

# LES DÉCHIRURES PÉRINÉALES DES 3<sup>ÈME</sup> ET 4<sup>ÈME</sup> DEGRÉS POST-ACCOUCHEMENT :

## ANALYSE RÉTROSPECTIVE ET ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE

DELVOIE A (1), DELCOMINETTE S (1), NISOLLE M (1), DE LANDSHEERE L (1)

**RÉSUMÉ :** Les déchirures périnéales des troisième et quatrième degrés sont des lésions entretenant le sphincter anal et survenant lors de l'accouchement par voie vaginale. Leur prévalence est comprise entre 0,25 et 6 %, ce qui souligne la variabilité de la pratique obstétricale selon les pays. Ce type de lésion peut entraîner des complications à court et long termes pour les patientes, affectant leur qualité de vie. Dès lors, il semble essentiel que leur prise en charge soit optimale. Dans cette étude rétrospective monocentrique, les dossiers des femmes ayant présenté une lésion obstétricale du sphincter anal entre janvier 2015 et janvier 2021 ont été analysés. Durant cette période, sur 11.222 accouchements par voie basse, 61 dossiers (0,54 %) ont été retenus. Les facteurs de risque maternels, fœtaux et liés à l'accouchement ont été étudiés et sont majoritairement similaires à ceux retrouvés dans la littérature. En revanche, la prise en charge de ces lésions était très hétérogène parmi les patientes, avec un manque de standardisation. Une meilleure gestion de ces déchirures via l'instauration d'un algorithme décisionnel permettrait potentiellement d'en diminuer la morbidité à long terme.

**MOTS-CLÉS :** *Déchirures périnéales - Lésions obstétricales du sphincter anal - Facteurs de risque - Prise en charge - Algorithme*

### THIRD- AND FOURTH-DEGREE POST-DELIVERY PERINEAL TEARS : RETROSPECTIVE ANALYSIS AND MANAGEMENT ADAPTATION

**SUMMARY :** Third- and fourth-degree perineal tears are injuries involving the anal sphincter that occur during vaginal delivery. Their prevalence is between 0.25 and 6 %, which highlights the variability of obstetrical practice among different countries. This type of tear can lead to short- and long-term complications for the mothers, affecting their quality of life. Therefore, it seems essential that their management should be optimal. In this study, we analyzed the records of all women who suffered from an obstetric anal sphincter injury between January 2015 and January 2021. During this period, out of 11222 vaginal deliveries, 61 records (0.54%) were retained. Maternal, fetal, and delivery-related risk factors were studied and were mostly similar to those found in the literature. However, the treatment of these lesions was very heterogeneous among patients and lacked standardization. A better management of these tears through the establishment of a decision algorithm would potentially reduce the long-term morbidity.

**KEYWORDS :** *Perineal lacerations - Obstetrical anal sphincter injuries - Risk factors - Management - Algorithm*

## INTRODUCTION

Les déchirures périnéales comprennent tout type de lésion survenant durant l'accouchement par voie vaginale, spontanément ou de manière iatrogène (accouchement instrumental ou épisiotomie) (1). Ces lésions vont de la simple éraillure à la déchirure du quatrième degré, entretenant la muqueuse rectale. La classification britannique du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) est la plus couramment utilisée; elle divise les lésions en quatre degrés selon la sévérité de l'atteinte (2) (*Tableau I*). Les déchirures du premier degré intéressent uniquement la muqueuse vaginale tandis que celles du deuxième degré impliquent les muscles périnéaux bulbospongieux et transverses superficiels.

Les déchirures périnéales des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés sont rassemblées sous le terme de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) dans la littérature française ou «Obstetrical Anal Sphincter Injuries» (OASIS) pour les anglo-saxons. Leur prévalence est comprise entre 0,25 % et 6 % des accouchements par voie basse selon les pays et les pratiques obstétricales (3). La survenue de ce type de lésion peut être favorisée par différents facteurs dont la nulliparité, l'instrumentation et la macrosomie. De nombreuses études ont été réalisées afin d'analyser ces facteurs de risque et leur implication dans les LOSA.

Les conséquences à court et long termes de telles déchirures affectent la qualité de vie de femmes jeunes, d'où l'importance d'une prise en charge optimale. Les patientes qui en souffrent ont un risque accru de développer une infection pouvant favoriser un lâchage de suture, une incontinence anale, des douleurs persistantes au niveau de leur cicatrice ou une récidive de lésions graves lors d'accouchements ultérieurs.

Cet article met en lumière un sujet qui reste sensible dans notre société actuelle qui, depuis

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, site CHR Citadelle, Liège, Belgique.

**Tableau I. Classification des déchirures périnéales obstétricales en quatre degrés selon le RCOG (2)**

Degré	Description
1	Épiderme périnéal et/ou muqueuse vaginale
2	Muscles périnéaux (bulbospongieux et transverses superficiels)
3	Complexe sphinctérien anal : 3a < 50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe 3b > 50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe 3c Sphincter anal externe et interne
4	Complexe sphinctérien anal et muqueuse ano-rectale

quelques années, soulève la question des violences obstétricales. Dans ce travail, nous faisons état de la prévalence, des facteurs de risque et surtout de la prise en charge des lésions obstétricales des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés au sein du centre hospitalier régional (CHR) de la Citadelle à Liège (Belgique). L'objectif est d'aboutir à une standardisation des soins par l'instauration de différents outils dans nos services d'obstétrique, cela afin de réduire la fréquence et la sévérité des complications liées aux LOSA.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude a été menée à la maternité universitaire du CHR Citadelle de Liège entre janvier 2015 et janvier 2021. Cette maternité de niveau 3 possède une activité d'approximativement 2.500 accouchements par année. Les données ont été collectées en consultant les statistiques annuelles de l'hôpital en matière de naissance durant la période étudiée. Toute patiente ayant accouché par césarienne a été exclue de l'étude. Les dossiers des patientes dont l'accouchement par voie basse aurait occasionné des lésions obstétricales du sphincter anal ont été analysés rétrospectivement. Les dossiers médicaux et infirmiers informatisés ont été utilisés comme source de données (logiciels OMNIPRO et XPCARE). Tous les dossiers reprenant les éléments «déchirures type 3» ou «déchirures type 4» dans les protocoles d'accouchement, ont été extraits. Les données manquantes ont été complétées en contactant les patientes et/ou les gynécologues référents. Un nombre restreint de patientes, demeurant sans information concernant la période post-partum, a été exclu de la partie «complications postopératoires».

Au total, une vingtaine de variables ont été étudiées et réparties en trois catégories. La première regroupe les facteurs de risque dont l'âge maternel, la parité, l'indice de masse corporelle (IMC), l'origine ethnique maternelle, le poids de naissance fœtal, le périmètre crânien fœtal, le type de présentation, la dystocie d'épaule et le recours à une instrumentation ou à une épisiotomie. La deuxième catégorie de données concerne la prise en charge et nous y avons analysé le type de fils de suture utilisé, l'opérateur, la prescription de laxatifs, d'un régime sans résidu, de kinésithérapie périnéale du post-partum, d'une consultation chez un chirurgien colorectal ou d'examens spécifiques (manométrie sphinctérienne ou échographie endo-anale) et d'une consultation gynécologique post-partum précoce et classique. La troisième catégorie s'intéresse aux complications postopératoires telles que l'infection, la déhiscence de plaie, la douleur/dyspareunie, l'incontinence anale et la fistule recto-vaginale.

Les variables nominales ont été exprimées en nombre et fréquence (pourcentage). Les variables continues ont été, quant à elles, reportées en moyenne et écart-type. La retranscription et l'analyse statistique de toutes ces données ont été réalisées à partir d'un programme Excel. L'analyse de nos résultats, confrontée aux données de la littérature, a abouti à la création d'un algorithme décisionnel de prise en charge et d'un formulaire opératoire.

## RÉSULTATS

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Le nombre total d'accouchements au CHR Citadelle au cours de la période étudiée était de 15.118, dont 11.222 accouchements par voie basse (AVB). Soixante et un cas de LOSA ont été recensés, ce qui représente 0,54 % de l'ensemble des AVB durant la période étudiée. Cinquante-huit patientes (95,1 %) présentaient une déchirure partielle ou complète du sphincter anal sans atteinte de la muqueuse rectale, tandis que 3 d'entre elles (4,9 %) souffraient d'une lésion du quatrième degré.

### FACTEURS DE RISQUE

Nous avons différencié les facteurs de risque de développer des LOSA en trois catégories : maternels, fœtaux et liés à l'accouchement (Tableau II).

**Tableau II.** Facteurs de risque maternels, fœtaux et liés à l'accouchement

Facteurs de risque maternels	N = 61
Age maternel (ans)	28,8 ( $\pm$ 5,4)
- $\geq$ 30	28 (45,9 %)
Primiparité (ou 1 <sup>er</sup> AVB)	48 (78,7 %)
Ethnicité	
- Caucasiennes	51 (83,6 %)
- Asiatiques	3 (4,9 %)
- Africaines (sub-Sahara)	7 (11,5 %)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25,2 ( $\pm$ 5,4)
- $\geq$ 30	11 (18,0 %)
Facteurs de risque fœtaux	N = 61
Poids de naissance (g)	3447,8 ( $\pm$ 503,8)
- $\geq$ 4.000	9 (14,7 %)
Périmètre crânien (cm)	34 ( $\pm$ 1,5)
Facteurs de risque liés à l'accouchement	N = 61
Présentation céphalique	
- Antérieure	50 (82 %)
- Postérieure	8 (13,1 %)
- Transverse	3 (4,9 %)
Dystocie d'épaule	4 (6,6 %)
Épisiotomie seule	10 (16,4 %)
- Médio-latérale droite	9 (14,7 %)
- Médiane	1 (1,6 %)
Instrumentation	27 (44,3 %)
- Ventouse avec épisiotomie	10 (16,4 %)
- Ventouse sans épisiotomie	11 (18,0 %)
- Forceps avec épisiotomie	5 (8,2 %)
- Forceps sans épisiotomie	3 (4,9 %)

**MATERNELS :**

L'âge moyen des parturientes était de 28,8 ans ( $\pm$  5,4), dont 28 femmes (45,9 %) âgées de 30 ans et plus. Pour 48 patientes (78,7 %), il s'agissait d'un premier accouchement par voie vaginale (43 nullipares et 5 antécédents de césarienne). L'IMC moyen des patientes en début de grossesse était de 25,2 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm$  5,4). Nous avons également étudié leur origine ethnique, 51 étaient caucasiennes (83,6 %), 7 provenaient d'Afrique sub-saharienne (11,5 %) et 3 d'Asie (4,9 %).

**FŒTAUX :**

Le poids de naissance (PN) moyen des nouveau-nés était de 3447,8 grammes ( $\pm$  503,8). Parmi ceux-ci, 9 (14,8 %) étaient macrosomes (PN > 4000 g). Le périmètre crânien (PC) des nouveau-nés était en moyenne de 34 centimètres ( $\pm$  1,5).

**LIÉS À L'ACCOUCHEMENT :**

La présentation fœtale était céphalique dans 100 % des cas, majoritairement antérieure. Néanmoins, 8 variations postérieures (13,1 %) et 3 transverses (4,9 %) ont été retrouvées. Quatre dystocias d'épaules (6,6 %) ont été recensées. Le CHR de la Citadelle a compté 1.099 AVB instrumentés sur 11.222 (9,79 %) entre 2015 et 2021. Le nombre de déchirures périnéales sévères associé à un accouchement instrumenté était de 27 (44,3 %) et celui associé à un accouchement non instrumenté était de 34 (55,7 %); ainsi leurs incidences étaient, respectivement, de 2,46 % et 0,34 %, soit un risque relatif de 7,23 pour les accouchements instrumentés. La ventouse a été utilisée dans 21 cas sur 27 (77,8 %). Cependant, 2 extractions par ventouse ont échoué, nécessitant l'utilisation d'un forceps. Au total, le forceps aura donc été nécessaire pour 8 accouchements (29,6 % des AVB instrumentés). Concernant le recours à l'épisiotomie, 24 (39,3 %) ont été effectuées, 23 médico-latérales (95,8 %) et 1 médiane (4,2 %). Dix des 34 accouchements eutociques (29,4 %) ont nécessité une épisiotomie. Elle a accompagné l'utilisation d'une ventouse dans 11 cas sur 21 (52,4 %) et celle d'un forceps dans 5 cas sur 8 (62,5 %).

**PRISE EN CHARGE**

Les données de prise en charge immédiate et à moyen et long termes ont été analysées, comprenant notamment les différentes prescriptions et consultations de suivi (Tableau III). Il a été constaté que 34 dossiers (55,7 %) ne précisait pas le type de fils utilisés pour la suture de la déchirure du sphincter anal. Dans les 27 autres cas (44,3 %), 13 (48,1 %) indiquaient l'utilisation d'un fil 0 ou 1.0 pour la suture du sphincter et les 14 restants (51,9 %), un fil 2.0 ou 3.0. Quarante-quatre sutures (72,1 %) ont été réalisées par des gynécologues-obstétriciens, 9 (14,7 %) par des assistants en formation et dans 8 cas (13,1 %), un chirurgien abdominal a été appelé pour la réparation sphinctérienne.

Une antibioprophylaxie intraveineuse a été administrée en peropératoire pour 20 femmes (32,8 %) et 8 d'entre elles (13,1 %) ont bénéficié d'un relais *per os*. Un traitement antibioprophylactique *per os* seul a été administré chez 5 patientes (8,2 %). Trente-six patientes (59,0 %) n'ont donc reçu aucune antibioprophylaxie et parmi elles, 4 (11,1 %) ont développé une infection de plaie. Par contre, aucune infection n'a été recensée chez les patientes ayant bénéficié d'un traitement antibiotique. La durée du traitement par voie orale était très hétérogène

**Tableau III. Prise en charge immédiate et à long terme**

Prise en charge de la suture	N = 61
Fils utilisés :	
- Vicryl ou polysorb 0 ou 1.0	13 (21,3 %)
- Vicryl ou polysorb 2.0 ou 3.0	14 (23,0 %)
- Non précisé	34 (55,7 %)
Opérateur :	
- Gynécologue-obstétricien	44 (72,1 %)
- Assistant	9 (14,7 %)
- Appel d'un chirurgien abdominal	8 (13,1 %)
Antibioprophylaxie :	
- IV peropératoire sans relais <i>per os</i>	12 (19,7 %)
- IV peropératoire avec relais <i>per os</i>	8 (13,1 %)
- <i>Per os</i> seule	5 (8,2 %)
- Aucune	36 (59,0 %)
Prescriptions à la maternité	N = 61
Laxatifs	53 (86,9 %)
Régime sans résidu	33 (54,1 %)
Rdv post-partum gynécologue :	
- Précoce (10-15 jours)	10 (16,4 %)
- Classique (4-6 semaines)	61 (100 %)
Échographie endo-anale :	
- À la maternité (2-3 jours post-partum)	3 (4,9 %)
- À 4-6 semaines post-partum	22 (36,1 %)
Manométrie sphincter à 4-6 semaines post-partum	3 (4,9 %)
Rdv chirurgien abdominal à 4-6 semaines post-partum	9 (14,7 %)
Aucun suivi hormis consultation post-partum classique	30 (49,2 %)
Kinésithérapie périnéale	45 (73,8 %)

et variait entre 2 et 10 jours de prise. L'antibioprophylaxie intraveineuse consistait en une perfusion de 2 g d'amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin®) pour toutes les patientes concernées. Pour la prise orale, de l'Augmentin® 875 mg 3x/jour a été prescrit chez 11 patientes sur 13 (84,6 %) tandis que 2 patientes (17,4 %), allergiques à la pénicilline, ont reçu une prescription de clindamycine (Dalacin®) 600 mg 3x/jour. Des laxatifs et un régime sans résidu ont été prescrits, respectivement, pour 53 (86,9 %) et 33 (54,1 %) jeunes mamans.

Une échographie endo-anale a été proposée à 4-6 semaines post-partum pour 22 patientes (36,1 %), tandis que 3 femmes (4,9 %) ont bénéficié de cette échographie avant la sortie de la maternité, c'est-à-dire 48 à 72 heures post-partum. Une manométrie ano-rectale a été réalisée dans 3 cas (4,9 %). Une consultation post-partum classique à 4-6 semaines a été recommandée dans 100 % des cas et une visite précoce à 10-15 jours post-partum a été prescrite pour 10 patientes (16,4 %). Un rendez-vous chez un chirurgien abdominal a été demandé pour 9 patientes (14,7 %). Aucun suivi particulier, hor-

**Tableau IV. Complications à court et long termes**

Complications	N = 57
Infection de plaie	4 (7,0 %)
Déhiscence de plaie	3 (5,3 %)
Douleur cicatrice et/ou dyspareunie	15 (26,3 %)
Incontinence anale	9 (15,8 %)
Fistule recto-vaginale/périnéale	0 (0 %)

mis la consultation post-partum classique, n'a été proposé pour 30 de nos patientes (49,2 %). La prescription de kinésithérapie périnéale a été rédigée pour 45 femmes (73,8 %), soit à la sortie de la maternité, soit lors d'une consultation post-partum.

## COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES

Les complications sont reprises dans le Tableau IV. Une infection de plaie est survenue chez 4 patientes (7,0 %) dont 3 (5,3 %) ayant entraîné une déhiscence de la suture avec reprise au bloc opératoire par un chirurgien abdominal. Quinze patientes (26,3 %) se sont plaintes de douleur au niveau de la cicatrice ou de dyspareunie. Une incontinence anale (IA) a été rapportée par 9 patientes (15,8 %). Aucune fistule recto-vaginale ou périnéale n'a été rencontrée.

## DISCUSSION

Au CHR-Citadelle de Liège, le taux de LOSA entre janvier 2015 et janvier 2021 était de 0,54 % des AVB. En 2016, Blondel et coll. (4) ont publié une étude comparant les taux de LOSA dans vingt pays européens (Belgique non comprise). Pour l'ensemble des AVB, ils ont trouvé des taux de déchirures périnéales sévères qui variaient de 0,1 % en Roumanie à 4,9 % en Islande. La grande variation des taux de LOSA entre les pays se justifie notamment par les difficultés à standardiser l'évaluation du périnée après l'accouchement, mais également par la diversité de la pratique obstétricale.

## FACTEURS DE RISQUE

Certains facteurs de risque de développer une LOSA sont indiscutables et retrouvés systématiquement dans la littérature. C'est particulièrement le cas pour l'âge maternel avancé et la nulliparité. Avec 45,9 % des femmes de notre étude âgées de 30 ans et plus, et un taux

significativement élevé (78,7 %) de patientes nullipares, nos résultats concordent avec cette affirmation.

Le lien entre un IMC maternel élevé et la survenue de LOSA est moins clair dans la littérature (5, 6). Dans nos analyses, aucune relation n'a pu être établie. L'IMC moyen des patientes était proche des normes et seulement 18,0 % d'entre elles présentaient une obésité en début de grossesse.

L'hypothèse selon laquelle l'origine ethnique aurait une influence sur les déchirures périnéales est également controversée. Cependant, de nombreuses études démontrent une association entre les femmes d'origine asiatique et un taux élevé de LOSA (7-11), tandis que l'origine africaine serait un facteur protecteur (12). Avec un faible taux de patientes asiatiques (4,9 %) et un taux deux fois plus élevé de patientes africaines (11,5 %), nos observations sont discordantes avec ce que l'on peut lire dans la littérature.

Le taux de macrosomes dans notre étude était de 14,8 %, c'est-à-dire le double, voire le triple, de la prévalence habituellement retrouvée dans la population générale (13). La macrosomie comporte des risques fœtaux, mais également maternels, avec, notamment, la nécessité fréquente d'une instrumentation.

Concernant les variétés postérieures, elles avaient toutes nécessité une extraction instrumentale dans notre série. Les deux principales complications de ce type de présentation sont d'ailleurs l'accouchement assisté et les LOSA (14). Elles ont l'inconvénient d'être souvent mal-flétries, majorant le diamètre longitudinal de la présentation et exposant au risque de lacération.

La dystocie d'épaule (DE) est associée à une morbi-mortalité néonatale grave, mais également à l'augmentation du risque de LOSA (15). Elle survient dans approximativement 0,2 % à 3,0 % des AVB. Le taux de DE retrouvé dans notre cohorte était de 6,6 %, soit 2 à 30 fois plus.

L'extraction instrumentale est un facteur bien reconnu de LOSA. Elle a été identifiée dans près de la moitié des accouchements de notre étude, dont environ 75 % par ventouse et 25 % par forceps. Parmi les deux instruments, le forceps semble exposer à un risque majoré de déchirures périnéales graves (16, 17). Dans leur étude, Blondel et coll. (4) ont trouvé des taux d'accouchements instrumentés variant entre 4 et 22 % selon les pays et la survenue de déchirures graves était jusqu'à 7 fois plus élevée par rapport aux AVB eutociques. Dans notre centre, entre 2015 et 2021, le taux d'AVB instrumentés

était de 9,8 % avec un risque relatif s'élevant à 7,23. Nos chiffres sont donc tout à fait superposables à ceux retrouvés dans cette étude multicentrique européenne.

L'épisiotomie est un sujet qui reste controversé dans la littérature (18, 19). Conçue à l'origine pour protéger le périnée pendant l'accouchement (20), elle était réalisée de manière quasi-systématique dans de nombreux pays. Au fil des années, de plus en plus d'articles ont publié l'absence de preuves sur les bénéfices de l'épisiotomie de routine tandis que les complications associées à cette pratique étaient fréquentes. Ces données ont, notamment, conduit le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) à recommander une politique restrictive de sa pratique en 2005. Le taux d'épisiotomies observé dans notre étude était de 25-35 %. Par conséquent, le taux de LOSA associé à une épisiotomie, avec ou sans instrumentation, variait entre 0,6 et 0,8 %.

## PRISE EN CHARGE À COURT ET LONG TERMES

Cette étude monocentrique souligne une hétérogénéité dans la prise en charge des LOSA. Or, les conséquences à court et long termes de ces lésions sont fréquentes et concernent la qualité de vie de femmes jeunes. L'analyse de nos résultats permet de proposer deux outils, se basant sur les dernières recommandations rédigées par le RCOG (2) : un algorithme décisionnel ([Figure 1](#)) et un formulaire opératoire ([Figure 2](#)). Des outils semblables ont déjà permis d'améliorer la prise en charge des LOSA dans des maternités australiennes en 2008 (21) et écossaises en 2016 (22).

Tout d'abord, il est recommandé de grader les lésions selon la classification du RCOG, qui est la plus couramment utilisée ([Tableau 1](#)). Il est également important que la suture soit réalisée dans des conditions adéquates, c'est-à-dire dans des conditions d'asepsie, de luminosité, d'instrumentation et d'anesthésie optimales et par un clinicien expérimenté.

**Figure 1.** Proposition d'algorithme décisionnel de prise en charge des déchirures périnéales des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés, à afficher dans un service obstétrique.

En ligne : <https://tinyurl.com/bdzf3msy>

**Figure 2.** Formulaire post-opératoire, à compléter et intégrer dans le dossier de toute patiente dont l'accouchement aurait occasionné une déchirure du 3<sup>ème</sup> ou du 4<sup>ème</sup> degré.

En ligne : <https://tinyurl.com/59cc9hb9>

Une stricte évaluation de l'étendue de la lésion par un toucher rectal est conseillée systématiquement avant toute réparation afin d'évaluer l'ampleur de la déchirure et détecter une éventuelle fistule recto-vaginale (23). Il est aussi conseillé de refaire un toucher rectal en fin d'intervention pour s'assurer de l'absence de fils transfixiants intra-rectaux.

Concernant la méthode et les fils de suture à utiliser, il existe différentes directives, avec des niveaux de preuve plus ou moins élevés. Nous avons relevé deux éléments interpellants dans nos observations. D'une part, les résultats étaient très hétérogènes parmi les patientes et, d'autre part, énormément de données étaient manquantes dans les dossiers. Néanmoins, il nous semble indispensable que ce type d'information ainsi que la rédaction d'un protocole de l'accouchement décrivant précisément la prise en charge apparaissent clairement dans le dossier des patientes. À cette fin, un formulaire opératoire standardisé permettrait certainement de combler ces lacunes.

Une antibioprophylaxie à large spectre est préconisée après la réparation des LOSA afin de réduire le risque d'infection et de déhiscence de plaie. Dans notre étude, moins de la moitié des femmes ont bénéficié d'une antibiothérapie et ce traitement était très variable quant à la voie et la durée d'administration. Un protocole local à ce sujet est recommandé par le RCOG au sein des maternités.

L'utilisation de laxatifs est conseillée afin de lutter contre la constipation et donc, le risque de déhiscence de plaie. La grande majorité de nos patientes ont bénéficié d'une prescription de macrogol (Movicol®). Le régime sans résidu n'est pas traité dans les recommandations du RCOG et son impact est débattu. Il a l'avantage de réduire le volume et la fréquence des selles, mais l'inconvénient de retarder et rendre la première défécation plus douloureuse, comparé à l'utilisation de laxatifs (24). De plus, il ne semble

pas y avoir de différence significative en termes de complications avec une alimentation contenant ou non des résidus.

Concernant l'antalgie, elle est similaire à l'antalgie post-partum ordinaire, basée sur la prise d'antidouleur et l'application de compresses froides ou chaudes au niveau du périnée (25, 26).

Les évaluations échographique ou manométrique des lésions sphinctériennes permettraient de détecter la persistance d'une lésion ou l'insuffisance d'une réparation (27). Elles sont à envisager en cas de persistance de symptômes en post-partum. Plus d'un tiers de nos patientes ont bénéficié d'une échographie endo-anale, avec ou sans symptôme, tandis que la manométrie ano-rectale était rarement prescrite.

Les patientes sont invitées à revoir, à 6-12 semaines post-partum, un clinicien avec un intérêt particulier pour les LOSA. Classiquement, toutes les parturientes du CHR-Citadelle sont revues en consultation à 4-6 semaines post-partum. Une visite à 10-15 jours post-partum a été organisée pour quelques patientes de notre cohorte afin de vérifier la bonne cicatrisation de la suture. Dans la mesure où les complications infectieuses ne sont pas rares, l'indication d'une visite précoce, dans un délai de 2 semaines, pourrait être à considérer, en ambulatoire ou à domicile par des sages-femmes.

Une consultation chez un chirurgien colorectal doit être proposée en cas de symptômes, ce qui était majoritairement le cas pour nos patientes.

Selon les recommandations de bonne pratique du RCOG, les femmes devraient être informées que la physiothérapie périnéale post-réparation pourrait être bénéfique et réduire le risque de complications.

Rappelons que les complications de ce type de lésion sont fréquentes et peuvent affecter considérablement la qualité de vie de jeunes patientes. Elles peuvent se plaindre, notamment, d'incontinence anale (fécale ou aux gaz)

**Tableau V. Score de sévérité de l'incontinence anale de Wexner - D'après (29)**

Type d'incontinence	Fréquence				
	Jamais	Rarement (< 1x/mois)	Parfois (< 1x/sem et > 1xmois)	Souvent (< 1x/j et > 1x/sem)	Toujours (> 1x/j)
Selles solides	0	1	2	3	4
Selles liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Port d'une protection	0	1	2	3	4
Retentissement sur la vie quotidienne	0	1	2	3	4

et ce, 15 à 25 ans après le traumatisme (28). Bien que nos résultats n'aient pas un large recul, le nombre de femmes ayant développé une incontinence anale n'est toutefois pas négligeable. Il convient également d'évaluer adéquatement la sévérité de l'incontinence. Pour cela, des scores existent, le plus utilisé étant le score de Wexner (29) (**Tableau V**). Son utilisation peut apporter des précisions dans l'évaluation post-partum afin de décider de la nécessité de référer les patientes vers un spécialiste ou non.

## CONCLUSION

Les lésions obstétricales du sphincter anal sont une complication grave des accouchements par voie basse, pouvant avoir des conséquences à long terme comme l'incontinence anale et la douleur/dyspareunie. Une détection et une prise en charge adéquates de ces LOSA sont essentielles pour minimiser l'impact sur la qualité de vie des femmes souffrant de telles lésions.

Les résultats de notre étude suggèrent que la gestion des LOSA manque de standardisation et l'utilisation d'un formulaire opératoire ainsi qu'un algorithme décisionnel au sein des maternités pourrait participer à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patientes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract.* 2018;**47**:35-38.
2. Fernando RJ, Sultan AH, Freeman RM, et al. Management of third and fourth-degree perineal tears. *RCOG Green-top Guideline.* 2015;**29**:1-19.
3. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, et al. Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;**46**:913-21.
4. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;**95**:746-54.
5. Djaković I, Ejubović E, Bolanča I, et al. Third and fourth degree perineal tear in four-year period at Sestre Milosrdnice University Hospital Center, Zagreb, Croatia. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;**6**:1067-71.
6. Baumann P, Hammoud AO, McNeeley SG, et al. Factors associated with anal sphincter laceration in 40,923 primiparous women. *Int Urogynecol J.* 2007;**18**:985-90.
7. Ramm O, Woo VG, Hung YY, et al. Risk factors for the development of obstetric anal sphincter injuries in modern obstetric practice. *Obstet Gynecol.* 2018;**131**:290-6.
8. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, et al. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;**247**:94-100.
9. Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;**188**:1063-7.
10. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: Time trends and risk factors. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2013;**120**:1516-25.
11. Yeaton-Massey A, Wong L, Sparks TN, et al. Racial/ethnic variations in perineal length and association with perineal lacerations: A prospective cohort study. *J Matern Neonatal Med.* 2015;**28**:320-3.
12. Meister MRL, Cahill AG, Conner SN, et al. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;**215**:310.e1-310.e7.
13. Abramowicz JS, Ahn JT. *Fetal macrosomia.* In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021.
14. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Protection du périnée pendant l'accouchement. EMC – Obstétrique. 2019;**14**:1-15.
15. Gauthaman N, Walters S, Tribe IA, et al. Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. *Int Urogynecol J.* 2016;**27**:571-7.
16. Schaal JP, Equy V, Hoffman P. Comparison vacuum extractor versus forceps. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2008;**37**(8 SUPPL.1):231-43.
17. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Fetal expulsion: Which interventions for perineal prevention? CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;**46**:937-47.
18. Frenette P, Crawford S, Schulz J, Ospina MB. Impact of episiotomy during operative vaginal delivery on obstetrical anal sphincter injuries. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2019;**41**:1734-41.
19. Muraca GM, Liu S, Sabr Y, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: A population-based retrospective cohort study. *Cmaj.* 2019;**191**:1149-58.
20. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Déchirures périnéales récentes, épisiotomie. EMC – Obstétrique. 2019;**14**:1-14.
21. Panigrahy R, Welsh J, MacKenzie F, Owen P. A complete audit cycle of management of third/fourth degree perineal tears. *J Obstet Gynaecol (Lahore).* 2008;**28**:305-9.
22. Cornell K, de Souza A, Tacey M, et al. The effect of implementing a new guideline and operative pro forma on the detection and management of third- and fourth-degree perineal tears. *Int J Womens Health.* 2016;**8**:131-5.
23. Simon EG, Laffon M. Soins maternels après accouchement voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;**44**:1101-10.
24. Mahony R, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum.* 2004;**47**:12-7.
25. Berkowitz L, Foust-Wright C. *Post-partum perineal care and management of complications.* In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021.
26. Weinstein M, Hesham H. *Obstetric anal sphincter injury (OASIS).* In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021.
27. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, et al. Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2015;**44**:802-11.
28. Viannay P, de la Codre F, Brochard C, et al. Management and consequences of obstetrical anal sphincter injuries: Review. *J Visc Surg.* 2021;**158**:231-241.
29. JM Jorge, SD Wexner. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993;**36**:77-97.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Delvoie A. Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, site CHR Citadelle, Liège, Belgique.

Email : amandinedelvoie@hotmail.com