

Recommandations pour la pratique clinique

Rupture prématurée des membranes avant terme (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

G. KAYEM (président, gynécologue-obstétricien, CHU, Paris),
T. SCHMITZ (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Paris, CNGOF),
L. SENTILHES (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux, CNGOF),
M.V. SENAT (gynécologue-obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF),
V. TESSIER (CNSF, Collège national des sages-femmes de France)

Experts du groupe de travail

É. AZRIA (gynécologue-obstétricien, ESPIC, Paris), G. BEUCHER
(gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), C. CAZANAVE (infectiologue,
CHU, Bordeaux), C. CHARLIER (infectiologue, CHU, Paris), P. DELORME
(gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), M. DORET-DION (gynécologue-
obstétricien, CHU, Bordeaux), D. GALLOT (gynécologue-obstétricien,
CHU, Clermont-Ferrand), C. GARABEDIAN (gynécologue-obstétricien,
CHU, Lille), E. LORTHE (sage-femme, Inserm, Paris), H. MADAR
(gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux)

Lecteurs

A. BENACHI (gynécologue-obstétricien, Clamart), P. BERVEILLER (gynécologue-obstétricien, Poissy), P. BOILEAU (pédiatre-néonatalogiste, Poissy), G. CARLES (gynécologue-obstétricien, Saint-Laurent-du-Maroni), É. CLOUQUEUR (gynécologue-obstétricien, Lille), F. COATLEVEN (gynécologue-obstétricien, Bordeaux), A. DELABAERE (gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand), P. DERUELLE (gynécologue-obstétricien, Lille), F. DESVIGNES (gynécologue-obstétricien, Vichy), P. DOLLEY (gynécologue-obstétricien, Caen), M. DREYFUS (gynécologue-obstétricien, Caen), P. FOURNET (gynécologue-obstétricien, Mont-Saint-Aignan), F. FUCHS (gynécologue-obstétricien, Montpellier), F. GOFFINET (gynécologue-obstétricien, Paris), E. GROSSETTI (gynécologue-obstétricien, Le Havre), P. GUERBY (gynécologue-obstétricien, Toulouse), A.C. JAMBON (gynécologue-obstétricien, Tourcoing), J.M. JOUANNIC (gynécologue-obstétricien, Paris), C. LE RAY (gynécologue-obstétricien, Paris), O. LESENS (infectiologue, Clermont-Ferrand), V. LETOUZEY (gynécologue-obstétricien, Nîmes), L. MARCELLIN (gynécologue-obstétricien, Paris), J.P. RASIGADE (infectiologue, Lyon), I. RENNE-GUELLEC (pédiatre-néonatalogiste, Paris), P. ROZENBERG (gynécologue-obstétricien, Poissy), N. SANANÈS (gynécologue-obstétricien, Strasbourg), D. TARDIF (gynécologue-obstétricien, Annecy Gennevois), H. TORCHIN (pédiatre-néonatalogiste, Paris), R. VERDON (infectiologue, Caen), S. VIGOUREUX (gynécologue-obstétricien, Le Kremlin-Bicêtre), N. WINER (gynécologue-obstétricien, Nantes)

Résumé

Objectif - Déterminer la prise en charge des patientes avec rupture prématurée des membranes avant 37 semaines d'aménorrhée (SA).

Méthodes - Synthèse de la littérature à partir des bases de données PubMed et Cochrane et des recommandations des sociétés et collèges français et étrangers.

Résultats - En France, la fréquence de la rupture prématurée des membranes (RPM) est de 2 % à 3 % avant 37 SA (niveau de preuve (NP) 2) et de moins de 1 % avant 34 SA (NP2). La prématurité et l'infection intra-utérine sont les complications majeures de la RPM avant terme (NP2). La prolongation de la durée de latence est bénéfique (NP2). Par rapport aux autres causes de prématurité, la RPM avant terme n'est pas associée à un sur-risque évident de morbi-mortalité néonatale, sauf en cas d'infection intra-utérine, qui est associée à une augmentation des morts fœtales in utero (NP3), des infections néonatales précoces (NP2) et des entérocolites ulcéronécrosantes (NP2).

Le diagnostic de la RPM avant terme est principalement clinique (accord professionnel). En cas de doute diagnostique, il est recommandé d'utiliser les tests de détection d'IGFBP-1 ou de PAMG-1 (accord professionnel).

Il est recommandé d'hospitaliser les patientes lors du diagnostic de RPM avant terme (accord professionnel). Il n'existe pas d'argument suffisant pour recommander ou ne pas recommander une tocolyse initiale (grade C). Si une tocolyse était prescrite, il est recommandé de ne pas la prolonger plus de 48 heures (grade C). Il est recommandé d'administrer une cure anténatale de corticoïdes si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA (grade A) et du sulfate de magnésium en cas d'accouchement imminent avant 32 SA (grade A). Il est recommandé de prescrire une antibioprofylaxie à l'admission (grade A) pour réduire la morbidité néonatale et maternelle (NP1). L'amoxicilline, les céphalosporines de 3^e génération et l'érythromycine (accord professionnel) peuvent être utilisées en monothérapie, ou l'association érythromycine-amoxicilline (accord professionnel), pour une durée de 7 jours (grade C). Toutefois, un arrêt précoce de l'antibioprofylaxie semble acceptable en cas de prélèvement vaginal initial négatif (accord professionnel). Il n'est pas recommandé de prescrire comme antibioprofylaxie l'association amoxicilline-acide clavulanique (accord professionnel), des aminosides, des glycopeptides, des céphalosporines de première ou deuxième génération, de la clindamycine ou du métronidazole (accord professionnel).

La prise en charge à domicile des patientes cliniquement stables après au moins 48 heures de surveillance hospitalière est possible (accord professionnel).

Au cours de la surveillance, il est recommandé d'identifier les éléments cliniques et biologiques évocateurs d'une infection intra-utérine (accord professionnel). Il n'est pas possible d'émettre de recommandations sur la fréquence de cette surveillance (accord professionnel). En cas d'examen de surveillance isolément positif chez une patiente asymptomatique (CRP augmentée, hyperleucocytose, prélèvement vaginal positif), il n'est pas recommandé d'initier systématiquement une antibiothérapie (accord professionnel).

En cas d'infection intra-utérine, il est recommandé d'administrer immédiatement une antibiothérapie associant une bêta-lactamine à un aminoside (grade B), par voie intraveineuse (grade B), et de faire naître l'enfant (grade A). La césarienne en cas d'infection intra-utérine est réservée aux indications obstétricales habituelles (accord professionnel).

Il est recommandé d'avoir une attitude expectative en cas de RPM non compliquée avant 37 SA (grade A), même en cas de prélèvement positif pour le streptocoque B, sous couvert d'une antibioprofylaxie à l'admission (accord professionnel). L'ocytocine et les prostaglandines sont deux options envisageables pour le déclenchement du travail en cas de RPM avant terme (accord professionnel).

Conclusion - La prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant terme non compliquée repose sur l'expectative jusqu'à 37 SA (grade A).

Mots clés : rupture prématurée des membranes avant terme, rupture prématurée des membranes avant viabilité fœtale, antibioprofylaxie, corticostéroïdes anténatals, déclenchement du travail

INTRODUCTION

Les Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas « médicalement opposables » et n'ont pas pour but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts s'il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC :

- le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'événement étudié) ; dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié ;
- deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés ;
- la qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
 - « il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible ;
 - « il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire ;
 - « il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste [1].

I. ÉPIDÉMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC DE L'ENFANT [2]

D'après l'Enquête nationale périnatale, on estime la fréquence de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant 37 SA à 2 à 3 % des grossesses, et celle de la RPM avant 34 SA à moins de 1 % des grossesses (NP2). Sa fréquence augmente au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse (NP2), et elle est plus élevée chez les

grossesses multiples que chez les grossesses monofœtales (NP2). La majorité des patientes accouche dans la semaine qui suit la rupture, et la durée de latence (définie par le délai entre la RPM et la naissance) diminue avec l'augmentation de l'âge gestationnel à la rupture (NP2). De nombreux facteurs sont associés à la prolongation (faible âge gestationnel) ou au raccourcissement (grossesse multiple, modifications cervicales, oligoamnios, infection, décollement placentaire, procidence du cordon) de la durée de latence après une RPM avant terme.

Les facteurs de risque majeurs de RPM avant terme sont les antécédents de RPM avant terme ou de prématurité (NP3), les anomalies cervicales préalables à la grossesse (NP4), les métrorragies (NP4), le raccourcissement du col en cours de grossesse (NP2), les infections génitales à chlamydia et/ou à gonocoque (NP3) et l'infection intra-utérine (NP3). La grande majorité des patientes ne présente aucun facteur de risque (NP2). Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure varie entre 6 % et 17 %, quel que soit l'âge gestationnel de la RPM index (NP3). Aucun modèle de prédiction individuelle du risque de RPM avant terme n'a été validé et leur utilisation n'est pas recommandée en pratique clinique (grade B).

La prématurité et l'infection intra-utérine (terme qui doit être préféré à celui de chorioamniotite, trop imprécis [accord professionnel]) sont les complications majeures de la RPM avant terme (NP2). Les autres complications obstétricales (procidence du cordon, décollement placentaire) sont plus rares mais conditionnent en partie le pronostic et donc la prise en charge (NP3). Le risque de complications diminue avec l'augmentation de l'âge gestationnel à la rupture (NP2). Quelle que soit la cause de l'accouchement, l'âge gestationnel de naissance est le principal déterminant de la survie de l'enfant prématuré (NP2). La prolongation de la durée de latence est bénéfique pour l'enfant (NP2).

À âge gestationnel égal, les études dont le niveau de preuve est le plus élevé ne montrent pas de sur-risque de mortalité lorsque la naissance prématurée a lieu dans un contexte de RPM avant terme, par rapport à une mise en travail spontanée à membranes intactes (NP2). Les risques d'hémorragie intra-ventriculaire, d'infection néonatale bactérienne tardive, de rétinopathie du prématuré ou de troubles cognitifs à long terme ne semblent pas augmentés en cas de RPM avant terme par rapport aux autres causes de prématurité (NP2). L'augmentation des risques de leucomalacie périventriculaire (NP2), d'infection néonatale bactérienne précoce (NP2), de dysplasie bronchopulmonaire (NP2) ou de paralysie cérébrale (NP2) est retrouvée de façon inconstante, souvent dans des sous-groupes, et

pourrait s'expliquer par des différences dans le choix du groupe de comparaison et de la stratégie d'ajustement.

L'infection intra-utérine est associée à une augmentation du risque de mort fœtale in utero (NP3), d'infection néonatale bactérienne précoce (NP2) et d'entérococolite ulcéronécrosante (ECUN) (NP2). Son association avec la morbidité neurologique de l'enfant prématuré fait toujours l'objet de discussion. L'infection intra-utérine n'est pas associée à une augmentation du risque de mortalité néonatale (NP4), de déficience sensorielle (rétinopathie du prématuré, cécité, surdité) (NP2), et de dysplasie bronchopulmonaire (NP2).

II. DIAGNOSTIC [3]

Une RPM se manifeste le plus souvent par un écoulement de liquide amniotique aisément reconnaissable et ne justifie pas alors de recours à un test diagnostique biologique (accord professionnel).

L'appréciation échographique de la quantité de liquide amniotique ne permet ni d'établir ni d'infirmer le diagnostic de RPM (NP4). Dans les situations cliniques douteuses, il est recommandé d'utiliser un test immunochromatographique de détection de l'*Insulin-like Growth Factor-Binding Protein-1* (IGFBP-1) ou de la *Placental Alpha 1-Microglobulin* (PAMG-1) pour faire le diagnostic de RPM, même s'il n'a pas été démontré que leur réalisation permettrait de diminuer la morbidité néonatale ou maternelle (accord professionnel). Ces tests présentent une meilleure sensibilité et une meilleure spécificité que les autres marqueurs biochimiques (NP3). En cas de négativité, la RPM est très peu probable (NP3). La seule positivité du test biologique IGFBP-1 ou PAMG-1 ne doit pas être retenue comme un argument formel de RPM en raison d'un risque de faux-positif notamment en présence de modifications du col utérin (accord professionnel).

III. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (HORS ANTIBIOTHÉRAPIE) [4]

Il est recommandé d'hospitaliser la patiente lors du diagnostic de RPM avant terme une fois la viabilité fœtale atteinte (accord professionnel).

L'examen clinique vise à rechercher des signes en faveur d'une infection intra-utérine : fièvre, tachycardie fœtale, contractions utérines, pertes vaginales purulentes (accord professionnel). Si une évaluation cervicale semble nécessaire, l'examen sous spéculum, le toucher vaginal ou l'échographie cervicale peuvent être réalisés (accord professionnel). Il est recommandé de limiter les évaluations cervicales quelle que soit la méthode utilisée (accord professionnel).

La réalisation d'une numération formule sanguine, d'un dosage de la protéine C-réactive (CRP) et d'un prélèvement bactériologique vaginal et urinaire à l'admission est recommandée avant toute administration d'antibiotiques (accord professionnel). En cas de culture vaginale positive, la réalisation d'un antibiogramme est recommandée puisque ce dernier peut permettre de guider l'antibiothérapie en cas d'infection intra-utérine et d'infection néonatale bactérienne précoce (accord professionnel).

L'échographie est recommandée pour déterminer la présentation fœtale, localiser le placenta, réaliser une estimation du poids fœtal et estimer la quantité de liquide amniotique résiduelle (accord professionnel).

Il est recommandé d'administrer une cure anténatale de corticoïdes si le terme est inférieur à 34 SA (grade A) et du sulfate de magnésium en cas d'accouchement imminent, spontané ou programmé, avant 32 SA (grade A). En l'absence de bénéfice néonatal démontré, il n'existe pas d'arguments suffisants pour recommander ou ne pas recommander une tocolyse initiale en cas de RPM avant terme (grade C). Si une tocolyse était prescrite, il est recommandé de ne pas la prolonger plus de 48 heures (grade C). Il n'est pas recommandé de prescrire une supplémentation vitaminique (en vitamines C et E) (accord professionnel) et il est recommandé de ne pas imposer le repos strict au lit (accord professionnel). Chez une femme ayant un cerclage, il n'y a pas d'arguments suffisants pour recommander le retrait ou le maintien du cerclage à l'admission (accord professionnel). En cas de signes cliniques ou biologiques évocateurs d'infection intra-utérine, il est recommandé de retirer sans délai le cerclage (accord professionnel).

La prise en charge à domicile des patientes cliniquement stables après au moins 48 heures de surveillance hospitalière est possible (accord professionnel). En revanche, il n'est pas possible de proposer de critères de sélection des patientes éligibles à un suivi à domicile (accord professionnel).

Au cours de la surveillance, il est recommandé d'identifier les éléments cliniques et biologiques évocateurs d'une infection intra-utérine (accord professionnel). Il n'est pas possible d'émettre de recommandations sur la fréquence de cette surveillance (accord professionnel).

Enfin, il est recommandé d'informer les couples et d'adapter cette information à l'évolution clinique. Ces informations doivent être délivrées par un obstétricien et un pédiatre (accord professionnel).

IV. CHOIX ET DURÉE DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE [5]

Il est recommandé de prescrire une antibioprofylaxie à l'admission en cas de RPM avant terme (grade A) car elle est associée à une réduction de la morbidité néonatale et maternelle (NP1). Le *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B) et l'*Escherichia coli* sont les deux principaux agents infectieux impliqués dans les infections néonatales bactériennes précoces (NP3) et seront la cible de l'antibioprofylaxie (accord professionnel).

Sur la base d'arguments théoriques, l'amoxicilline (parentérale ou par voie orale) ou les céphalosporines de 3^e génération (parentérale) en monothérapie peuvent être utilisées mais n'ont pas été évaluées dans cette indication (accord professionnel). Dans des études anciennes dont la validité externe est incertaine, compte tenu des évolutions de l'écologie bactérienne, l'érythromycine et l'association érythromycine-amoxicilline (parentérale ou par voie orale) ont montré un bénéfice néonatal (NP1). Ces molécules peuvent donc être utilisées (accord professionnel). Il n'est pas recommandé de prescrire comme antibioprofylaxie de l'amoxicilline-acide clavulanique (accord professionnel), des aminosides, des glycopeptides, des céphalosporines de première ou deuxième génération, de la clindamycine ou du métronidazole (accord professionnel).

Il est recommandé de prescrire une antibioprofylaxie pour une durée de 7 jours (grade C). Cependant, compte tenu du développement de résistances bactériennes après les traitements longs, un arrêt précoce de l'antibioprofylaxie semble acceptable, bien que non évalué, en cas de prélèvement vaginal initial négatif (accord professionnel). En cas de prélèvement vaginal positif à l'admission, l'adaptation de l'antibioprofylaxie à la culture et à l'antibiogramme doit être discutée (accord professionnel).

La répétition systématique de l'antibioprofylaxie pendant la période de latence ou en cas d'élévation isolée de la CRP, de portage bactérien vaginal asymptomatique, n'est pas recommandée (accord professionnel).

Il n'y a aucune donnée dans la littérature concernant l'antibio-prophylaxie au cours du travail après RPM avant terme chez la patiente asymptomatique. Dans ce contexte, à partir de 34 SA, la Société française de néonatalogie (SFN) a émis des recommandations.

V. L'INFECTION INTRA-UTÉRINE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [6]

Le diagnostic clinique d'infection intra-utérine peut être retenu quand les critères suivants sont réunis (accord professionnel) : fièvre définie par une température maternelle supérieure ou égale à 38°C confirmée à 30 minutes d'intervalle sans cause infectieuse extra-gynécologique identifiée, associée à au moins deux critères suivants :

- tachycardie fœtale > 160 bpm persistante ;
- douleurs utérines ou contractions utérines douloureuses ou mise en travail spontané ;
- liquide amniotique purulent.

La performance de la CRP plasmatique et de l'hyperleucocytose maternelle pour le diagnostic d'infection intra-utérine est limitée (NP3). Chez une patiente asymptomatique, un taux de CRP plasmatique inférieur à 5 mg/L permet d'exclure le diagnostic (NP3). Le dosage de la CRP plasmatique est recommandé pour sa valeur prédictive négative (grade C). L'interprétation de l'hyperleucocytose maternelle doit se faire à distance d'une corticothérapie (accord professionnel).

L'examen bactériologique du liquide amniotique recueilli par amniocentèse n'est pas recommandé pour le diagnostic d'infection intra-utérine (accord professionnel).

En cas d'infection intra-utérine, une antibiothérapie doit être administrée immédiatement, par voie intraveineuse, afin de réduire les risques de complications infectieuses maternelles et néonatales (grade B). Elle doit être efficace sur *Streptococcus agalactiae* et *Escherichia coli* (accord professionnel). Le spectre peut être élargi en cas d'infection grave ou lorsqu'une infection à bactérie(s) résistante(s) est suspectée ou documentée (accord professionnel). L'antibiothérapie doit comporter une combinaison de bêta-lactamines et d'un aminoside (grade B). L'aminoside à privilégier est la gentamicine par voie intraveineuse en une injection journalière (accord professionnel). En fonction de l'écologie bactériologique locale, des résultats des prélèvements prénatals et du sepsis maternel, le choix de la bêta-lactamine peut

porter sur l'amoxicilline, sur une céphalosporine de troisième génération, ou, en cas d'allergie grave aux bêta-lactamines, sur l'aztréonam (accord professionnel). L'usage de l'aztréonam nécessite l'ajout d'une molécule active sur les bactéries à Gram positif (accord professionnel). En cas de césarienne, les données sont insuffisantes pour recommander d'associer la clindamycine ou le métronidazole afin de réduire le risque d'infection postopératoire liée aux bactéries anaérobies (accord professionnel).

Le traitement doit être débuté dès le diagnostic de l'infection et poursuivi pendant le travail (grade B). Dans le post-partum, une seule dose complémentaire est généralement suffisante après un accouchement par voie basse (accord professionnel). La présence d'une bactériémie doit faire prolonger le traitement antibiotique (accord professionnel). La persistance d'une fièvre à 48 heures, une obésité ou un contexte de césarienne peuvent également faire discuter un traitement plus long (accord professionnel).

En cas d'infection intra-utérine survenant dans un contexte de rupture prématurée des membranes, il est recommandé de faire naître l'enfant (grade A). Il n'y a pas de preuve que la césarienne soit associée à une amélioration du pronostic néonatal, quel que soit l'âge gestationnel. L'infection intra-utérine ne justifie donc pas à elle seule le recours à une césarienne (accord professionnel). La césarienne en cas d'infection intra-utérine est réservée aux indications obstétricales habituelles (accord professionnel).

VI. MODALITÉS DE NAISSANCE EN L'ABSENCE DE COMPLICATIONS [7]

Avant 34 SA, une période de latence prolongée n'étant pas associée à une augmentation du risque de complications néonatales (NP3), il est recommandé de ne pas déclencher une rupture prématurée des membranes non compliquée (grade C).

Après 34 SA, quel que soit l'âge gestationnel de survenue de la RPM, l'attitude expectative est associée à une augmentation de la fréquence des infections intra-utérines (NP2) mais pas à celle des sepsis néonataux (NP1). L'attitude interventionniste est associée à l'augmentation du taux de détresse respiratoire (NP2), de césarienne (NP2) et des durées d'hospitalisation en néonatalogie (NP2). Avant 37 SA, il est donc recommandé d'avoir une attitude expectative en cas

de RPM non compliquée (grade A), même en cas de prélèvement positif pour streptocoque B, sous couvert d'une antibioprophylaxie à l'admission telle que décrite précédemment (accord professionnel).

L'ocytocine et les prostaglandines sont deux options envisageables pour un déclenchement en cas de RPM avant terme (accord professionnel). Les données sont actuellement trop limitées pour émettre une recommandation quant au recours aux ballons transcervicaux dans cette indication (accord professionnel).

VII. RPM AVANT VIABILITÉ FŒTALE [8]

La RPM avant viabilité fœtale ou préviale est un événement rare dont la fréquence varie entre 0,3 % et 1 % (NP4). Après une RPM préviale, 50 % à 60 % des femmes garderont une quantité de liquide amniotique satisfaisante (NP3), 23 % à 53 % accoucheront dans la semaine qui suit la RPM, et un peu plus de 35 % des femmes n'auront pas accouché 2 semaines après la RPM (NP3). L'existence d'un oligoamnios lors de l'échographie initiale est associée à un risque accru de latence courte (NP4).

La fréquence des interruptions médicales de grossesse est très variable suivant les études et dépend notamment des contextes législatifs des pays où elles sont conduites (NP4). Les taux de survie hospitalière rapportés au nombre de traitements conservateurs varient de 17 % à 55 % suivant les séries (NP4). Les taux de survie sans morbidité majeure varient quant à eux de 26 % à 63 % (NP4). La survie augmente avec l'augmentation de l'âge gestationnel à la RPM et est réduite en présence d'un oligoamnios (NP4). Le pronostic périnatal en cas de RPM est largement dominé par la prématurité, notamment l'extrême prématurité et ses complications (NP3). Si, à âge gestationnel équivalent, la mortalité néonatale ne semble pas plus élevée dans le contexte de RPM préviale que dans le cas de la prématurité spontanée (NP3), il semble toutefois que la morbidité néonatale et la morbidité à plus long terme pour les enfants nés après 24 SA soit plus importante en cas de prématurité consécutive à une RPM préviale que dans le cas de naissances en contexte de prématurité spontanée sans RPM ou de prématurité induite (NP3).

La fréquence estimée de l'hypoplasie pulmonaire rapportée au nombre de RPM est comprise entre 1,7 % et 29 % (NP4). Le risque d'hypoplasie pulmonaire est associé à la précocité de la RPM, au

volume résiduel de liquide amniotique et à la longueur de la latence (NP4). Il n'existe pas à ce jour d'outil anténatal permettant de diagnostiquer l'hypoplasie pulmonaire (NP4).

La fréquence de l'infection intra-utérine clinique est très variable suivant les études et varie, pour les RPM avant 24 SA ayant un traitement conservateur, de 16 % à 71 % (NP4) ; celle du sepsis maternel varie quant à elle de 0,8 % à 4,8 % dans les études les plus récentes où sont utilisés des antibiotiques de manière systématique (NP4). Si un seul cas de mort maternelle est rapporté dans la littérature dans un contexte de RPM prévisible, 3 cas ont été identifiés en France entre 2007 et 2012 dans le cadre de l'Enquête confidentielle nationale sur les morts maternelles (NP3).

L'information est une composante à part entière du soin à apporter aux femmes qui présentent une RPM prévisible et à leur conjoint. Celle-ci doit être délivrée aux parents par des médecins bien au fait des risques associés aux RPM prévisibles et aux options de prise en charge. Son contenu doit être adapté à la situation et aux évolutions possibles et doit concerner les périodes anté- et post-natales (accord professionnel).

Une période d'hospitalisation initiale en cas de RPM prévisible spontanée peut être proposée (accord professionnel). Avant la viabilité fœtale, il n'est pas nécessaire que cette hospitalisation initiale se fasse en centre périnatal de type 3 (accord professionnel). Il est recommandé d'administrer un traitement antibiotique prophylactique suivant les modalités définies au chapitre III [5] (accord professionnel).

L'âge gestationnel à partir duquel débiter une corticothérapie anténatale sera fonction des seuils choisis pour entreprendre des soins de réanimation néonatale au sein des maternités et réseaux de périnatalité. Il prendra notamment en compte le positionnement parental (accord professionnel). Compte tenu de l'absence d'argument en faveur d'un bénéfice associé à la tocolyse et du risque infectieux associé à la RPM prévisible, il n'est pas recommandé d'administrer une tocolyse dans ce contexte de RPM prévisible (accord professionnel).

Compte tenu du caractère pronostique important de la quantité de liquide amniotique, une évaluation de cette quantité par échographie pourra être proposée lors de la consultation initiale et après un délai de 7 à 14 jours si l'accouchement n'a pas eu lieu (accord professionnel).

L'interruption médicale de grossesse peut « à toute époque » être pratiquée dans les conditions strictes prévues par le Code de la santé publique, article L2213-1, « soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

Ainsi, les situations d'infection intra-utérine qui font craindre l'évolution vers des sepsis maternels sévères doivent faire l'objet d'une information dès le diagnostic de RPM porté, afin de pouvoir, en cas d'infection avérée et en l'absence de mise en travail spontanée, initier une discussion sur l'interruption de grossesse qui devra pouvoir être réalisée dans un délai adapté au tableau clinico-biologique (accord professionnel). Dans cette situation, l'avis du Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) n'est pas nécessaire ; l'attestation devra être signée par 4 personnes dont au moins un médecin expert inscrit auprès d'un CPDPN.

En l'absence d'éléments susceptibles de mettre en péril la santé maternelle, c'est le pronostic de l'enfant à naître qui peut conduire un CPDPN à accepter une demande maternelle d'interruption médicale de grossesse. Toutes les situations ne sont toutefois pas équivalentes en termes de pronostic. Certains facteurs ont un poids pronostique majeur. C'est le cas de l'âge gestationnel à la RPM, du caractère spontané ou induit de la RPM, de l'existence d'un oligoamnios à 7 et/ou 14 jours de la RPM. Il sera donc important de s'attacher à renseigner ces facteurs pronostiques et de ne pas hâter une éventuelle demande en l'absence d'urgence motivée par une situation de mise en péril maternel.

Au décours de l'hospitalisation initiale, il n'y a pas d'argument pour recommander une prise en charge hospitalière plutôt qu'une prise en charge extra-hospitalière dès lors qu'il n'existe pas d'argument clinico-biologique en faveur d'une infection intra-utérine (accord professionnel).

Les RPM préviabiles qui surviennent au décours d'une amniocentèse ont un pronostic meilleur que les RPM préviabiles spontanées (NP3). En l'absence de travaux permettant de définir les modalités de prise en charge en cas de RPM iatrogène, il n'est pas possible d'émettre des recommandations.

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts, excepté L. Sentilhes avec le laboratoire Ferring, ainsi que D. Gallot en tant que membre du conseil scientifique de Biosynex qui commercialise des tests biologiques pour le diagnostic de rupture des membranes.

Bibliographie

- [1] Schmitz T, Kayem G, Senat MV, Sentilhes L. Rupture prématurée des membranes avant terme: Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF – Méthode et organisation. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.018>
- [2] Lorthe E. Épidémiologie, facteurs de risque et pronostic de l'enfant. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.019>
- [3] Gallot D. Diagnostic de la rupture prématurée des membranes. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.014>
- [4] Madar H. Prise en charge thérapeutique (hors antibioprophylaxie) de la rupture prématurée des membranes avant terme. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.020>
- [5] Doret-Dion M, Cazanave C, Charlier C. Choix et durée de l'antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes avant terme. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.017>
- [6] Beucher G, Charlier C, Cazanave C. Infection intra-utérine en cas de rupture prématurée des membranes avant terme : diagnostic et traitement. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.022>
- [7] Delorme P, Garabedian C. Modalités de naissance en cas de rupture prématurée des membranes avant terme non compliquée. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.021>
- [8] Azria É. Prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant viabilité fœtale. *RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46. <http://dx.doi.org/1016/j.gofs.2018.10.023>

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention et protection périnéale en obstétrique (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

B. JACQUETIN (président, gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand, CNGOF), G. DUCARME (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHD, La Roche-sur-Yon), A.C. PIZZOFERRATO (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), X. FRITEL (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Poitiers, CNGOF)

Experts du groupe de travail

F. ARTZNER (coprésidente du CIANE, Paris), B. GACHON (gynécologue-obstétricien, Poitiers), C. LE RAY (gynécologue-obstétricien, Paris), F. PIERRE (gynécologue-obstétricien, Poitiers), D. RIETHMULLER (gynécologue-obstétricien, Besançon), C. SCHANTZ (sage-femme, Paris), R. DE TAYRAC (gynécologue-obstétricien, Nîmes), T. THUBERT (gynécologue-obstétricien, Nantes), É. VERSPYCK (gynécologue-obstétricien, Rouen)

Lecteurs

G. BADER (gynécologue-obstétricien, Paris), G. BENOIST (gynécologue-obstétricien, Caen), P. BLANC-PETITJEAN (sage-femme, Colombes), J. BOUJENAH (gynécologue-obstétricien, Bondy), M. BOUKERROU (gynécologue-obstétricien, La Réunion), A.L. CHUILON (sage-femme, Pau), P. CAPMAS (gynécologue-obstétricien, Le Kremlin-Bicêtre), A. FAUCONNIER (gynécologue-obstétricien, Poissy), R. FAUVET (gynécologue-obstétricien, Caen), D. GALLOT (gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand), L. GIRARD (sage-femme, Suresnes), F. GOFFINET (gynécologue-obstétricien, Paris), A. GOHIER (représentante des usagers, LLL France « Nord-Drôme, Au Filll de l'Isère), I. HANQUART (sage-femme, Béziers), C. HUCHON (gynécologue-obstétricien, Poissy), K. ISMAIL (gynécologue-obstétricien, Le Caire, Égypte), V. KALIS (gynécologue-obstétricien, Pilsen, République tchèque), K. LAINE (gynécologue-obstétricien, Oslo, Norvège), G. LEGENDRE (gynécologue-obstétricien, Angers), M. MANRESA LAMARCA (gynécologue-obstétricien, Sao Paulo, Brésil), L. MARPEAU (gynécologue-obstétricien, Rouen), I. MONIER (sage-femme, Clamart), K. NYANGO TIMOH (gynécologue-obstétricien, Rennes), A. PASSIEUX (représentante des usagers, Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté), E. PHAN (représentante des usagers, Bien Naître), I. ROELENS (sage-femme, Suresnes), C. ROQUILLON (sage-femme, Paris), C. ROSENTHAL (gynécologue-obstétricien, Brive-la-Gaillarde), M. SARTORI (gynécologue-obstétricien, Sao Paulo, Brésil), L. SENTILHES (gynécologue-obstétricien, Bordeaux), D. VARDON (gynécologue-obstétricien, Caen)

Résumé

Introduction - L'objectif de ces Recommandations pour la pratique clinique (RPC) était d'analyser l'ensemble des interventions possibles au cours de la grossesse et de l'accouchement permettant de prévenir les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) et les symptômes périnéaux postnataux.

Matériel et méthodes - Ces recommandations ont été élaborées selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la Haute Autorité de santé (HAS).

Résultats - En cas d'antécédent de maladie de Crohn, de LOSA, de mutilation sexuelle, ou de lésion périanale, un examen clinique prénatal du périnée est recommandé (accord professionnel). Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner le périnée à la recherche d'une LOSA (grade B) ; en cas de doute diagnostique, il est recommandé de demander un second avis (grade C). En cas de LOSA, il est recommandé de décrire de manière détaillée les lésions (avec leur degré) ainsi que leur réparation (grade C). Le massage périnéal pendant la grossesse doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (grade B). Aucune intervention avant le dégagement de la présentation n'a clairement démontré son efficacité pour réduire le risque de lésions périnéales. Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (grade C). Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A). En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (grade C). Lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médio-latérale (grade B). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Il n'est pas recommandé de proposer une césarienne programmée en prévention primaire de lésions ou de dysfonctions périnéales (grade B). Au cours de la grossesse et à nouveau en salle de travail, il est recommandé de s'intéresser aux attentes et d'informer les femmes sur les modalités de l'accouchement.

Mots clés : LOSA (lésion obstétricale du sphincter de l'anus), prévention et protection périnéale en obstétrique, grossesse, accouchement, épisiotomie

INTRODUCTION

La prévention des lésions périnéales au cours de l'accouchement, en particulier lors du dégagement de la tête fœtale, constitue l'une des priorités pour tous les obstétriciens en salle de travail. Diverses mesures ont été proposées avant et pendant l'accouchement (massage périnéal, épisiotomie...) pour prévenir ce risque mais leur efficacité reste encore discutée. Après l'accouchement les femmes peuvent rapporter des symptômes, comme l'incontinence urinaire ou anale, et des douleurs périnéales.

L'objectif de ces Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est d'analyser le résultat des interventions possibles au cours de la grossesse et de l'accouchement permettant de prévenir les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) et des symptômes périnéaux postnataux (incontinences et douleurs) et d'en tirer des recommandations pour la pratique clinique.

La méthode et l'argumentaire sont détaillés dans les textes qui accompagnent cette synthèse [1-9]. Cette recommandation a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS [1, 10]. La coordination du groupe de travail et du projet a été assurée par Guillaume Ducarme, Bernard Jacquetin, Anne-Cécile Pizzoferrato, et Xavier Fritel. Ce comité d'organisation désigné par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a défini le périmètre des recommandations et la liste des chapitres à traiter. La rédaction de l'argumentaire scientifique reposait sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature effectuées par les rédacteurs [2-9] et sur les avis du groupe de travail (voir la liste « Experts du groupe de travail »). Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, le bénéfice attendu pour les patientes et la faisabilité en pratique clinique, des recommandations ont été cotées de A (recommandation basée sur un fort niveau de preuve) à C (recommandation basée sur un faible niveau de preuve) [1, 10]. Nous n'avons pas gradé les recommandations basées sur des considérations éthiques ou réglementaires. Les membres du groupe de travail se sont réunis à plusieurs reprises pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par les rédacteurs, la version initiale des recommandations qui a ensuite été soumise au groupe de lecture (voir la liste des « Lecteurs »). Les membres du groupe de travail et le conseil scientifique du CNGOF ont validé la version finale des recommandations. Le financement et la diffusion de ce travail ont été assurés par le CNGOF.

I. DÉFINITION, ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL (LOSA)

I.a. Définition et classifications des déchirures périnéales obstétricales

La classification du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) est la plus utilisée dans la littérature internationale pour décrire les déchirures obstétricales du périnée (Tableau 1).

Pour classer les déchirures périnéales obstétricales, nous avons utilisé la classification de l'OMS-RCOG en 4 degrés de gravité. Pour désigner les déchirures obstétricales du sphincter de l'anus, nous avons utilisé l'acronyme LOSA (lésions obstétricales du sphincter de l'anus) plutôt que les termes de « périnée complet » ou de « périnée complet compliqué ».

Tableau 1 - Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

I.b. Situations à risque de LOSA

Les principaux facteurs associés à la survenue de LOSA sont : la nulliparité et l'accouchement instrumental ; les autres facteurs sont l'âge maternel élevé, l'antécédent de LOSA, la macrosomie, l'épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure, et un travail long (NP2) [3].

La présence d'une lésion périanale (fissure périanale, fistule anorectale ou recto-vaginale) est associée à une augmentation du risque

de déchirure du 4^e degré (NP3). La maladie de Crohn sans atteinte périanale n'est pas associée à un sur-risque de LOSA (NP3).

En cas de mutilation sexuelle de type III, une désinfibulation avant l'accouchement est associée à une diminution du risque de LOSA (NP3) ; dans cette situation, une désinfibulation est recommandée avant l'accouchement (grade C).

En cas d'antécédent de maladie de Crohn, de LOSA, de mutilation sexuelle, ou de lésion périanale, un examen clinique prénatal du périnée est recommandé (accord professionnel).

II. EXISTE-T-IL DES FACTEURS MATERNELS PRÉDISPOSANT AU RISQUE DE LÉSIONS PÉRINÉALES ?

Le passage de l'Homme à la bipédie exclusive a entraîné des modifications structurales sur le squelette du bassin, notamment son élargissement chez la femme pour permettre le passage du mobile fœtal lors de l'accouchement. Un bassin étroit prédispose à des difficultés obstétricales. Un angle sous-pubien inférieur à 90° (mesuré cliniquement) ne semble pas augmenter le risque de LOSA (NP3) ; il semble être un facteur de risque d'incontinence anale postnatale à court terme, mais pas à long terme (NP3) [2].

Au cours de la dernière phase du second stade du travail, l'étirement du périnée est tel (près de 65 %) que des lésions musculaires du plancher pelvien peuvent survenir chez certaines femmes. La mesure prénatale de la distance anovulvaire ne permet pas de prédire la survenue d'une lésion périnéale obstétricale du 2^e ou du 3^e degré (NP3). De même, la mesure prénatale du hiatus génital ne permet pas de prédire la survenue d'une lésion périnéale obstétricale du 2^e ou du 3^e degré (NP2) [2].

Il n'est pas recommandé de mesurer les dimensions du bassin et l'angle sous-pubien dans le but de prédire la survenue de LOSA ou de choisir la voie d'accouchement dans le cadre de la protection périnéale (grade C). La mesure prénatale systématique de la distance anovulvaire ou du hiatus génital n'est pas recommandée dans un objectif de protection périnéale (grade C).

III. MODÈLES DE PRÉDICTION DES LÉSIONS DU SPHINCTER ANAL

Depuis quelques années, plusieurs modèles de prédiction du risque de lésion périnéale se sont développés ; leur but étant de guider le praticien et la femme dans le choix du mode d'accouchement le plus adapté aux caractéristiques maternelles et fœtales. En l'état actuel des connaissances, les modèles de prédiction du risque de LOSA ne permettent pas une évaluation fiable du risque de LOSA [3].

Les modèles de prédiction du risque de LOSA ne peuvent pas être utilisés pour conseiller ou autoriser un mode d'accouchement plutôt qu'un autre (accord professionnel).

IV. DIAGNOSTIC DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL

Les LOSA avec une atteinte isolée du sphincter anal externe (3a et 3b) semblent avoir un meilleur pronostic fonctionnel que les LOSA avec atteinte du sphincter anal interne ou de la muqueuse rectale (3c et 4) (NP3).

La priorité dans ce contexte repose sur la formation des praticiens de la naissance (sages-femmes et obstétriciens) à la détection de ces lésions en salle de travail immédiatement après l'accouchement. La formation et la sensibilisation des praticiens de la naissance au diagnostic de LOSA améliorent la détection des LOSA en salle de naissance (NP2). L'expérience professionnelle est associée à une meilleure détection des LOSA (NP3) [3].

Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner le périnée à la recherche d'une LOSA (grade B). En cas de doute diagnostique, il est recommandé de demander un second avis (grade C). En cas de LOSA, il est recommandé de décrire de manière détaillée les lésions (avec leur degré) ainsi que leur réparation (grade C).

La formation continue des professionnels de la naissance au diagnostic et à la réparation des LOSA doit être encouragée (grade C).

V. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DE LA GROSSESSE

Plusieurs interventions ont été décrites au cours de la grossesse pour prévenir le risque de survenue de lésions obstétricales ou dysfonctions périnéales postnatales : il s'agit du massage périnéal prénatal, de l'utilisation du dispositif Epi-No, et des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (ERMPP).

Le massage périnéal au cours de la grossesse diminue le taux d'épisiotomie (NP1) ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum (NP2) [4]. Il ne diminue pas le taux de LOSA (NP1), ou le taux d'incontinence urinaire en post-partum (NP2). L'utilisation du dispositif Epi-No n'apporte pas de bénéfice pour la protection périnéale obstétricale (NP1) [4]. Les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien ne préviennent pas le risque de lésions périnéales obstétricales (NP2) ; ils diminuent la prévalence de l'incontinence urinaire en post-partum entre 3 et 6 mois mais ne diminuent pas la prévalence de l'incontinence urinaire à 12 mois du post-partum (NP2) [3].

Le massage périnéal pendant la grossesse doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (grade B). L'utilisation du dispositif Epi-No pendant la grossesse n'est pas recommandée pour prévenir les LOSA (grade B). Pour prévenir les LOSA, il n'est pas recommandé de pratiquer des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien pendant la grossesse (grade B) ; pour la prévention de l'incontinence urinaire, l'absence d'effet démontré à moyen terme ne permet pas de formuler une recommandation (accord professionnel).

VI. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DU TRAVAIL

Diverses interventions réalisées au cours du travail ont été étudiées dans le but de prévenir le risque de lésions périnéales, comme la mobilisation maternelle, les postures maternelles, ou les techniques de poussée. Leur intérêt est encore discuté à l'heure actuelle [5].

Le sondage urinaire chez les femmes sous péridurale durant le travail est recommandé quand la miction spontanée n'est pas possible

(accord professionnel). Les données actuelles ne permettent pas de privilégier le sondage urinaire continu ou le sondage urinaire intermittent (NP2) ; il nous semble préférable de privilégier le sondage intermittent dans cette situation (accord professionnel).

VI.a. Mobilisation et posture pendant le premier stade du travail

La mobilisation maternelle et les postures maternelles durant le 1^{er} stade du travail n'ont pas montré d'effet pour diminuer le risque de LOSA (NP3) [5].

Il n'y a pas lieu de recommander une posture maternelle plutôt qu'une autre durant le premier stade du travail en vue de diminuer le risque de LOSA (grade C). Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le premier stade du travail (accord professionnel).

VI.b. Deuxième stade du travail

VI.b.1. Posture maternelle pour le deuxième stade du travail

Il n'existe pas de posture particulière lors du deuxième stade du travail ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres pour la prévention des lésions périnéales obstétricales dont les LOSA ou l'incontinence (urinaire ou fécale) postnatale (NP2) [5].

Il n'y a pas lieu de recommander une posture plutôt qu'une autre lors du deuxième stade du travail pour diminuer le risque de LOSA (grade B) ou d'incontinence urinaire ou fécale à 1 an du post-partum (grade B). Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le deuxième stade du travail (accord professionnel).

VI.b.2. Rotation des variétés postérieures

Les variétés céphaliques postérieures exposent à plus de risques de lésions périnéales (NP2) [3, 5]. La rotation manuelle des variétés céphaliques postérieures en antérieures lors du deuxième stade du travail pourrait permettre de diminuer le risque d'accouchement instrumental, sans pour autant qu'une diminution du risque de lésion périnéale ou de LOSA ait été clairement démontrée (NP3) [5].

En cas de variété postérieure, la littérature ne permet pas de statuer sur l'intérêt de la réalisation d'une rotation manuelle à dilatation complète afin de diminuer le risque de lésion périnéale (accord professionnel).

VI.b.3. Efforts expulsifs

Les efforts expulsifs correspondent à une poussée maternelle volontaire dont les techniques varient selon les pays et les équipes. On distingue : les poussées retardées visant à attendre la descente spontanée de la tête fœtale et l'apparition de la tête à la vulve ou l'envie impérieuse de pousser, et les poussées immédiates visant à pousser dès le diagnostic de dilatation complète, c'est-à-dire dès le début du deuxième stade du travail. Pour la deuxième phase du travail, les poussées retardées ne modifient pas le risque de LOSA (NP1). La poussée retardée augmente les chances d'accouchement spontané (NP1) [5].

Il est recommandé, quand l'état maternel et fœtal le permettent, de retarder le début des efforts expulsifs (grade A). Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique de poussée plutôt qu'une autre afin de diminuer le risque de LOSA (grade B). Il est recommandé d'encourager la femme à pousser de la manière la plus efficace (accord professionnel).

Pour limiter le risque de LOSA, les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale du deuxième stade du travail (NP3). Réaliser un accouchement instrumental à seule fin de diminuer la durée du deuxième stade du travail pourrait augmenter le risque de LOSA (NP3) [5].

VI.b.4. Massage périnéal ou compresses chaudes durant le deuxième stade du travail

Le massage périnéal, ou l'application de compresses chaudes durant le deuxième stade du travail, semblent diminuer le risque de LOSA (NP2) [5] ; nous n'avons pas statué sur leur utilisation en pratique clinique.

VII. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DU DÉGAGEMENT

Le moment du dégagement de la présentation fœtale, quelle qu'elle soit, représente la période la plus à risque de l'accouchement pour le périnée maternel avec un étirement maximal au moment du passage de la tête fœtale. Les modèles biomécaniques montrent que ces contraintes périnéales sont maximales au moment de l'expulsion et peuvent augmenter l'étirement musculo-tendineux par un facteur 3 [6]. Le degré d'ampliation du périnée au cours du deuxième stade du

travail ne semble pas être un facteur de risque de LOSA, d'incontinence du post-partum, ou de troubles sexuels (NP3).

Une ampliacion importante du périnée n'est pas une indication d'épisiotomie (accord professionnel).

VII.a. Contrôle manuel du dégagement

Le contrôle manuel du dégagement de la présentation et le soutien du périnée postérieur lors de l'expulsion semblent diminuer le taux de LOSA (NP3) [6].

Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (grade C).

VII.b. Épisiotomie

Il n'y a pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie dans l'accouchement normal (NP1) ; comparé à une pratique libérale de l'épisiotomie, le nombre de périnées intacts est plus grand en cas de pratique restrictive sans augmentation du nombre de LOSA [6]. Il n'existe pas de preuve pour indiquer une épisiotomie en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (NP3).

L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A). La pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (grade C).

VII.c. En cas d'accouchement instrumental

La pratique de l'épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental semble associée à une réduction du risque de LOSA (NP3). La ventouse obstétricale semble générer moins de LOSA que les autres instruments (NP3) [6].

En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (grade C). En cas d'accouchement instrumental et si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA (grade C). En cas d'utilisation d'un forceps ou de spatules, il est préférable que ces instruments soient retirés juste avant la déflexion céphalique et de ne pas faire naître le fœtus « coiffé » de ces instruments (accord professionnel).

VII.d. Formation médicale continue

La formation à la protection périnéale des professionnels de la naissance réduit le risque de LOSA au cours d'un accouchement instrumental (NP2).

La formation à la protection périnéale obstétricale est recommandée (grade B).

VIII. QUELLES TECHNIQUES D'ÉPISIOTOMIE ?

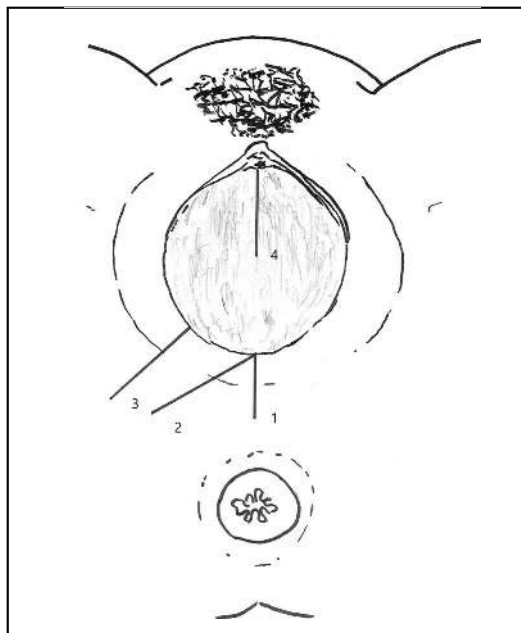
Il existe de nombreuses techniques d'épisiotomie actuellement décrites dans la littérature (Figure 1) ; les plus utilisées sont l'épisiotomie médio-latérale, l'épisiotomie latérale et l'épisiotomie médiane [7]. L'épisiotomie médiane augmente le risque de LOSA comparativement à l'épisiotomie médio-latérale (NP2). Le taux de LOSA est comparable entre la pratique d'une épisiotomie médio-latérale ou latérale (NP1). Le taux de douleurs périnéales en post-partum immédiat et à 3 mois du post-partum ainsi que le taux de dyspareunies à 6 mois du post-partum sont également comparables suivant la pratique d'une épisiotomie médio-latérale ou latérale (NP2) [7].

Lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médio-latérale (grade B).

Un angle de cicatrice d'épisiotomie médio-latérale d'au moins 45° (mesuré par rapport à la médiane après la suture) est associé à un risque moindre de LOSA (NP3). Pour obtenir cet angle, il faut réaliser une épisiotomie à 60° (NP1) [7].

L'angle d'incision recommandé au moment de la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale est de 60° (grade C).

Figure 1 - Schéma des différents types d'épisiotomie. 1 : épisiotomie médiane, 2 : épisiotomie médio-latérale, 3 : épisiotomie latérale, 4 : épisiotomie antérieure



IX. TECHNIQUES DE RÉPARATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES DU 1^{er} ET 2^e DEGRÉ

La suture du plan superficiel d'une déchirure périnéale n'apporte pas de bénéfice quand les berges sont affrontées et ne saignent pas (NP2). L'utilisation d'un fil synthétique résorbable standard ou à absorption rapide donne des résultats comparables sur la douleur périnéale et la satisfaction des femmes : la polyglactine d'absorption rapide présente l'avantage d'une moindre nécessité d'ablation de fils à distance mais augmente le risque de désunion de la cicatrice (NP1) [7].

Une déchirure superficielle (du 1^{er} degré) qui ne saigne pas et dont les berges sont affrontées peut ne pas être suturée (grade B). La suture de l'épisiotomie et des déchirures du 2^e degré peut être faite à l'aide de fil standard résorbable ou à absorption rapide (grade A).

Lorsqu'une suture est décidée, de nombreuses techniques sont décrites, que sur ce soit sur le matériel utilisé ou la méthode de suture. Les techniques de suture des déchirures périnéales par surjet continu sont associées à une réduction des douleurs immédiates avec un moindre recours aux antalgiques, ainsi qu'à un moindre retrait de fils, comparativement à la suture par plans séparés (NP1) [7].

Il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2^e degré (grade A).

X. TECHNIQUES DE RÉPARATION DES LOSA

Comme pour les sutures des déchirures périnéales du 1^{er} et 2^e degré, diverses techniques sont utilisées pour réparer les LOSA diagnostiquées en salle de travail.

Pour la réparation des LOSA, il est recommandé de se mettre dans les meilleures conditions chirurgicales possibles (accord professionnel) ; un compte rendu détaillé de l'étendue des lésions, de la méthode de réparation et du matériel utilisé est recommandé (grade C).

Pour réparer une rupture complète du sphincter externe (3b ou plus), la suture en paletot et la suture bout-à-bout donnent des résultats similaires sur la continence anale (NP2). L'utilisation de polydioxanone 3/0 ou de polyglactine 2/0 pour la réparation du sphincter externe donne des résultats comparables sur les douleurs périnéales et les scores d'incontinence anale (NP2) [7].

La réparation du sphincter externe peut être indifféremment suturée en paletot ou en bout-à-bout (grade B).

Une réparation différée des LOSA de quelques heures n'aggrave pas le pronostic ultérieur de la continence anale (NP2) [7].

En cas de difficulté, la réparation des LOSA peut être différée de quelques heures pour qu'elle soit réalisée dans de meilleures conditions (grade C).

XI. L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE PRÉVIENT-IL DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES OBSTÉTRICALES ?

Depuis longtemps, l'accouchement vaginal est considéré comme la cause principale des troubles de la statique pelvienne de la femme, que l'on parle d'incontinence urinaire ou anale, de prolapsus génital ou de troubles sexuels. La césarienne pourrait donc apparaître comme un moyen efficace permettant de les éviter. Pourtant, le lien entre mode d'accouchement et dysfonction périnéale n'est pas clairement établi et l'effet préventif de la césarienne actuellement discuté. La validité des travaux reste discutable puisqu'il s'agit de travaux rétrospectifs et d'études de cohorte et non pas d'essais randomisés comparant les deux voies d'accouchement. Les études sont donc susceptibles de comporter des biais, à savoir une sélection d'un profil particulier de femmes dans le groupe « césarienne » qui pourraient avoir des caractéristiques individuelles les rendant à moindre risque de lésions et de dysfonctions périnéales obstétricales.

XI.a. En prévention primaire

Le risque d'incontinence urinaire semble augmenté en cas d'accouchement vaginal comparé à un accouchement par césarienne à 3 mois du post-partum (NP3), mais ce sur-risque semble disparaître à distance de l'accouchement (NP2) [8]. L'association entre risque d'incontinence anale (gaz et/ou matières) et accouchement vaginal n'est pas démontré (NP3) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne en prévention primaire de l'incontinence urinaire ou anale postnatale (grade B).

Concernant le prolapsus génital, les données disponibles sont très peu nombreuses et difficiles à analyser selon les classifications ou définitions utilisées. À long terme, le prolapsus génital apparaît plus fréquent après un accouchement vaginal comparé à un accouchement par césarienne (NP3).

En l'absence d'étude à haut niveau de preuve, il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention primaire du prolapsus génital (accord professionnel).

En période postnatale précoce, les rapports sexuels sont plus souvent douloureux en cas d'accouchement vaginal qu'en cas

d'accouchement par césarienne, mais cette différence disparaît au-delà de 6 mois post-partum (NP2). Il n'est pas retrouvé de différence sur la fonction sexuelle en fonction du mode d'accouchement après 6 mois post-partum (NP3) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée pour protéger la fonction sexuelle (grade C).

XI.b. En prévention secondaire

En cas d'antécédent de LOSA, il est recommandé d'examiner le périnée en cas de nouvelle grossesse et de répondre aux questions des femmes à propos du risque de récurrence et de séquelles en cas de nouvel accouchement (accord professionnel).

En cas de second accouchement par voie vaginale après LOSA, il n'est pas rapporté de sur-risque d'incontinence anale ou d'aggravation d'une incontinence anale préexistante (NP2). Le risque d'une nouvelle LOSA est de l'ordre de 5 à 8 % (NP3). En cas de nouvelle LOSA, il semble exister un risque augmenté d'incontinence anale séquellaire (NP4) [8].

En cas d'antécédent de LOSA, la voie d'accouchement doit être discutée avec la femme (accord professionnel) ; en cas d'antécédent de LOSA, il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne systématique en prévention de l'incontinence anale (grade B).

Les données ne sont pas en faveur d'une aggravation d'une incontinence urinaire préalable en cas d'accouchement vaginal (NP3). En cas d'accouchement vaginal après bandelette sous-urétrale, les données disponibles ne permettent pas de conclure à un sur-risque de récurrence de l'incontinence urinaire (NP4) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention secondaire d'une incontinence urinaire opérée ou non (grade C).

Les données de la littérature concernant la potentielle morbidité périnéale associée à l'accouchement vaginal en cas d'antécédents de chirurgie périanale sont assez peu nombreuses. L'ensemble des travaux disponibles s'accorde sur l'absence de contre-indications à un accouchement vaginal en cas de maladie de Crohn sans manifestations périanales (NP2) [8]. En cas de manifestations périanales, les données de la littérature sont plus discordantes.

Il n'est pas recommandé de proposer une césarienne programmée aux femmes ayant une maladie de Crohn sans manifestation périanale au motif de la protection périnéale (grade B). En cas de lésions

périanales symptomatiques, il est recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée (grade C). En cas de lésions périanales guéries (avec ou sans chirurgie), le choix de la voie d'accouchement est à discuter avec la femme (accord professionnel).

XII. INFORMATION DE LA FEMME

Au cours de la grossesse et à nouveau en salle de travail, il est recommandé de s'intéresser aux attentes des femmes et de les informer sur les modalités de l'accouchement [9].

Puisque pendant la grossesse, plusieurs professionnels de santé interviennent, il faut s'enquérir des informations déjà délivrées afin d'adapter l'information au parcours de la femme. Cette information peut être délivrée sous plusieurs formes et par plusieurs sources (écrite, Internet, groupe, individuelle, etc.) ; elle devra être complétée par une information orale individualisée délivrée par le ou les professionnels de santé rencontrés pendant le suivi de la grossesse et du travail.

Si la femme souhaite élaborer un projet de naissance, il devra être construit dans une démarche accompagnée, permettant de partager les connaissances et attentes de la femme et les informations adaptées délivrées par les professionnels, idéalement à partir de l'entretien prénatal précoce et au fil de la préparation à la naissance et à la parentalité et des consultations prénatales.

CONCLUSION

Les lésions périnéales représentent une des complications possibles d'un accouchement par voie vaginale et les praticiens de la naissance se doivent d'être formés à leur prévention, diagnostic et réparation. Aucune intervention durant le premier ou le deuxième stade du travail en dehors du soutien périnéal n'a clairement démontré son efficacité pour réduire le risque de lésions périnéales. La pratique de l'épisiotomie n'apporte aucun bénéfice connu au cours d'un accouchement normal. La réalisation d'une césarienne programmée ne peut être proposée au motif de la protection périnéale en prévention primaire. Dans les cas particuliers de LOSA avec séquelles

fonctionnelles ou de manifestations inflammatoires actives de la maladie de Crohn, le choix de la voie d'accouchement doit être individualisé. Dans tous les cas, un examen clinique périnéal minutieux doit être réalisé après un accouchement vaginal à la recherche de LOSA.

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article.

Bibliographie

- [1] Pizzoferrato AC, Ducarme G, Jacquetin B, Fritel X. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF – Introduction, objectif, méthode, définitions, organisation et limites. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.033>
- [2] de Tayrac R, Schantz C. Lésions pelvi-périnéales obstétricales : Anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.031>
- [3] Thubert T, Dochez V, Cardaillac C. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3^e et 4^e degré. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.028>
- [4] Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.027>
- [5] Le Ray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.026>
- [6] Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.029>
- [7] Marty N, Verspyck É. Technique de l'épisiotomie et prise en charge immédiate des lésions obstétricales du sphincter anal. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.024>
- [8] Gachon B. Place de la césarienne dans la protection périnéale obstétricale. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.030>
- [9] Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.025>
- [10] Haute Autorité de santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Saint-Denis La Plaine: HAS, Mars 2016. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf