

DECHIRURES PERINEALES OBSTETRIQUES QUELLES REPARATIONS

CEGORIF 2016

TABLE RONDE PERINATALITE

Dr Charles BUI



Centre Hospitalier de **Saint-Denis**
Maternité Angélique du Coudray

CONTEXTE

- CNGOF 2005 - RPC

Limitation de la pratique systématique de l'épisiotomie

- Déchirures périnéales 20 à 60%

Parant et al, 1999

- Diminution du nombre de lésions du périnée postérieur
(épisiotomies médianes)

- Augmentation des lésions de l'étage antérieur

Cochrane 2012

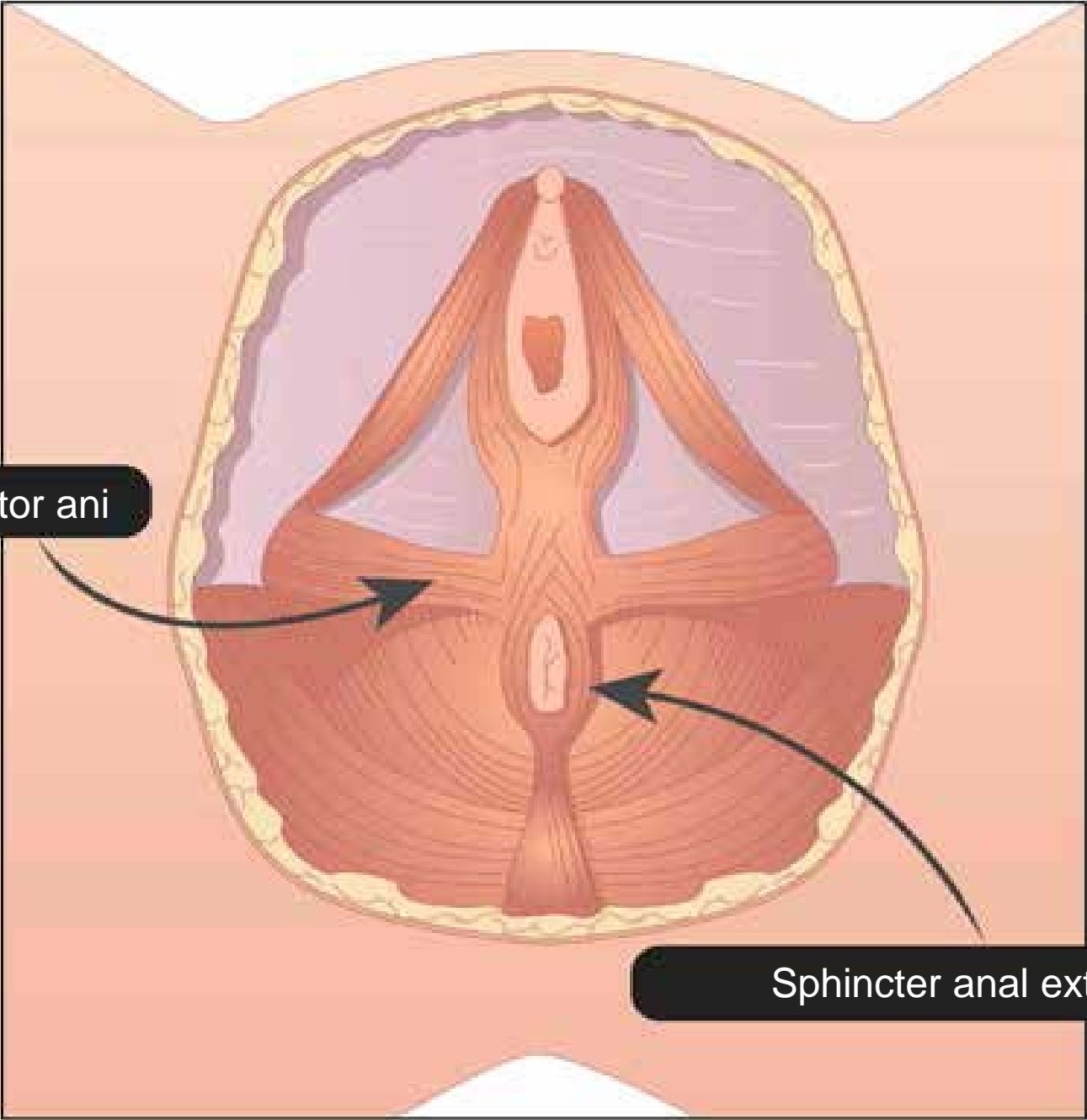


FACTEURS FAVORISANTS

- Primiparité
- Macrosomie foétale
- Dystocie des épaules
- Allongement de la 2^e phase du travail
- Analgésie péridurale
- Présentations postérieures, de la face, du siège
- Extractions instrumentales, manoeuvres obstétricales
- Episiotomie médiane
- Texture du périnée, périnée cicatriciel, femmes excisées ou infibulées
- Distance ano-vulvaire courte
- Accouchement rapide, position debout



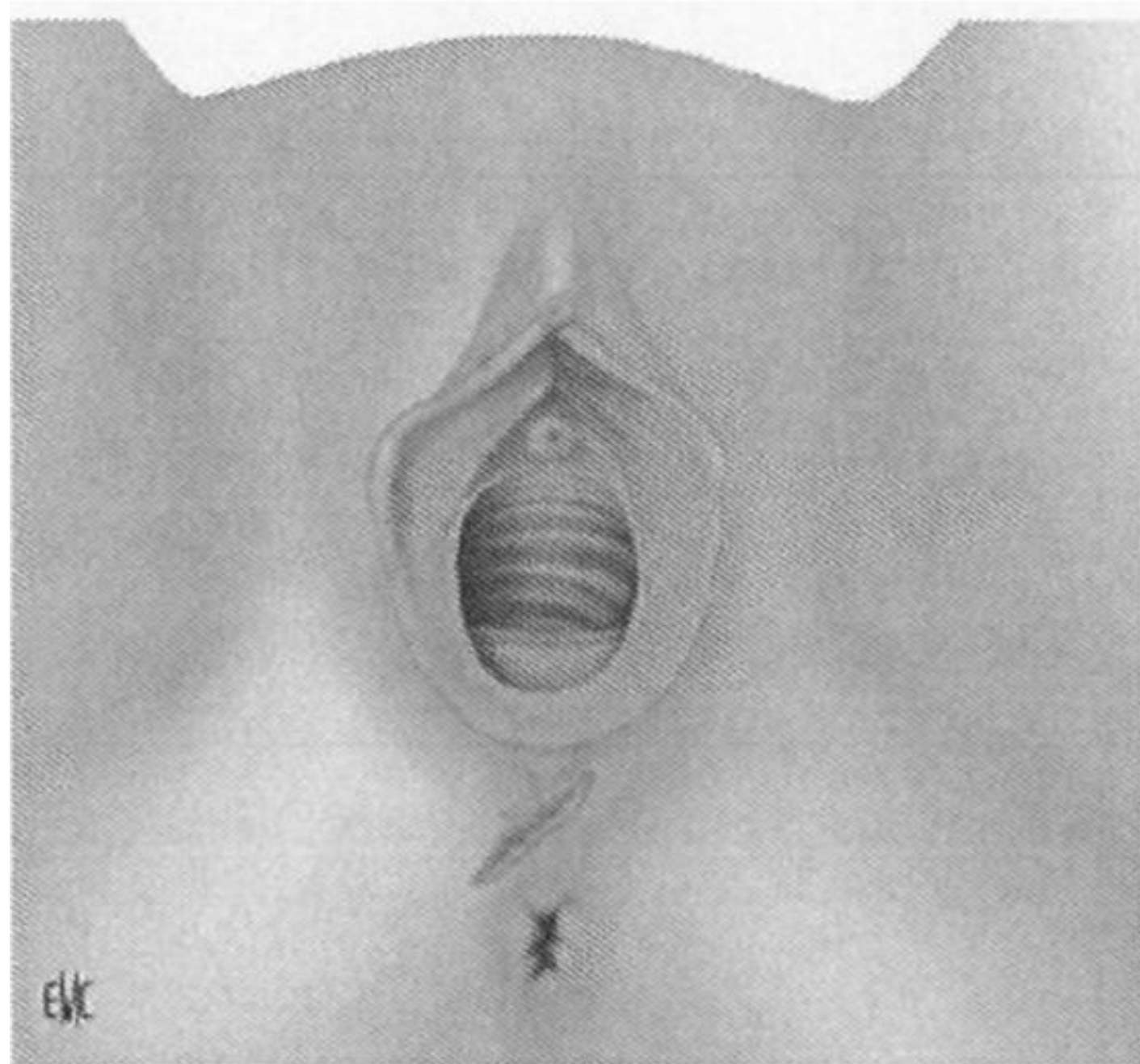
Levator ani



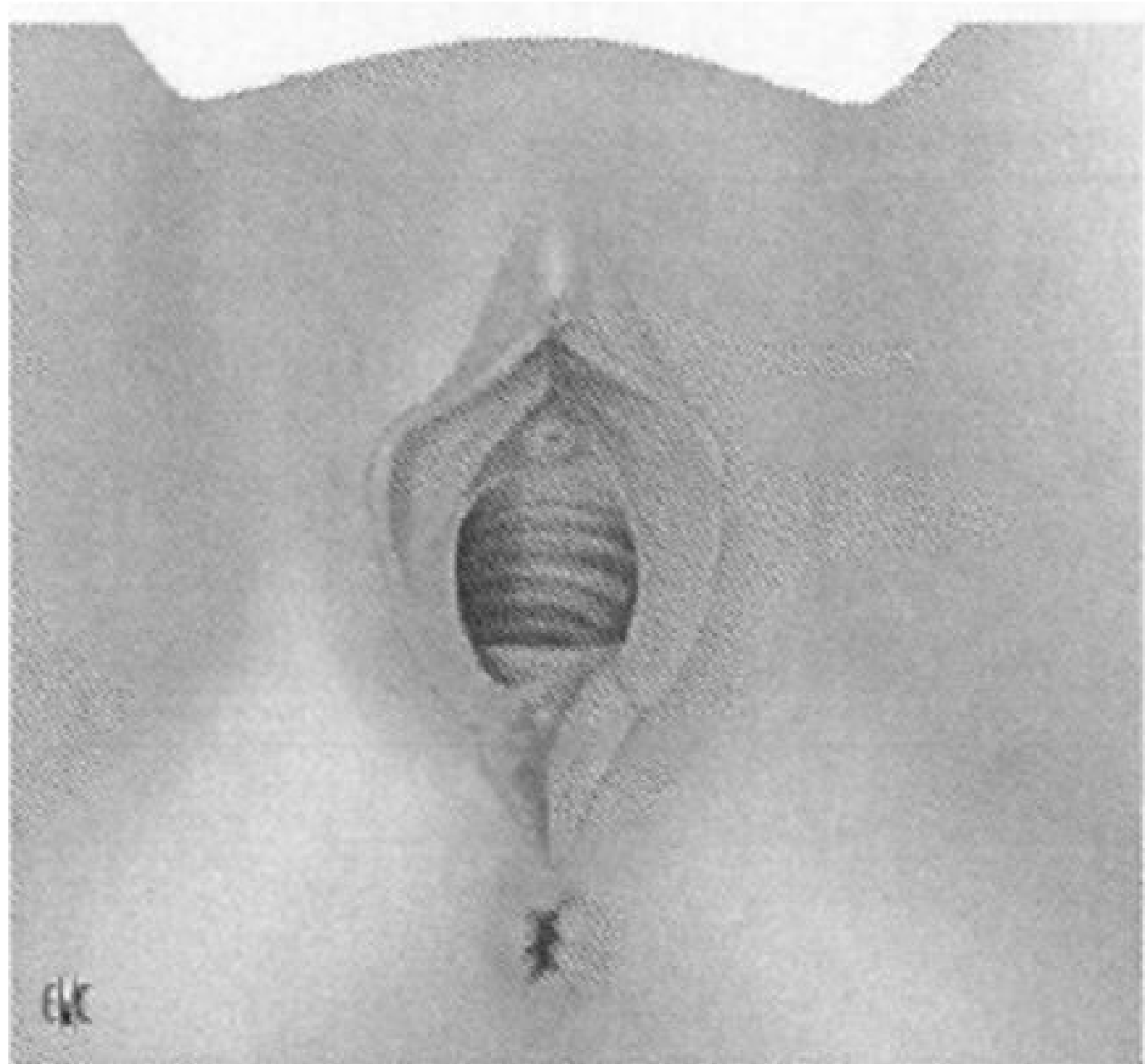
Sphincter anal externe



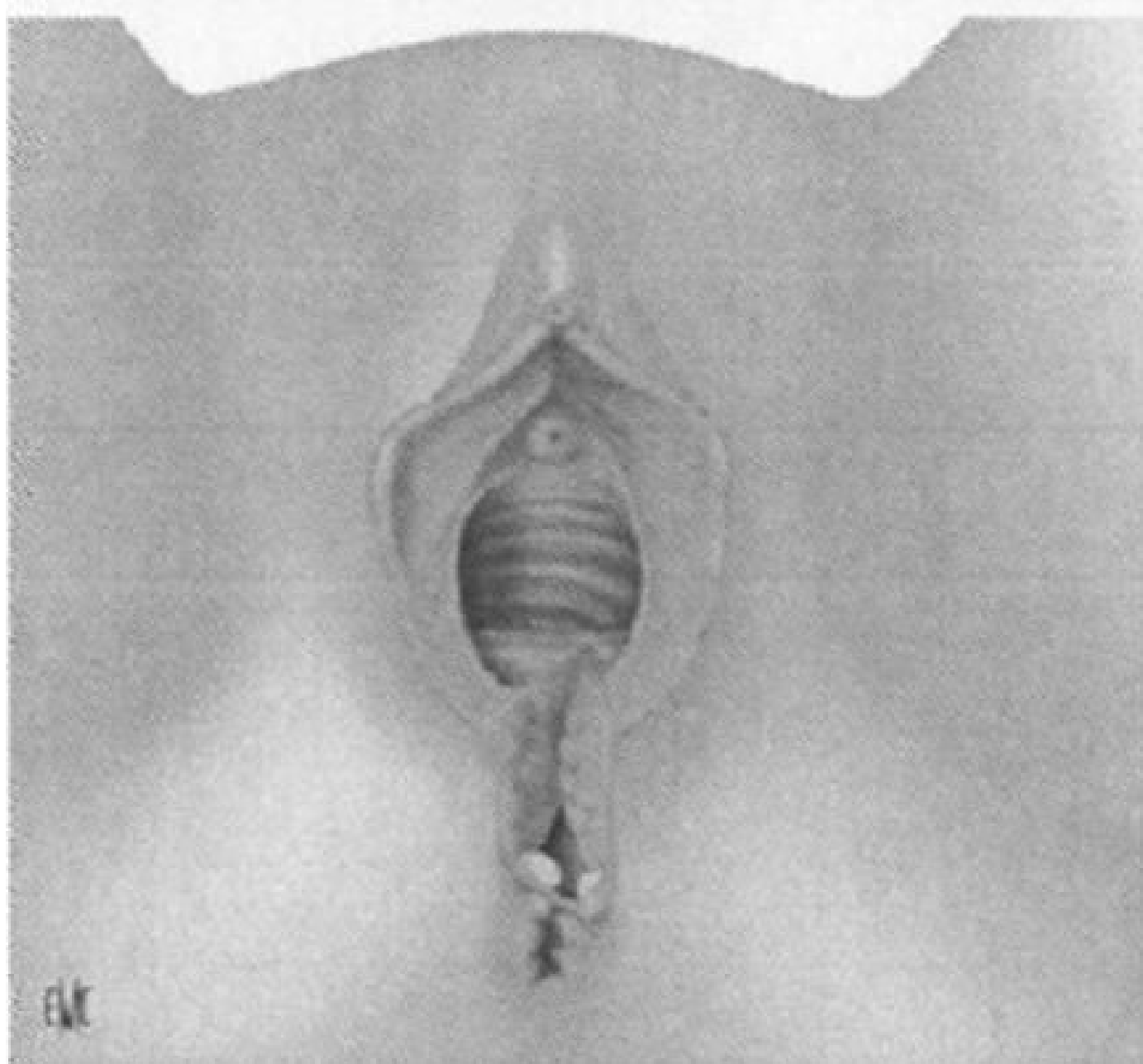
- Déchirure centrale du périnée



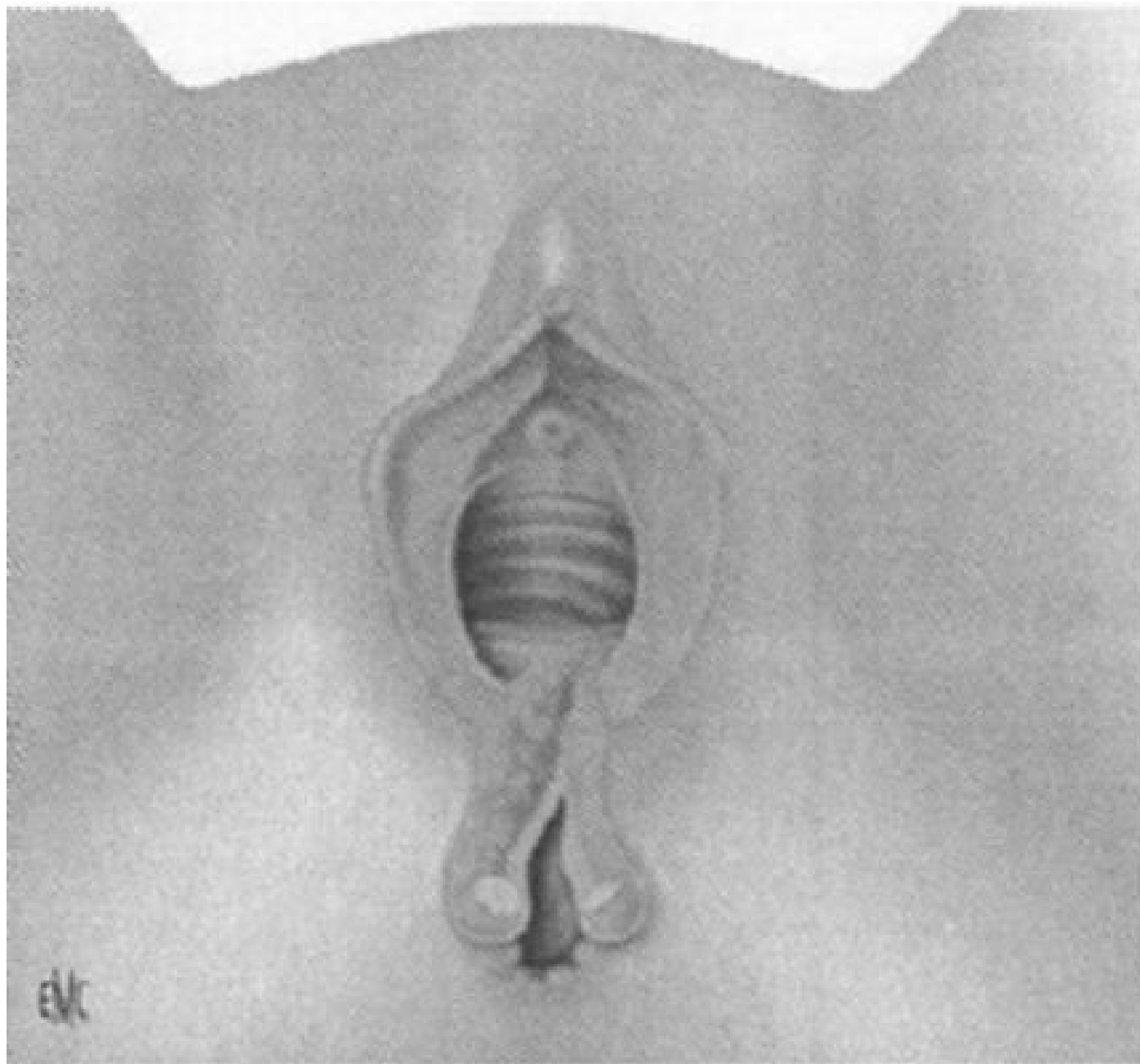
- Déchirure du premier degré



- Déchirure du deuxième degré



- Déchirure du troisième degré



CLASSIFICATION ANGLOSAXONNE

- Grade 1
 - Lésion cutanée ou vaginale périnéale uniquement
- Grade 2
 - Lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter anal
- Grade 3
 - Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal
 - 3a déchirure affectant moins de 50 % de l'épaisseur du SAE
 - 3b déchirure affectant plus de 50 % de l'épaisseur du SAE
 - 3c déchirure affectant le SAE et le SAI
- Grade 3
 - Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal (SAE et SAI) et l'épithélium anal

LESIONS ASSOCIEES

- Déchirures vaginales
- Déchirures vulvaires
- Déchirures cervicales
- Hématomes puerpéraux



REPARATIONS DES LESIONS

- Désinfection chirurgicale des mains et une tenue adaptée
- Installation optimale
 - position gynécologique
 - éclairage de qualité
- Analgésie efficace
- Exposition des lésions pour évaluation complète avant réparation
- Intérêt du toucher rectal systématique



LESIONS DE GRADE 4

- Muqueuse anale
- Fil à résorption lente
- Pas de différence entre suture continue ou en points séparés
- Pas de différence dans la survenue de complications à long terme entre nœuds réalisés en dedans ou en dehors de la lumière du canal anal

Harvey et al, JOGC 2015



LESIONS DE GRADE 3

- Identification (difficile) et suture du SAI si atteint (3C)

Sultan et al, 2002

- Amélioration du risque d'incontinence à 1 an

Lindquist et al, 2010



LESIONS DE GRADE 3

- Suture du SAE
- Fils à résorption lente
- Deux techniques de suture des berges du SAE

- Suture bout-à-bout
- Suture en paletot



source *CNGOF*

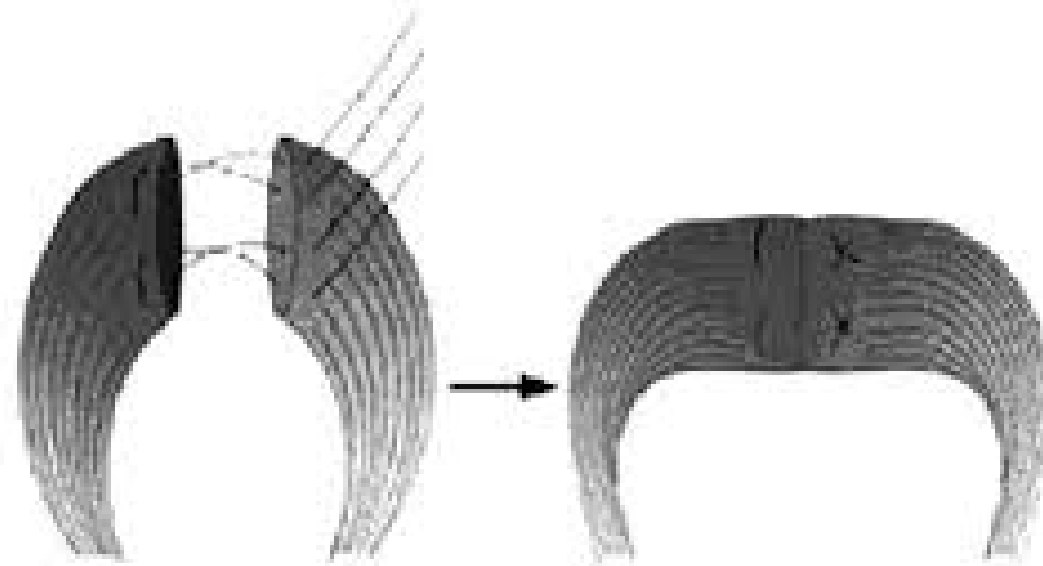


illustration 1 : suture bout à bout

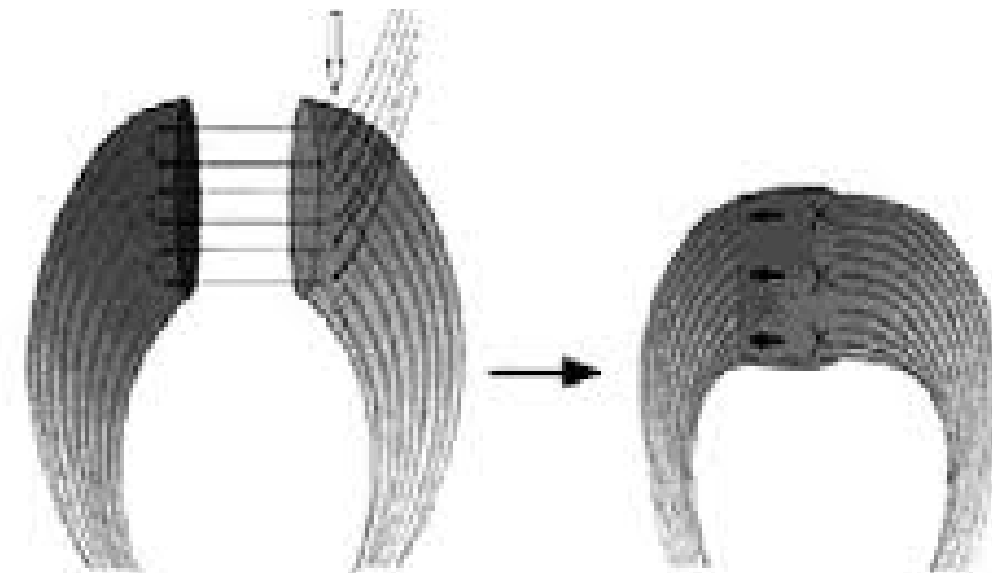


illustration 2 : suture en paletot.



LESIONS DE GRADE 3

- Suture en paletot
- Peut nécessiter une dissection du muscle
- Mobilisation des berges par pinces d'Aliss utile (tendance à la rétraction latérale)
- Possible plus aisément pour les grade 3b et 3c



LESIONS DE GRADE 3

- Absence de consensus en faveur de l'une ou l'autre technique, en terme de douleurs post-opératoires ou de qualité de vie
- Tendence à moins de renforcement de l'incontinence entre 6 semaines et 12 mois en cas de suture en paletot

Cochrane 2010

- Pas de différence significative en terme d'incontinence à 36 mois

Farell et al, 2012



LESIONS SUPERFICIELLES GRADE 1 et 2

- Possibilité de laisser la lésion en cicatrisation dirigée ?
- Pas de différence significative en terme de douleurs, à 2 mois
- Tendence à une cicatrisation moins affrontée des berges dans le groupe 'non suturés'

Cochrane 2010, 2 RCT



LESIONS SUPERFICIELLES

GRADE 1 et 2

- Fil résorbable à résorption rapide
- Suture continue (surjet) versus points séparés
- Moins de douleurs en cas de surjet dans les 10 premiers jours
- Pas de différence significative sur la douleur à long terme
- Pas de différence en terme de désunion
- Intérêt économique – moins de matériel en cas de suture continue

Cochrane 2012

- Utilisation de colle biologique, 1 étude randomisée

Feigenberg et Al, 2014



LESIONS SUPERFICIELLES

- Atteintes de l'étage antérieur
- Potentiellement hémorragiques
- Atteinte périclitoridienne
- Atteinte périméatique
- Intérêt de repérage de l'urètre par sondage urinaire pour la suture



CAS PARTICULIER

- Lésion isolée vaginale postérieure transfixiante avec atteinte du rectum – à l'emporte pièce
- Appel du chirurgien digestif si possible
- Élargissement de l'ouverture vaginale possiblement nécessaire pour exposition optimale et permettre la suture rectale



CONCLUSION

- Nécessité d'un bilan lésionnel complet après chaque accouchement
- Sutures continues recommandées pour les lésions superficielles
- Appel de l'équipe médicale en cas de suspicion de lésion périnéale complexe
- Suture du sphincter anal soigneuse en cas de lésion de grade 3

