

Avis d'experts N° 75 (remplace le N° 29)

Commission Assurance Qualité
Président Prof. Dr Daniel Surbek

Le plancher pelvien pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

Auteurs: V. Viereck, S. Meyer, D. Faltin, D. Perucchini, N. Kimmich, C. Betschart

Groupe de travail Urogynécologie (GTU) et Académie de médecine fœto-maternelle (AFMM)

	Niveau de Preuve Recommandation
<p>Introduction</p> <p>La grossesse et plus particulièrement l'accouchement ont des répercussions négatives sur les fonctions du plancher pelvien chez près de deux tiers des femmes, que ce soit par traumatisme direct de la musculature (muscle élévateur de l'anus) ou par atteinte de l'innervation du plancher pelvien, notamment du nerf pudendal. Incontinence urinaire ou fécale, pollakiurie, symptômes d'urgence mictionnelle, prolapsus, dyspareunie, syndromes douloureux ou opérations à répétition en sont les conséquences, avec des coûts élevés pour le système de santé. Les altérations liées au mode d'accouchement sont abordées ci-dessous.</p> <p>Le présent avis d'experts traite des thèmes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidence des troubles du plancher pelvien après l'accouchement • Prévention primaire et secondaire des lésions du plancher pelvien • Conseil de la femme enceinte avant l'accouchement • Impact des mesures sub partu sur la réduction des traumatismes d'accouchement • Recommandations pour le mode d'accouchement en cas d'antécédent de traumatisme symptomatique lors du précédent accouchement • Suivi du post-partum et traitement des problèmes du plancher pelvien <p>L'anamnèse réalisée en début de grossesse doit permettre de détecter les problèmes du tractus urinaire préexistants, notamment l'incontinence, car ils représentent un risque accru d'incontinence après l'accouchement.</p> <p>Incidence des lésions du plancher pelvien consécutives à un accouchement spontané</p> <p>L'éventail de symptômes et de plaintes varie fortement en fonction des cohortes étudiées et du moment de la saisie des symptômes après l'accouchement et dépendent de la méthode de recueil des données. L'incidence de incontinence urinaire après un accouchement spontané s'étend ainsi de 3 à 50%. L'incidence de lésion du sphincter anal après un accouchement par voie basse se situe entre 1 et 11%, mais il y a 10 à 35% d'atteintes occultes supplémentaires non diagnostiquées. Une incontinence au gaz/fécale se produit dans une proportion allant jusqu'à 10% des femmes suite à un accouchement spontané. Les chiffres suivants confirment eux aussi que l'éventail de symptômes varie selon les études: l'incontinence anorectale a été de 0,22% après césarienne, de 0,37% après accouchement par voie basse (p<0.0001) et de 0,17% dans le groupe témoin de femmes nullipares (p<0.0001). L'incidence de traumatisme du muscle élévateur de l'anus (MEA), détecté par échographie, s'élève à 6-16% chez les femmes ayant accouché spontanément, à 9-35% après un accouchement instrumenté par ventouse et à 35-63% lors d'une extraction par forceps. Les avulsions du muscle élévateur de l'anus semblent se produire juste avant la naissance, lorsque la tête fœtale dépasse le plan des épines sciatiques Hodge +4, car c'est à ce niveau que la distension des muscles élévateurs de l'anus et la surface du hiatus génital sont les plus importantes. Les facteurs de risque de désinsertion du muscle élévateur de</p>	<p>IIa/B</p>

<p>plancher pelvien pendant la grossesse sous surveillance (physiothérapeute, sage-femme) sont recommandables, p. ex. dans le cadre de la préparation à l'accouchement.</p> <p>En cas de plaintes liées à un prolapsus pendant la grossesse, il est possible d'utiliser des pessaires spéciaux (p. ex. Restifem®), après avoir exclu au préalable la présence de contractions ou d'une maturation du col prématurée comme responsables de ces troubles.</p> <p>Conseil de la femme enceinte avant l'accouchement D'après des investigations récentes de Moosdorff-Steinhauser et al., deux tiers des femmes interrogées rapportent une incontinence légère à modérée au cours de leur grossesse, mais seule une femme sur huit cherche de l'aide pour ce problème. La plupart des femmes enceintes croient qu'il s'agit d'un phénomène transitoire. Par conséquent il est important d'aborder le thème de l'incontinence avec les femmes enceintes lors de la consultation.</p> <p>En principe toute femme enceinte doit être renseignée sur les éventuelles répercussions de la grossesse et de l'accouchement sur le plancher pelvien. Cette information est transmise de préférence par une brochure explicative appropriée, qui différencie les facteurs établis (p.ex. antécédents familiaux) des facteurs modifiables par la patiente elle-même. L'entretien conseil individuel doit être adapté au risque et tenir compte des paramètres de l'échographie fœtale, de la constitution de la patiente, des facteurs de risque dans l'anamnèse, des modes d'accouchement précédents et des symptômes du plancher pelvien préexistants. Il est vivement recommandé d'aborder les éventuels traumatismes du plancher pelvien au cours de la grossesse déjà et, le cas échéant, de compléter l'entretien par l'appréciation d'un ou d'une spécialiste, en fonction des besoins de la patiente en matière de sécurité et d'information. L'outil de calcul UR-CHOICE. https://riskcalc.org/UR_CHOICE/ permet de mieux cibler le conseil.</p> <p>Les expertes et les experts conviennent de la pertinence de renseigner les patientes au sujet des problèmes du plancher pelvien pendant le post-partum. Mais une enquête récente a révélé une pratique différente, à savoir que les spécialistes en urogynécologie eux-mêmes renoncent à une telle information dans près de 40% des cas.</p> <p>Impact des mesures prénatales et sub partu sur la réduction des traumatismes d'accouchement L'imagerie prénatale des structures osseuses et des tissus mous maternels ne s'est pas révélée utile jusqu'à présent, car il n'existe pas de norme ni de seuil pour définir un accouchement problématique. Le rapport taille de l'enfant - canal d'accouchement et sa dynamique pendant l'accouchement semblent être plus déterminants, mais une évaluation au préalable s'avère difficile. Des interventions prénatales et sub partu, telles que le massage périnéal, la dilatation au ballon, les compresses chaudes, les positions d'accouchement et les stratégies de poussée susceptibles de réduire les traumatismes du plancher pelvien prêtent à controverse. L'application de compresses chaudes et éventuellement le massage périnéal pendant la phase d'expulsion se sont révélés bénéfiques sur les lésions du périnée. En revanche l'utilisation prénatale d'Epi-No® pour la préparation du périnée n'a pas entraîné de réduction des lésions d'accouchement, notamment des déchirures périnéales de haut grade. L'anesthésie péridurale a diminué le risque de traumatisme des élévateurs de l'anus et a provoqué davantage de rétention urinaire après la naissance, par rapport aux opioïdes. Diverses stratégies de poussée ne présentent aucune différence en termes de taux de déchirure périnéale et d'épisiotomie, ou encore d'indication de césarienne ou d'accouchement instrumenté, ou par rapport aux critères d'évaluation néonataux. Il n'existe aucune preuve en faveur de l'épisiotomie prophylactique (à l'exception de l'accouchement instrumenté).</p> <p>Juste avant la sortie de la tête il est important de ne pas pousser de manière active, mais de se contenter de respirer; ceci permet de réduire de deux tiers le taux de lésion du sphincter anal. Le fait de retarder les poussées raccourcit finalement le temps de poussée effective et augmente le taux d'accouchements spontanés. Une phase d'expulsion prolongée constitue un facteur de risque de traumatismes du plancher pelvien. En cas de phase d'expulsion</p>	<p>IV/A</p> <p>IIa/B</p> <p>Ia/A</p>
--	--------------------------------------

prolongée et de variété de présentation (occipito-postérieure), il peut s'avérer utile d'orienter le fœtus de manière idéale dans le canal d'accouchement, p ex. par rotation d'une présentation dorso-postérieure en une présentation dorso-antérieure. La durée idéale de la phase d'expulsion demeure incertaine. Un accouchement prolongé provoque des distensions du plancher pelvien par microtraumatismes et lésions nerveuses, et un accouchement trop rapide augmente le risque d'avulsion. En ce qui concerne la position pour accoucher, le décubitus dorsal est le plus défavorable, par rapport aux positions à quatre pattes, latérale et debout.

Si un accouchement instrumenté est indiqué pour des raisons maternelles ou fœtales, l'emploi de la ventouse (type de cupule non significatif) est préférable au forceps pour la préservation du plancher pelvien. C'est toutefois la technique correcte qui est déterminante, quelle que soit la méthode choisie. **D'après des études récentes, en cas d'accouchement instrumenté, le risque de déchirure périnéale de 3^e ou de 4^e degré peut être minimisé par la pratique d'une épisiotomie médiolatérale ou latérale prophylactique, en particulier chez les primipares. Lors de la réalisation de l'épisiotomie, l'incision médiolatérale doit être orientée de préférence à un angle de 60° au moins.** L'épisiotomie n'a pas d'influence sur la distension et les avulsions des élévateurs de l'anus. La protection périnéale visant à diminuer le taux de lésions d'accouchement suscite également des controverses. En Scandinavie, de vastes programmes de formation pour la protection périnéale ont cependant pu montrer qu'une protection adéquate du périnée, avec freinage de la tête fœtale lors de la naissance, entraînait une nette réduction des lésions périnéales de haut grade, de 4-7% à 1-2,5%. Il faut encore vérifier dans le cadre d'études cliniques si des accessoires supplémentaires de protection périnéale tels que BabySlide®, capable de réduire les déchirures périnéales et vaginales légères, parviennent également à diminuer les taux de déchirures périnéales de 3^e ou de 4^e degré.

Après tout accouchement il convient de contrôler l'intégrité du sphincter anal par toucher rectal et, en cas de lésion, de procéder à une réparation immédiate.

Recommandations pour le mode d'accouchement en cas d'antécédent de traumatisme symptomatique lors du précédent accouchement

Le dégât au plancher pelvien se produit généralement lors du premier accouchement. S'il s'agit d'un prolapsus, celui-ci peut s'aggraver lors de chaque naissance successive, toutefois dans une moindre proportion que lors du premier accouchement.

D'après les directives S2k de l'AMWF et sur la base d'un niveau de preuve modéré, une césarienne programmée se justifie uniquement en cas d'antécédent de déchirure périnéale de 3^e ou de 4^e degré et d'incontinence fécale intermittente consécutive à l'accouchement précédent, dans le but d'éviter une incontinence fécale permanente. En l'absence de symptomatique fécale après une déchirure de 3^e degré, la patiente peut à nouveau se décider pour un accouchement par voie basse sans pour autant courir un risque accru d'incontinence fécale. Ceci a été prouvé dans une étude randomisée et contrôlée, publiée récemment, portant sur des femmes asymptomatiques ayant eu une déchirure périnéale de 3^e/4^e degré lors du premier accouchement et venant donner naissance pour la seconde fois; celles-ci ont été randomisées soit dans un groupe avec césarienne programmée, soit dans un groupe avec accouchement par voie basse. Le risque de récurrence de déchirure périnéale de 3^e/4^e degré est de 4 à 8%. D'un point de vue médical, une incontinence urinaire post-partum ne constitue pas une indication de césarienne élective en prévention d'une incontinence ultérieure. Mais il convient de prendre en considération le souhait de la femme et de l'associer au processus de décision.

La **consultation post-partum et le suivi** sont importants, afin de détecter les effets d'un accouchement spontané sur les fonctions du petit bassin et de pouvoir les traiter à temps si nécessaire. Dans ce but l'anamnèse de la fonction du plancher pelvien, du tractus urinaire et de la fonction anorectale occupe une place essentielle et peut être suivie éventuellement d'investigations supplémentaires et de traitements:

- Diagnostic urogynécologique (ultrasonographie du plancher pelvien, en 2D, ou en 3D/4D ultrasonographie périnéale translabiale du muscle élévateur de l'anus et du sphincter anal, examen urodynamique, IRM)

Ila/B

<ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation ciblée du plancher pelvien • En cas d'intervention chirurgicale, faire appel à des collègues spécialisés en urogynécologie: chez les patientes jeunes, les techniques de conservation de l'utérus, autologues, sont à préférer. <p>Après l'accouchement, l'entraînement du plancher pelvien et le sport peuvent reprendre graduellement et selon la condition de la patiente. D'après les recommandations les plus récentes, une activité physique précoce ou continue est bénéfique pour la santé du plancher pelvien et le bien-être général.</p>	
<p>Résumé</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • L'épisiotomie systématique pendant l'accouchement n'apporte pas plus de bénéfices pour le plancher pelvien que l'épisiotomie à la demande. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • Si indiqué, le recours à l'accouchement instrumenté par ventouse épargne davantage le plancher pelvien que l'accouchement par forceps. Dans les deux cas c'est une technique correcte qui est déterminante, et ces gestes doivent faire l'objet d'un entraînement régulier. L'épisiotomie médiolatérale réduit le risque de déchirure périnéale de haut grade, notamment chez la primipare, et l'incision doit être pratiquée à un angle de 60° au moins. 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • La recherche d'une lésion sphinctérienne anale doit être systématique après tout accouchement par voie basse. Le cas échéant, la réparation chirurgicale par un obstétricien expérimenté doit être immédiate et réalisée dans des conditions appropriées (analgésie, éclairage de bonne qualité, instruments adéquats). 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • L'anesthésie péridurale semble avoir un effet protecteur sur le muscle élévateur de l'anus, comparé à un accouchement sans anesthésie péridurale. 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la grossesse, chez les femmes ne présentant pas d'incontinence, l'entraînement du plancher pelvien sous la supervision d'une physiothérapeute ou d'une sage-femme formée à cet effet semble apporter un bénéfice. L'entraînement du plancher pelvien pendant le post-partum semble également être bénéfique pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire et fécale, bien que cet effet s'estompe avec les années. La rééducation du plancher pelvien doit être réalisée de manière ciblée et sous supervision. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • La césarienne élective de protection du plancher pelvien présente une incidence de prolapsus et d'incontinence urinaire significativement plus faible que l'accouchement spontané dans la plupart des études. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • En principe, toute femme enceinte doit être renseignée sur les possibles répercussions de la grossesse et de l'accouchement sur le plancher pelvien. Cette information est transmise de préférence par une brochure explicative appropriée. L'information individuelle doit être adaptée au risque. 	IV/A

Date: 19.04.2021

Niveau de preuve	Grade de recommandation
Ia Données probantes obtenues par la méta-analyse d'études randomisées et contrôlées	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-right: 10px;">A</div> <div>Dans la littérature, qui doit être globalement de bonne qualité et cohérente, il existe au moins une étude randomisée contrôlée ayant trait à la recommandation en question (niveaux de preuve Ia, Ib)</div> </div>
Ib Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude randomisée contrôlée	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-right: 10px;">B</div> <div>Le sujet de la recommandation est traité dans des études cliniques bien contrôlées mais qui ne sont pas randomisées (niveaux de preuve IIa, IIb, III)</div> </div>
IIa Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée, bien menée, mais sans randomisation	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-right: 10px;">C</div> <div>On dispose de données probantes provenant de rapports ou d'avis de groupes d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes reconnus. Par contre, il n'existe pas d'études cliniques de bonne qualité qui soient directement applicables (niveau de preuve IV)</div> </div>
IIb Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude bien menée, d'un autre type, quasi expérimentale	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-right: 10px; text-align: center;">✓</div> <div> <p>Le point de bonne pratique</p> <p>Traitement de choix, recommandé d'après l'expérience clinique du groupe d'experts ayant rédigé l'avis d'experts ou la directive</p> </div> </div>
III Données probantes obtenues à partir d'études descriptives, bien menées, non expérimentales, comme des études comparatives, des études de corrélation ou des études de cas	
IV Données probantes obtenues à partir de rapports ou d'avis d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes reconnus	

Conflits d'intérêts des auteurs:

V. Viereck: aucun

S. Meyer: aucun

D. Faltin: aucun

D. Perucchini: aucun

N. Kimmich: aucun

C. Betschart: aucun

Bibliographie: disponible auprès des auteurs

La commission Assurance Qualité de gynécologie suisse / SGGO élabore des directives et des avis d'experts avec le plus grand soin; toutefois la commission Assurance Qualité de gynécologie suisse / SGGO ne peut pas endosser la responsabilité de l'exactitude et de l'exhaustivité des contenus. Les informations des fabricants doivent être respectées dans tous les cas, en particulier les indications concernant la posologie.

Du point de vue de la commission, les directives et les avis d'experts correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques au moment de la rédaction. Les modifications survenues dans l'intervalle doivent être prises en compte par les utilisateurs.