2003). Ceci amène une interrogation éthique concernant la balance «bénéfice-risque» à suturer de façon systématique toutes les lésions périnéales.

AUTEURES

Gwendoline Bournoud,
infirmière sage-femme à la Maternité des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois.

Pascaline Dubois-Dauphin,
infirmière sage-femme à la Maternité de l'Hôpital de la Tour, Genève.

Marie Edouard,
infirmière sage-femme intérimaire.

Les dyspareunies

Des études comme Oboro *et al.* (2003), Bowen *et al.* (2002), Seijimonsbergen-Sheimers *et al.* (2015) montrent que les types de réparations périnéales comportent un impact significatif sur la reprise des rapports sexuels dans les semaines ou les mois après l'accouchement. Les femmes non-suturées, notamment au niveau de la peau, auraient un taux de dyspareunie moins élevé et une reprise des rapports sexuels plus rapide. Il semblerait que la non-suture de la peau soit un facteur protecteur des dyspareunies.

Le vécu des femmes

La recherche actuelle présente un grand manque de données sur le vécu des femmes lors de lésions périnéales. Cependant, Thompson, *et al.* (2015) mettent en avant à travers leur étude, que les femmes auraient eu un vécu et une transition dans la maternité altérés par la douleur due à leurs lésions périnéales. Les auteur·e·s avancent que les femmes manquent d'informations professionnelles concernant les lésions périnéales et leurs réparations. De ce fait, elles se tournent vers leur entourage pour trouver des réponses. Cependant, celui-ci rapporte souvent des informations négatives, effrayantes et dégradantes.

Dans une période où les violences gynécologiques et obstétricales sont révélées et où la médecine actuelle se détache graduellement du mode paternaliste, il est important de rappeler que les patient·e·s ont le droit de donner leur consentement libre et éclairé pour tout traitement (Office fédéral de la santé publique,[OFSP], 2019). De manière éthique, les soignant·e·s se doivent d'accompagner les femmes dans leurs choix en se souciant des besoins de chacune. Une prise en charge partenariale pourra de ce fait répondre aux besoins individuels (Berthon, 2006). Pour ce faire, l'éducation à la santé, au travers de la préparation à la naissance et à la parentalité, semble être un moment opportun pendant lequel exposer les alternatives possibles, en prenant en compte les représentations de chacun·e. Ainsi, la femme pourra effectuer un choix en conscience et sélectionner le traitement le plus adapté à ses besoins de manière sécure.

Les femmes manquent d'informations professionnelles concernant les lésions périnéales et leurs réparations.

Culture du risque?

Il ressort de l'analyse de plusieurs articles sur le sujet, qu'aucune étude n'a pu mettre en avant les avantages ou inconvénients à suturer ou non dans le cas des lésions du premier et second degré. La culture du risque, omniprésente de nos jours, pousse-t-elle les professionnel·le·s ainsi que les femmes à préférer le choix d'un traitement proactif à la possibilité de laisser la nature faire son traitement?

Il revient aux professionnel·le·s de la santé de s'appuyer sur la recherche actuelle et les preuves obtenues afin d'informer les femmes sur les différents traitements qui s'offrent à elles, en fonction de leur type de lésion, tout en leur indiquant les conséquences de chaque traitement (International Confederation of Midwives, 2014). Il est donc important de la part de tous les professionnel·le·s de la santé de donner des informations claires et objectives (Service de santé publique Vaud, 2014) ainsi que de demander la permission à la femme avant d'effectuer tout soin, en accord avec leurs droits (OFSP, 2019). ⊙

Bournoud, G., Dubois-Dauphin, P. & Edouard, M. (2019). Suturer ou ne pas suturer: quels impacts et quels choix pour les lésions périnéales de type 1 et 2? Travail de bachelor dirigé par Christelle Kaech à la Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne.

Références

Aubin, I. (2006) Incontinence urinaire du post-partum: l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. www.campus-umvf.cnge.fr

Berthon, S. B. (2006) Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité. *Cairn Info;* 37, 43-50. doi:10.3917/spi.037.50.

Bowen, M. L. & Selinger, M. (2002) Episiotomy closure comparing enbucrilate tissue adhesive with convention suture. *Int. Gynaeco. Obstet;* 78, 201-205.

Cronin, R. & Maude, R. (2009) To suture or not to suture second degree perineal lacerations: what informs this decision? *New Zealand College of Midwives Journal;* 41, 29-35.

Cronin, R. S., Li, M., Culliney, K., Maude, R., & Nelson, K. (2017) Midwifery management of second-degree perineal tears in New Zealand: a cross-sectional survey of practice. *Women and Birth;* 31 (2018), 422-429. doi:10.1016/j.wombi.2017.11.010.

Fleming, V. E., Hagen, S. & Niven, C. (2003) Does perineal suturing make a difference? *The SUNS trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology;* 110: 684-689. doi:10.1046/j.1471-0528.2003.02353.x.

International Confederation of Midwives (2014) International code of ethics for midwives. www.internationalmidwives.org

Kettle C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. K. (2012) Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews; 11, CD000947. doi:10.1002/14651858.CD000947.pub3.

Langley, V., Thoburn, A., Shaw, S. & Barton, A. (2006) Second degree tears: to suture or not? A randomized controlled trial. *British Journal of Midwife;* 14, 9. doi:10.12968/bjom.2006.14.9.21802.

Layton, S. (2004) The effect of perineal trauma on women's health. *British Journal of Midwifery;* vol. 12, n° 4. doi:10.12968/bjom.2004.12.4.12513.

Leeman, L. M., Rogers, R., Greulich, B. & Albers, L. L. (2007) Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *Journal of the American Board of Family Medicine;* 20(5), 451-457. doi:10.3122/jabfm.2007.05.060222.

Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E. & Norman, M. (2000) Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth;* 27: 79-85. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00079.x.

Marshall, J. E. & Raynor, M. D. (Éd.) (2014) Myles Textbook for Midwives. Oxford, Angleterre: Churchill Livingstone Elsevier.

Office fédérale de la statistique (2019) Statistique médicale des hôpitaux: Accouchements et santé maternelle en 2017. www.swissstats.bfs.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (2019) Traitements et soins: consentement libre et éclairé. www.bag.admin.ch

Oboro, V. O., Tabowei, T. O., Loto, O. M. & Bosah, J. O. (2003) A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. *Journal of obstetrics and gynaecology;* 23(1), 5-8.

Riordan, J. & Wambach, K. (2016) Breastfeeding and human lactation (5e éd.). Burlington: Jones and Bartlett Learning.

Seijimonsbergen-Schermers, A., Sahami, S., Lucas, C. & de Jonge, A. (2015) Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: a systematic review. *Birth;* 42, 100-115.

Service de Santé publique Vaud (2014) L'essentiel sur le droit des patients. www.vd.ch

Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (2014) Dispositifs médicaux et progrès en plaie et cicatrisation. www.snitem.fr

Thompson, S. & Walsh, D. (2015) Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery;* 23, 553-559. doi:10.12968/bjom.2015.23.8.553.