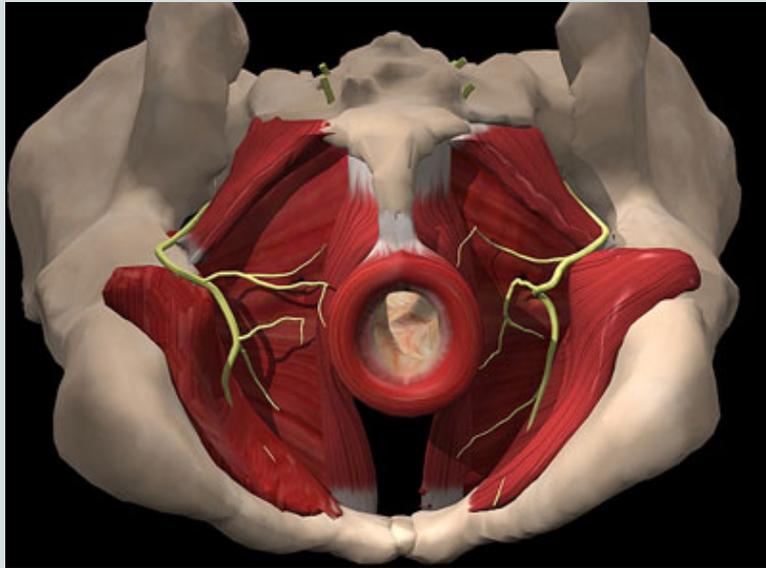


Les lésions périnéales d'origine obstétricale



CENTRE L'AVANCÉE – CLINIQUE AXIUM, 44 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, Aix-en-Pce

- **E Bautrant, L Quintas-Marquès, J Vochelet, P Carbone, R Boyer, D Bartoli, M Serfaty, P Weber, L Roux, V Morel, E Poirson et S Collet.**

Génèse chapitre 3.16: "dans la peine tu enfanteras"
Génesis capitulo 3.16: "con dolor darás a luz los hijos"
Genesis chapter 3.16: "with pain you will give birth"



Lésions périnéales: analyse de la littérature

Prévalence PROLAPSUS, IU et IA

La confirmation du surrisque n'est obtenue qu'à la fin des années 2000:

(les publications des années 90 et du début des années 2000 ne montrent pas de différence significative entre voie vaginale et césarienne)

- **2007: Immédiatement après le 1er acct: prévalence 2X + importante pour la voie vaginale VS césarienne:** Press JZ. Birth 2007
- **2005: Surrisque soeurs gemellaires monozygotes (3 à 4X):** Abramov Obstet Gynecol 2005, Goldberg Am J Obstet Gynecol 2005.
- **2009: Sur des séries plus vastes et en croisant les registres de chirurgie des prolapsus et de l'IU / accouchements, le surrisque de l'accouchement par voie basse apparaît:** Larsson C Am J Obstet Gynecol 2009.
- **2011: Etude Suédoise: de cohorte de 33000 voie vaginale VS 33000 Césariennes de 1973 à 1983 = augmentation significative des interventions pour IU, IA et prolapsus dans le groupe voie basse pour les 3 décades.** Leijonhufvud Am J Obstet Gynecol 2011
- **2015: Etude Suédoise: Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth.** Gyhagen M, Int Urogynecol J (2015) 26: 1115-1121.

Analyse de la littérature

La neuropathie du nerf Pudendal

Etude prospective St Mark's Hospital (Sultan 1994 BJOG): Allongement PNMTL(latences motrices)

- 1er accouchement voie basse ($p < 0,0001$)
- Césarienne en cours de travail ($p < 0,01$)
- Gros poids de naissance, allongement 2e phase du travail ($p < 0,001$)

Analyse de la littérature

La neuropathie du nerf Pudendal

Etude prospective St Mark's Hospital (Sultan 1994 BJOG):

- Césarienne en dehors du travail: Absence de modification.
- A 6 mois: normalisation PNMTL pour 2/3 des patientes.
- Conclusions de Sultan: « Les mécanismes du travail et de l'accouchement par voie vaginale peuvent tous deux être générateurs de lésions du nerf pudendal »

Analyse de la littérature

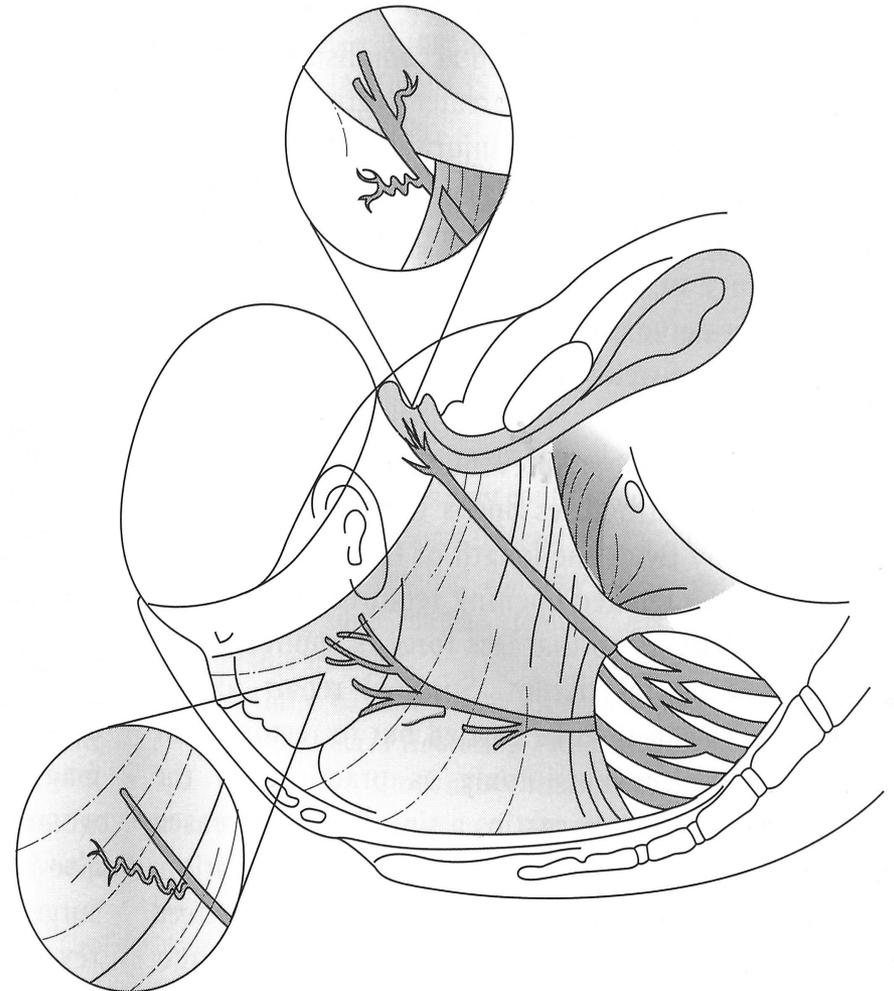
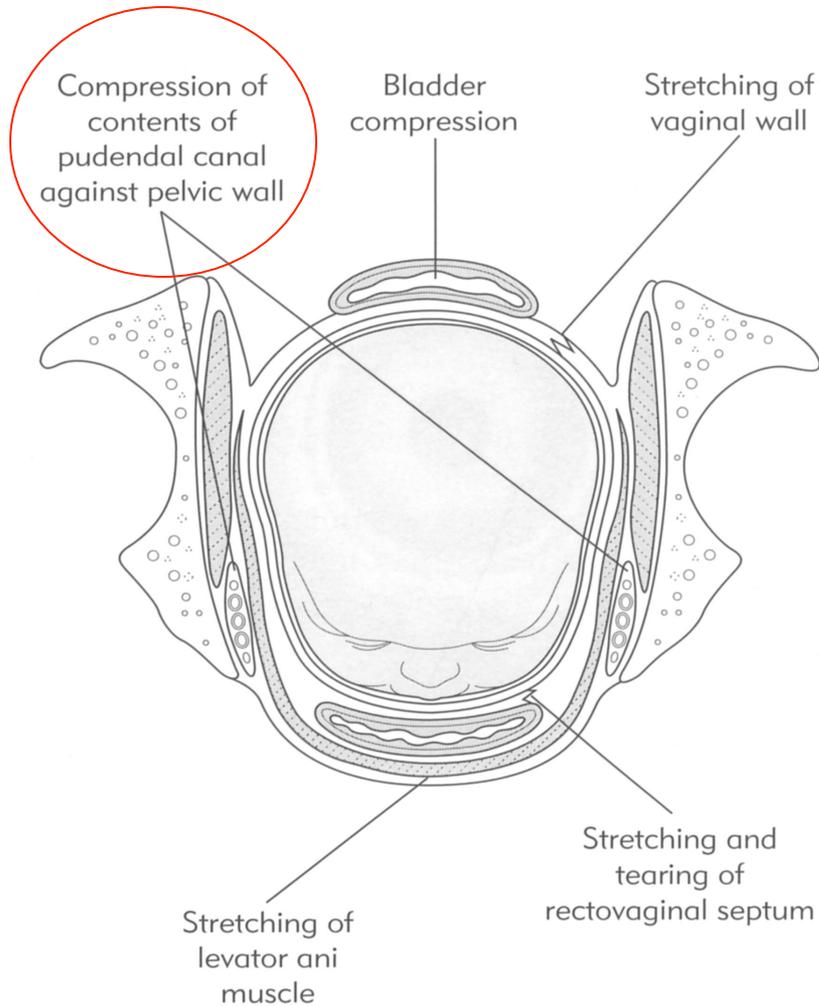
La neuropathie du nerf Pudendal

Deux mécanismes lésionnels: la compression et l'étirement

Modèle animal:

- Lésions par compression transversale (Lin Urology 1998, Damaser J Urol 2003)
- Pression de compression > 80 mm Hg = lésion de conduction définitive (Rydevik J Hand Surg 1981)
- Modèle orthopédique: étirement $> 15\%$ nerf périphérique = lésion de conduction définitive (Brown Clin Orthop 1993)
- **Aggravation: association compression + étirement**
(= 2^e phase du travail+++)

Les lésions neurologiques de la 2e phase du travail



Analyse de la littérature

La neuropathie du nerf Pudendal

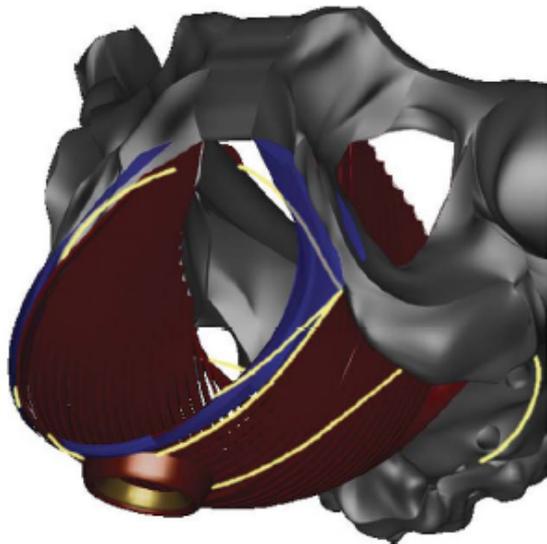
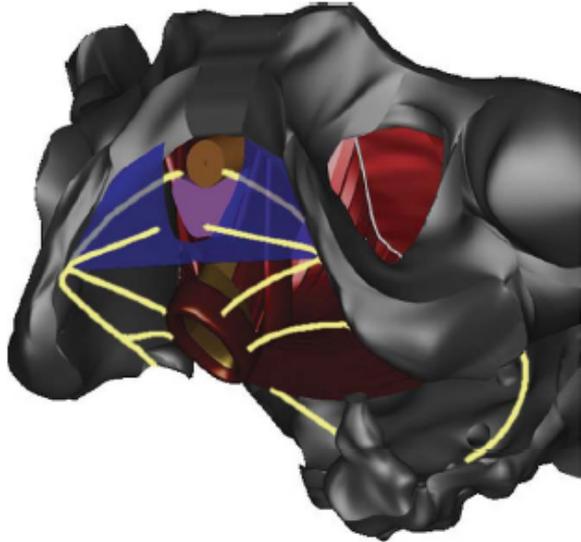
Pudendal nerve stretch during vaginal birth:
A 3D computer simulation **Am J Obstet Gynecol, 2005**

Kuo-Cheng Lien, MS,^{a,*} Daniel M. Morgan, MD,^c John O. L. Delancey, MD,^c
James A. Ashton-Miller, PhD^{a,b}

- Modélisation géométrique 3D du trajet du nerf pudendal à partir de 12 bassins de cadavres et simulation des contraintes d'étirement imposées par une sphère de 9 cm de diamètre.
- Résultats tensions d'étirement maxi:
 - nerf rectal inférieur: 35%
 - branche anale du nerf périnéal: 33%
 - branche labiale du nerf périnéal: 15%
 - branche sphincter uretral du nerf périnéal: 13%

Analyse de la littérature

La neuropathie du nerf Pudendal



Durant la **II phase de l'acct**, étirement des branches postérieures du N. Pudendal sont les + fréquentes (*br rectale inférieure, br anale du nerf périnéal*) avec étirement de plus de 15% pouvant causer une lésion permanente du nerf.

→ INCONT. FECALE+++

→→ RÉGÉNÉRATION NERVEUSE (?)

→→ DOULEUR NEUROPATHIQUE (?)

Pudendal nerve stretch during vaginal birth:

A 3D computer simulation

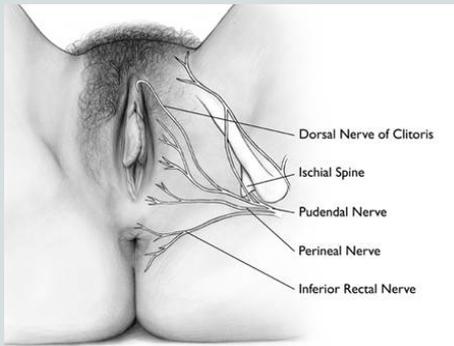
Am J Obstet Gynecol, 2005

Kuo-Cheng Lien, MS,^{a,*} Daniel M. Morgan, MD,^c John O. L. Delancey, MD,^c
James A. Ashton-Miller, PhD^{a,b}

Douleur neuropathique sévère dans le territoire du nerf pudendal en post-partum immédiat

Dans tous les cas: accouchement dystocique, instrumentation, allongement 2e phase du travail.

- **Douleur neuropathique** immédiate, violente (EVA 10)
- **Territoire pudendal tronculaire:**



- prédominant dans le territoire du NRI
- de type « non-canalaire »
- uni ou bilatéral.
- EMG anomalies sévères

- **IU et/ou IA totales et spontanées associées.**
- **Position assise impossible.**
- En maternité: **Absence de reconnaissance, sous-estimation de la douleur, méconnaissance du diagnostic.**

Analyse de la littérature

Douleur périnéale, accouchement traumatique et syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

La survenue d'un PTSD dans le post-partum est significativement plus fréquente après: accouchements traumatiques, intenses périodes de douleur intra et/ou post-partum, césariennes en urgence, hémorragies de la délivrance.

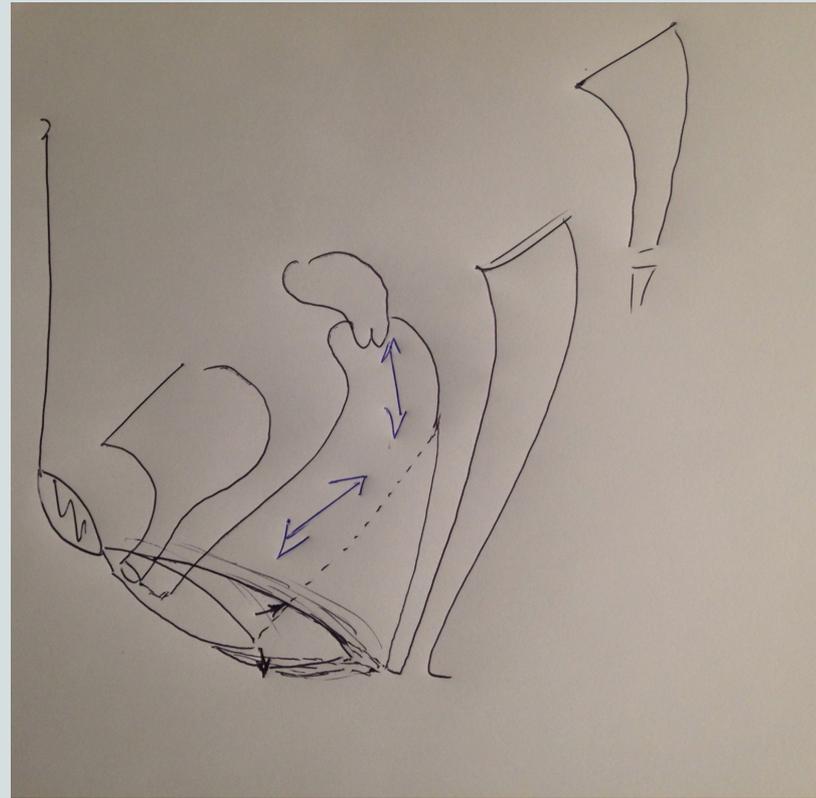
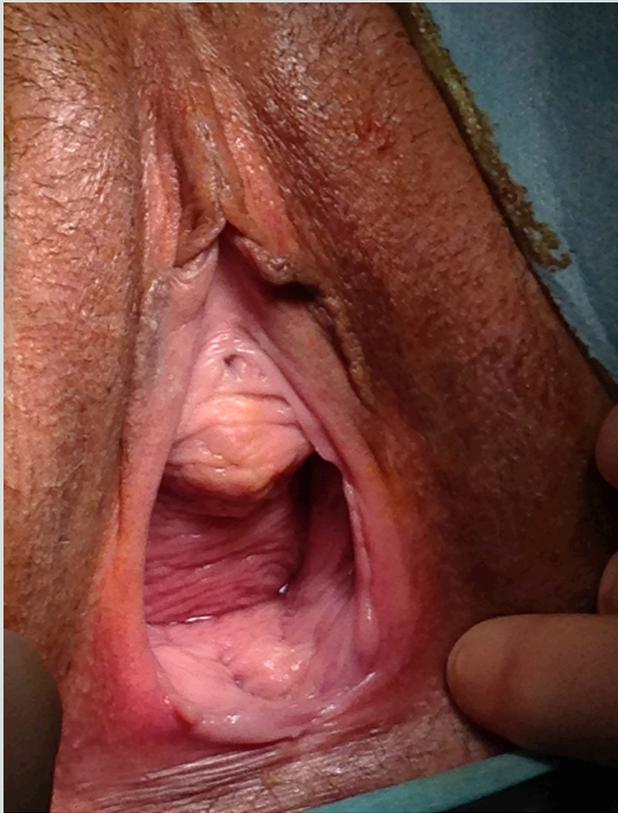
- Stramrood et al, J Psychosom Obstet Gynaecol 2011
- Skibniewski -Woods et al Community pract 2011
- Tham et al Sex Reprod Healthc 2010

Analyse de la littérature

Facteurs de risques

- **Le 1er accouchement: le plus délétère** (Sultan N Eng J Med 1993)
- **L'instrumentation: surrisque avec forceps / ventouse / voie basse eutocique / césarienne.** Leijonhufved (2011): surrisque X2 forceps / ventouse et accouchement spontané et X 20 forceps / Césarienne.
- **Longueur de la 2e phase du travail: augmente la prévalence des déchirures et lésion périnéales** (Cheng Am J Obstet Gynecol 2004)
- **Episiotomie: réduit la prévalence des ruptures sphincter anal** (Laine Eur j Obstet Gynecol 2009) **mais pas de modification de la prévalence de l'IU, IA et prolapsus** (Fritel BJOG 2008)
- **2010: Poids foetal / circonférence de la tête fœtale: facteur de risque+++** (Hudelist Am J Obstet Gynecol 2005, Hornemann Arch Gynecol Obst 2010)
- **2012: Lavy et al (Int Urogynecol J):** facteurs de risques de lésions de désinsertion muscles élévateurs de l'anus (echo 3D) = Poids foetal, circonférence tête fœtale (X 3,5 si > 35,5cm) et longueur 2e phase du travail (X 2 si >90 mn).

Les lésions périnéales postérieures de l'accouchement



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

Conditions d'accouchement:

- Après le 1^{er} acct (pour toutes les patientes)
- Instrumentations (forceps, spatules et ventouses): 96%
- Longueur de la 2^e phase du W > 90 mn: 90%
- Episiotomie: 94%
- Circonférence tête foetale > 35,5 cm: 95%

Patientes:

- Age moyen: 35 (26-41)
- Date de la chirurgie / à l'acct:

Moyenne: 18 mois

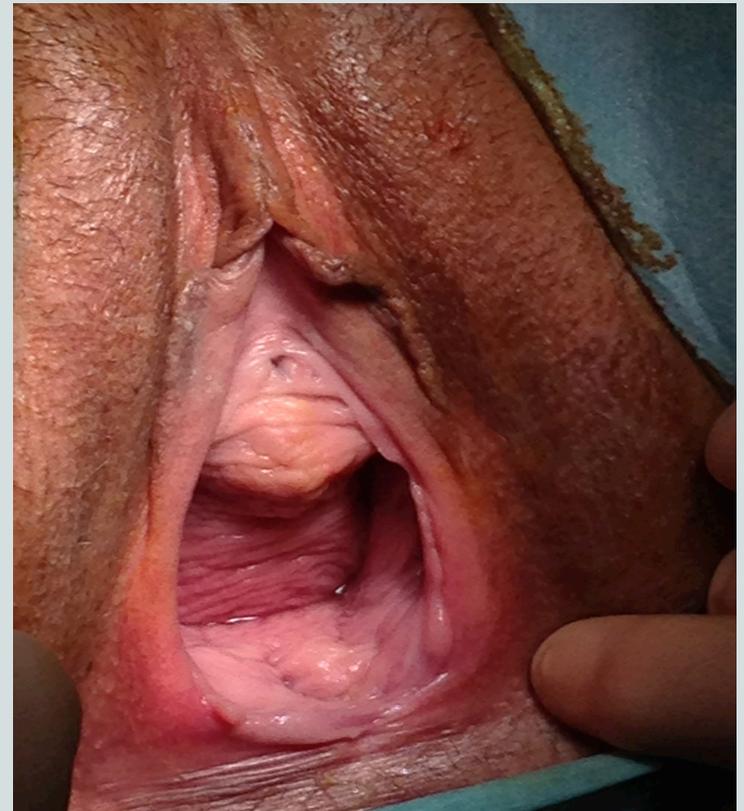
(6 mois à 5 ans)



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

Les lésions périnéales:

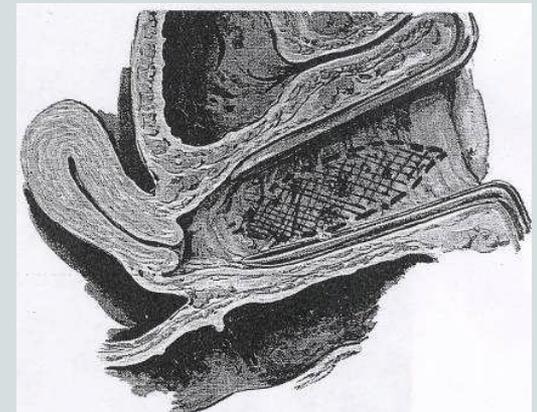
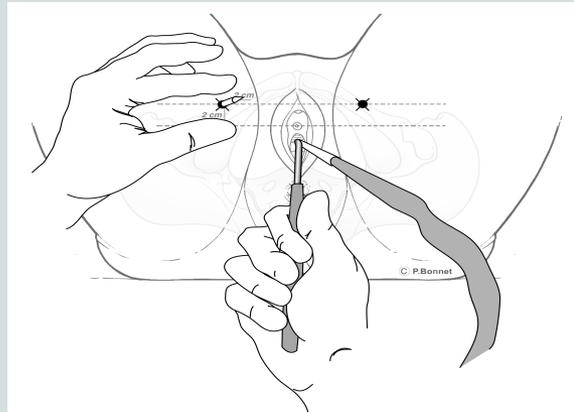
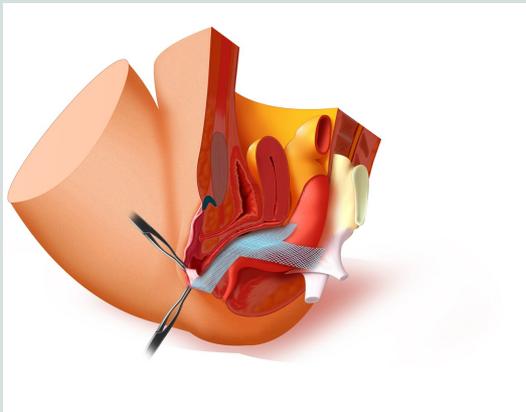
- Béance vulvaire par désinsertion de l'AFCP et distension vaginale: 96%
- IA: 58% (déchirure sphinctérienne)
- Rectocèle: 68%
- IUE: 45%
- Hysterocele: 28%
- Cystocèle: 25%



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

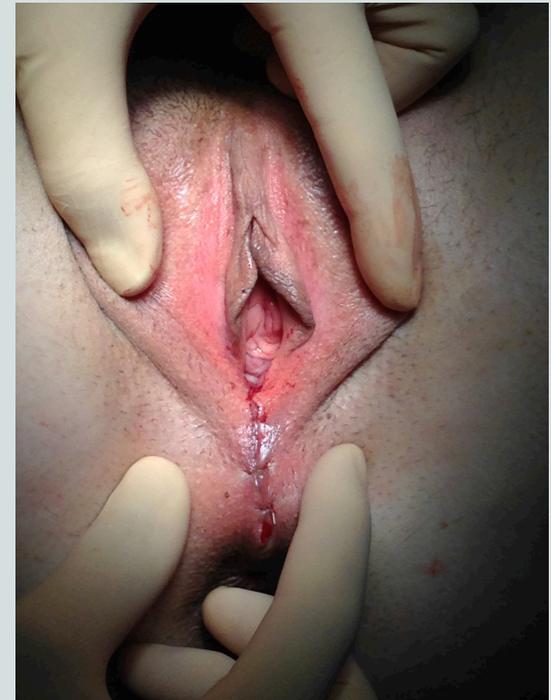
Les techniques:

- Reconstruction périnéale postérieure: 92%
- Réparation sphinctériennes anales: 45%
- Vaginoplastie (Matlock): 61%
- Correction de rectocèle: 58%
- Bandelette sous-uretrale(TOT): 29%
- Promonto-fixation coelio: 21% (cystocèle / hysteroçèle)



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

Vaginoplaste, réinsertion des élévateurs et reconstruction périnéale postérieure



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

Reconstruction périnéale postérieure et sphincteroplastie anale



2005-2015: 278 patientes adressée pour reconstruction
périnéale chirurgicale après lésions d'origine obstétricale

Sphincteroplastie anale + plastie de l'AFCP



Results: Pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7)

	Perineal comfort	Urinary dysfunctions	Anal Incontinence	Sexual intercourse
Worse	1%	11%	0%	5%
A little better	7%	5%	6%	6%
Much better	51%	25%	28%	31%
Very much better	41%	59%	66%	58%

Surgery for faecal incontinence in adults, Brown SR,
Cochrane Database Syst Rev. 2013

Quelles conclusions?

- 1/ Faisceau de preuves impliquant l'accouchement par voie vaginale dans la genèse:
 - prolapsus, IU, IA et désinsertion des élévateurs de l'anus
 - neuropathie pudendale par étirement et par compression
 - Neuropathie pudendale *pourrait être* à l'origine d'un syndrome douloureux périnéal neuropathique pouvant être sévère.

- 2/ Les facteurs de risques étant:
 - le 1er accouchement par voie vaginale traumatique
 - l'instrumentation
 - l'allongement de la 2e phase du travail
 - la circonférence de la tête fœtale

Quelle conduite pratique?

1/ La névralgie pudendale du post-partum

Reconnaître et traiter dès le post partum:

LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE

- Anti-douleurs - Prégabaline et/ou Amitryptiline.
- Bouée périnéale.
- Stop allaitement maternel pour les formes sévères.
- Pas de rééducation post-partum pour ces patientes mais rééducation en relâchement périnéal.
- EMG périnéal d'évaluation.
- Infiltration pudendale. Voie postérieure. Sous scanner. (pas de voie périnéale).
- Psychothérapie (PTSD)

Quelle conduite pratique?

2/ Préventive: césarienne?

- Attention, césarienne programmée systématique? = surrisque de mortalité (OR 2,4) et de morbidité sévère.
- Risque de complications utérines à distance (adénomyoses de cicatrices, isthmocèles)++

Quelle conduite pratique?

2/ Préventive: césarienne?

Intérêt préventif pour la prévention IU, IA et Prolapsus peu significatif à long terme dans la population générale: sélection d'une population à risque avant le 1er accouchement ?

- Terrain: familial, fragilité périnéale (OAB, IU ou IA, vulvodynies provoquées, syndrome obstructif vésical, lésion anatomique, dysfonction des élévateurs, dyschesie ano-rectale...)
- Tête foétale: circ > 35,5 cm

Quelle conduite pratique?

2/ Préventive: césarienne?

Intérêt pour la prévention de la neuropathie pudendale (Césariennes en dehors du travail): quelle population?

- antécédents de neuropathie obstétricale
- antécédents de névralgie pudendale ou de chirurgie du N Pudental?
- antécédents d'IA

Quelle conduite pratique?

3/ Préventive: durant le travail

- Episiotomies systématiques, positions d'accouchement alternatives, anesthésie péridurale: pas d'avantages significatifs
- **Réduction durée 2e phase du travail+++**
- Réduction des accouchements en occipito-sacré (contre-indication à la voie basse?).
- Réduction des instrumentations (surtout forceps et spatules)+++

Cf recommandations du CNOGF ++++

Guidelines, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011