

Dyspareunie du post-partum tardif: l'accouchement joue-t-il un rôle ?

Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role?

Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X.

Pr Arnaud Fauconnier*: Service de Gynécologie-Obstétrique, CHI Poissy / St-Germain, Poissy; Université Versailles Saint-Quentin (UVSQ), 78280 Guyancourt; INSERM, UMR S953, F-75014, Paris, France.

Dr Anne Goltzene: Service de Gynécologie-Obstétrique, Hertford British Hospital, 3 rue Barbès, 92300 Levallois-Perret, France.

Dr Françoise Issartel: Service de Gynécologie-Obstétrique, Hertford British Hospital, 3 rue Barbès, 92300 Levallois-Perret, France.

Dr Joelle Janse-Marec: Service de Gynécologie-Obstétrique, Hertford British Hospital, 3 rue Barbès, 92300 Levallois-Perret, France.

Béatrice Blondel: INSERM, UMR S953, Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, F-94807, Villejuif, France ; Université Pierre et Marie Curie Paris 6, UMR S 953, F-75005, Paris, France.

Pr Xavier Fritel: INSERM, UMR S953, Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, F-94807, Villejuif, France ; Université Pierre et Marie Curie Paris 6, UMR S 953, F-75005, Paris, France.

***Adresse pour correspondance**

Pr Arnaud Fauconnier

Service de Gynécologie-Obstétrique, CHI Poissy / St-Germain

10 rue du Champ Gaillard, 78103 Poissy, France

Téléphone: 00 33 (0)1 39 27 52 51 Fax: 00 33 (0)1 39 27 40 89

E-mail: afauconnier@chi-poissy-st-germain.fr

Mots-clés : accouchement, satisfaction, post-partum, sexualité, épisiotomie, dyspareunie.

Résumé

Objectif: Etudier l'existence d'une association entre la dyspareunie du post-partum à un an de l'accouchement et les caractéristiques de l'accouchement (traumatisme périnéal, interventions obstétricales et vécu de la patiente).

Méthodes: Un auto-questionnaire concernant la sexualité du post-partum a été envoyé par courrier en mai 2002 à toutes les patientes ayant donné naissance à un nouveau-né vivant à terme, dans une maternité, entre janvier et juin 2001. Les données obstétricales ont été extraites de la base de données informatisée de l'hôpital. La dyspareunie tardive était définie par une douleur lors des rapports sexuels, un an après l'accouchement. Une modélisation par régression logistique multiple a été utilisée pour individualiser des facteurs prédictifs indépendants de dyspareunie du post-partum tardif.

Résultats: 70 (27.6%) des 254 patientes étudiées avaient une dyspareunie du post-partum tardif. Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre la dyspareunie du post-partum tardif et les modalités de l'accouchement ou l'état périnéal (y compris déchirure périnéale ou épisiotomie). L'analyse en régression logistique multiple a montré que la dyspareunie du post-partum tardif était associée à une dyspareunie préexistante à la grossesse, à un faible niveau de satisfaction à l'égard de l'accouchement, et à l'existence d'une activité professionnelle.

Conclusions: La dyspareunie du post-partum tardif semblait être plus liée au vécu maternel de l'accouchement qu'au traumatisme périnéal. Des études plus poussées sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Introduction

La dyspareunie est une sensation de douleur locale, causée par la pénétration vaginale du pénis, éprouvée pendant ou immédiatement après un rapport sexuel. La dyspareunie est l'un des symptômes les plus courants d'algie pelvienne chronique chez la femme (1), et peut perturber la sexualité. Sa fréquence dans la population générale a été évaluée jusqu'à 42% en France (2).

La fréquence de la dyspareunie augmente de façon significative après l'accouchement. Certaines études ont montré que la dyspareunie du post-partum était liée à un traumatisme périnéal, particulièrement l'épisiotomie, les déchirures périnéales ou les manœuvres d'extraction instrumentales (3-5). Ainsi, il est probable que la crainte d'une lésion périnéale soit une des raisons expliquant la préférence de certaines patientes et de certains obstétriciens pour la césarienne plutôt que pour l'accouchement par voie basse (6).

Cependant, la plupart des études suggérant le rôle délétère du traumatisme périnéal ont été menées au cours de la période du post-partum précoce (entre trois et six mois), qui pourrait correspondre à la durée nécessaire à la cicatrisation périnéale et/ou la reprise des rapports sexuels (3,7). Les conséquences à plus long terme de l'accouchement restent, elles, mal connues et débattues. Par ailleurs, la qualité de la sexualité en post-partum n'est pas uniquement déterminée par le traumatisme de la filière génitale. Les conditions psychologiques, la situation du couple, les activités sociales et culturelles sont modifiées par la naissance et peuvent donc interférer avec la sexualité en post-partum (8, 9).

Nous avons réalisé une enquête dont l'objectif était d'identifier les facteurs de risque de dyspareunie du post-partum tardif, en particulier ceux liés à l'accouchement.

Matériel et méthodes

Population étudiée.

Cette étude a concerné toutes les patientes ayant donné naissance à un enfant vivant, à terme, à la Maternité du Hertford British Hospital (Levallois-Perret, France), entre le 1^{er} janvier 2001 et le 30 juin 2001. Les patientes ont été identifiées à partir de la base de données informatisée de l'hôpital.

Recueil des données.

Les données suivantes ont été enregistrées dans la base de données par la sage-femme présente lors de l'accouchement : âge maternel, parité, date de l'accouchement, type de présentation, mode d'entrée en travail, type d'accouchement, poids de naissance de l'enfant, survenue d'une déchirure périnéale, réalisation d'une épisiotomie. L'évaluation de la sexualité en post-partum a été réalisée par un auto-questionnaire, adressé par courrier en mai 2002 à toutes les patientes incluses dans l'étude. En l'absence de réponse, une première puis si nécessaire une deuxième relance étaient adressées aux patientes.

Lors de la réalisation de cette étude, une dyspareunie était recherchée par la question suivante « Avez-vous en ce moment des douleurs pendant les rapports sexuels ? (oui/non) » (10-11). L'intensité de la dyspareunie était évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA) de 100mm non graduée. Une dyspareunie présente avant la grossesse a été recherchée de manière rétrospective en utilisant les mêmes questions. Ces outils ont été développés en France pour l'évaluation de la dyspareunie chez les patientes souffrant d'endométriose ainsi que dans la population générale (2). Les patientes devaient aussi indiquer si leurs rapports sexuels étaient influencés par leurs conditions de vie (problèmes de santé de leur

enfant, fatigue...) ou leur sentiments envers leur sexualité en général (peurs, insatisfaction, perte du désir). Les patientes devaient par ailleurs donner leur satisfaction globale à l'égard de l'accouchement en plaçant une croix sur une EVA de 100mm, non graduée, allant de « très insatisfaite » à « très satisfaite ». Enfin, le questionnaire comportait également des questions d'ordre démographique et social ainsi que des questions sur la situation post-natale incluant la santé du nouveau-né, la santé maternelle, la cicatrisation périnéale, et la durée de l'allaitement.

Analyse des données.

Les patientes qui avaient une dyspareunie du post-partum tardif (plus de 12 mois après l'accouchement) ont été comparées à celles qui n'en avaient pas. Le test du χ^2 de Pearson était utilisé pour les variables qualitatives nominales et le test t de Student non apparié était utilisé pour les données continues. Les données continues telles que les résultats des EVA utilisées dans les questionnaires ont été encodées en variables ordinales. Les variables associées à la dyspareunie du post-partum tardif en analyse bivariée (avec un seuil de $p < 0.15$) ont été incluses dans un modèle de régression logistique multiple ayant comme variable dépendante la dyspareunie du post-partum tardif. La procédure d'élimination progressive a été utilisée pour retirer les variables non significatives, afin de ne retenir dans le modèle final que les variables explicatives liées de manière indépendante à la dyspareunie du post-partum tardif, au seuil de $p < 0.05$. Deux autres groupes de variables ont été incorporées et maintenues volontairement dans le modèle : d'une part le mode d'accouchement et l'état du périnée (car l'impact du mode d'accouchement était une des questions principales posées dans cette étude) et d'autre part la durée de l'allaitement (car une étude publiée antérieurement avait montré une forte association

entre la dyspareunie du post-partum et l'allaitement) (11). Nous avons également construit un autre modèle de régression logistique multiple, ne concernant que les patientes ayant accouché par voie basse.

Les coefficients dans les modèles finaux ont été estimés par la méthode du maximum de vraisemblance ; les rapports des cotes (odds-ratios) ajustés et leurs intervalles de confiance (IC) ont été calculés à partir des coefficients du modèle et de leurs déviations standards (DS). Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel StatView 5.0 (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA).

Toutes les patientes ont donné leur consentement éclairé. Cette étude a été effectuée en conformité avec la loi française en vigueur, permettant la réalisation d'études épidémiologiques sans l'approbation préalable d'un comité d'éthique. Cette étude, étant de type non-interventionnelle, n'entraîne donc pas dans le cadre de la loi Huriet-Sérusclat du 20 décembre 1998 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale. La législation française concernant les données des patientes, les règles de confidentialité et les restrictions concernant le recueil de données raciales ou religieuses a été intégralement respectée. Cette étude a reçu l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Résultats

Cinq cent vingt huit femmes étaient éligibles pour cette étude. Parmi elles, 203 (38.4%) n'ont pas répondu au questionnaire, 70 (13.3%) avaient déménagé, et une (0.2%) n'avait plus de partenaire sexuel au moment de l'étude. Les données de 254 femmes ont ainsi pu être analysées.

Les caractéristiques initiales de la population étudiée et la comparaison des données entre le groupe de patientes répondeuses et le groupe de patientes non-

répondeuses sont rapportées dans le tableau I. Les patientes non-répondeuses étaient plus âgées et avaient plus souvent accouché par césarienne.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée: population totale, patientes répondeuses et non-répondeuses.

Variables	Population totale (n = 528) n (%)	Patientes Répondeuses (N = 254) n (%)	Patientes Non-Répondeuses (N = 274) § n (%)	p*
Age maternel (années)				
≤ 30	97 (18.4)	73 (28.7)	24 (8.8)	<0,0001
31 - 33	159 (30.1)	76 (29.9)	83 (30.3)	
34 - 36	130 (24.6)	57 (22.5)	73 (26.6)	
> 36	142 (26.9)	48 (18.9)	94 (34.3)	
Parité				
1	251 (47.6)	116 (45.7)	135 (49.3)	0.3046
2 - 3	253 (47.8)	123 (48.4)	130 (47.4)	
≥ 4	24 (4.6)	15 (5.9)	9 (3.3)	
Déclenchement du travail				
Oui	129 (24.4)	63 (24.8)	66 (24.1)	0.8484
Non	399 (75.6)	191 (75.2)	208 (75.9)	
Type d'accouchement				
Spontané par voie basse	333 (63.0)	164 (64.6)	169 (61.7)	0.0003
Extraction instrumentale	69 (13.1)	45 (17.7)	24 (8.8)	
Césarienne	126 (23.9)	45 (17.7)	81 (29.6)	
Poids de naissance (grammes ± 1DS)	3379.9 ± 483.2	3399.3 ± 446.8	3374.0 ± 478.8	0.3198†

* Test du χ^2 de Pearson - † test t de Student

§ Ce groupe comprend une patiente sans partenaire sexuel

Les patientes ont rempli le questionnaire en médiane 14 mois (entre 11 et 17 mois) après l'accouchement. Selon leurs réponses à ce questionnaire, 70 femmes (27.6%) souffraient alors de dyspareunie (appelée ci-après dyspareunie du post-partum tardif). Pour 55 d'entre elles (soit 21.7%), une dyspareunie perturbait leur vie

sexuelle. La dyspareunie était apparue après l'accouchement chez 45 femmes sur 70, alors qu'elle était présente avant la grossesse chez 25 femmes sur 70. Le score EVA pour la dyspareunie était de 34 mm \pm 23 chez les patientes rapportant une dyspareunie du post-partum tardif et de 4 mm \pm 9 chez les patientes ne rapportant pas de dyspareunie du post-partum tardif (Test t de Student = -15,067; $p < 0.0001$).

Les facteurs perçus comme affectant les rapports sexuels chez les patientes avec et sans dyspareunie du post-partum tardif sont exposés dans le tableau II.

Tableau II. Facteurs perçus comme affectant les rapports sexuels, d'après les patientes avec ou sans dyspareunie du post-partum tardif.

	Patientes avec dyspareunie du post-partum tardif n = 70 n (%)	Patientes sans dyspareunie du post-partum tardif n = 184 n (%)	p
Problèmes de santé de l'enfant			
Non	40 (57.1)	101 (54.9)	
Oui	30 (42.9)	83 (45.1)	0.747
Manque d'intimité			
Non	34 (48.6)	96 (52.2)	
Oui	36 (51.4)	88 (47.8)	0.6078
Fatigue [†]			
Non	5 (7.1)	6 (3.3)	
Oui	65 (92.9)	177 (96.2)	0.3322
Manque de temps			
Non	14 (20)	42 (22.8)	
Oui	56 (80)	142 (77.2)	0.6274
Disputes avec le conjoint			
Non	48 (68.6)	127 (69)	
Oui	22 (31.4)	57 (31)	0.9448
Craintes maternelles du rapport sexuel			
Non	41 (58.6)	153 (83.2)	
Oui	29 (41.4)	31 (16.8)	<0.0001
Craintes paternelles du rapport sexuel			
Non	59 (84.3)	174 (94.6)	
Oui	11 (15.7)	10 (5.4)	0.0079
Insatisfaction lors des rapports			
Non	38 (54.3)	148 (80.4)	
Oui	32 (45.7)	36 (19.6)	<0.0001

Douleur				
Non	29 (41.4)	162 (88)		
Oui	41 (58.6)	22 (12)		<0.0001
Perte du désir sexuel				
Non	15 (21.4)	83 (45.1)		
Oui	55 (78.6)	101 (54.9)		0.0005

*La question était: *Actuellement, quels facteurs influencent le plus votre sexualité ?*

†Une patiente n'a pas répondu.

Les problèmes de santé de l'enfant, le manque d'intimité, la fatigue maternelle, le manque de temps et les disputes avec le partenaire n'étaient pas plus fréquemment rapportés par les femmes présentant une dyspareunie du post-partum tardif que par les autres patientes. Cependant, les craintes relatives aux rapports sexuels (maternelles ou paternelles), l'insatisfaction lors des rapports, la douleur et la baisse du désir sexuel étaient plus fréquents dans le groupe des patientes avec dyspareunie du post-partum tardif (tableau II).

Les caractéristiques des patientes, des accouchements et des nouveau-nés ont été comparées entre les patientes avec dyspareunie du post-partum tardif et les patientes sans dyspareunie du post-partum tardif (tableau III). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en termes d'âge maternel, de parité, d'anesthésie péridurale, de poids de naissance de l'enfant, de durée de cicatrisation périnéale, de santé maternelle ou infantile dans le post-partum.

Tableau III. Examen de la relation entre les caractéristiques des patientes, de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et la dyspareunie du post-partum tardif.

Variable	Patiente avec dyspareunie du post-partum tardif n = 70 (27.6%)	Patiente sans dyspareunie du post-partum tardif n = 184 (72.4%)	p
Age maternel (années)			
≤ 30	17 (24.3)	56 (30.4)	0.3364
31 - 33	19 (27.1)	57 (31.0)	
34 - 36	21 (30.0)	36 (19.6)	
> 36	13 (18.6)	35 (19.0)	
Parité			
1	30 (42.9)	86 (46.7)	0.8381
2 - 3	36 (51.4)	87 (47.3)	
≥ 4	4 (5.7)	11 (6.0)	
Statut professionnel maternel			
Mère au foyer ou sans emploi	2 (2.9)	22 (12.1)	0.1279
Cadre/profession intellectuelle supérieure	35 (50.0)	91 (50.0)	
Profession intermédiaire	29 (41.4)	62 (34.1)	
Employée de bureau ou commerçante	4 (5.7)	7 (3.8)	
Dyspareunie avant la grossesse			
Oui	25 (35.7)	24 (13.0)	<0.0001
Non	45 (64.3)	160 (87.0)	
Type d'accouchement			
Voie basse spontanée	43 (61.4)	121 (65.8)	0.6323
Manceuvres instrumentales	15 (21.4)	30 (16.3)	
Césarienne	12 (17.1)	33 (17.9)	
Anesthésie péridurale			
Oui	4 (5.7)	13 (7.1)	0.9172
Non	66 (94.3)	171 (92.9)	
Poids de naissance de l'enfant (grammes)			
≤ 3120	19 (27.1)	44 (23.9)	0.8871
3130 - 3410	19 (27.1)	46 (25.0)	
3420 - 3660	16 (22.9)	49 (26.6)	
> 3660	16 (22.9)	45 (24.5)	
Estimation de la satisfaction globale a l'égard de l'accouchement par EVA† (mm)			
≤ 63	20 (29.9)	44 (24.1)	0.0845
64 - 86	23 (34.3)	43 (23.5)	
87 - 96	15 (22.4)	48 (26.2)	
> 96	9 (13.4)	48 (26.2)	
Etat du périnée §			
Périnée intact	10 (17.2)	25 (16.6)	0.3192
Déchirures périnéales	44 (75.9)	104 (68.9)	
Episiotomie	4 (6.9)	22 (14.6)	
Problème de santé maternel après l'accouchement			
Oui	13 (18.6%)	41 (22.4%)	0.5056
Non	57 (81.4%)	142 (77.6%)	
Cicatrisation périnéale avec complications			
Oui	8 (11.4%)	26 (14.2%)	0.5621
Non	62 (88.6%)	157 (85.8%)	
Problèmes de santé du nouveau-né			
Oui	14 (20.0%)	27 (14.7%)	0.3026
Non	56 (80.0%)	157 (85.3%)	
Allaitement†			
Non	15 (22.1)	51 (28.7)	0.4297
< 6 mois	45 (66.2)	113 (63.5)	
≥ 6 mois	8 (11.8)	14 (7.9)	

Abréviations: EVA, échelle visuelle analogique

† En raison de données manquantes, le total des résultats peut être différent de la population totale

§ Parmi les 209 femmes ayant accouché par voie basse

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau IV.

Tableau IV. Déterminants de la dyspareunie du post-partum tardif (régression logistique multiple).

	Population totale N = 254			Accouchement par voie basse uniquement N = 209		
	OR ajusté	IC95%	p-valeur*	OR ajusté	IC95%	p*
Type d'accouchement :						
Voie vaginale spontanée	1	Ref.		1	Ref.	0.5183
Mancœuvres instrumentales	1.4	0.7 - 3.1	0.6712	1.3	0.6 – 3.0	
Césarienne	1.1	0.5 - 2.4				
Etat du périnée+						
Périnée intact		-		1	Ref.	
Episiotomie		-	-	0.8	0.3 - 1.9	0.2102
Déchirures périnéales		-		0.3	0.1 - 1.3	
Allaitement ≥ 6 mois						
Non	1	Ref.	0.4565	1	Ref.	0.8289
Oui	1.7	0.6 - 4.8		1.4	0.4 - 4.6	
Activité professionnelle maternelle						
Non	1	Ref.	0.0233	1	Ref.	0.0426
Oui	5.4	1.2 - 25		4.3	0.9 - 21.3	
Satisfaction à l'égard de l'accouchement†						
Elevée	1	Ref.	0.0096	1	Ref.	0.0202
Faible	2.0	1.1 - 3.8		2.3	1.2 - 4.6	
Dyspareunie avant la grossesse						
Non	1	Ref.	<.0001	1	Ref.	<.0001
Oui	4.5	2.2 - 9.1		5.8	2.6 - 12.8	

OR = odds-ratio; IC95% = intervalle de confiance à 95%; Ref. = groupe de référence.

* Test du rapport de vraisemblance

+ Non inclus dans le premier modèle en population totale

† Echelle visuelle analogique évaluant la satisfaction globale à l'égard de l'accouchement ; les résultats sont catégorisés en élevée (supérieure à la médiane) et faible (inférieure à la médiane).

Les variables introduites dans le premier modèle de régression logistique, qui a pris en compte toute la population de patientes ayant accouché, étaient le mode d'accouchement, la durée de l'allaitement, l'activité professionnelle de la patiente au

moment de la réponse au questionnaire, la présence d'une dyspareunie avant la grossesse, et la satisfaction générale à l'égard de l'accouchement (cette dernière étant encodée comme inférieure ou supérieure au score médian). Le risque de dyspareunie du post-partum tardif était positivement associé à la présence d'une dyspareunie avant la grossesse, à une moindre satisfaction vis-à-vis de l'accouchement, et à la présence d'une activité professionnelle lors de la réponse au questionnaire. Ni le type d'accouchement (incluant la césarienne) ni la durée de l'allaitement n'étaient associés à une dyspareunie du post-partum tardif. Dans le second modèle de régression logistique, prenant en compte seulement les patientes ayant accouché par voie basse, les résultats étaient identiques (tableau IV). Ni l'utilisation de manœuvres instrumentales, ni une épisiotomie, ni la survenue de déchirures périnéales n'augmentaient le risque de dyspareunie du post-partum tardif.

Discussion

Nous n'avons pas observé d'influence du type d'accouchement, de la présence d'une épisiotomie ou de déchirures périnéales, ou encore de l'allaitement sur la survenue d'une dyspareunie du post-partum tardif. En revanche, une dyspareunie avant la grossesse, la satisfaction générale à l'égard de l'accouchement et l'activité professionnelle étaient des déterminants importants de la dyspareunie du post-partum tardif. Ces résultats suggéraient donc que le traumatisme périnéal et les interventions obstétricales n'influençaient pas le risque de dyspareunie du post-partum tardif.

Un des points forts de cette étude était l'évaluation spécifique de la dyspareunie du post-partum tardif. Nous avons en effet choisi d'évaluer la dyspareunie à 12 mois, car entre trois et six mois après l'accouchement, la cicatrisation à la suite du traumatisme

périnéal est un processus normal qui peut rendre complexe la relation entre la dyspareunie et le mode d'accouchement.

Il est en effet évident que lors des premiers mois du post-partum, les conséquences du traumatisme périnéal peuvent affecter la sexualité via une dyspareunie ou retarder la reprise des relations sexuelles (12). La douleur qui survient dans la région vaginale comme résultante d'un processus physiologique (épisiotomie ou déchirure périnéale, etc.) est habituellement d'évolution favorable. Inversement, la dyspareunie qui persiste sur le long terme, comme effet de l'accouchement, doit être considérée comme un symptôme douloureux pelvien chronique (13) qui peut altérer la qualité de la vie et nécessiter le recours à une prise en charge médicale (14).

Une autre force de notre étude était l'intégration de l'évaluation de la dyspareunie dans une évaluation plus globale de la sexualité. Nous avons constaté que les femmes rapportant une dyspareunie du post-partum tardif voyaient leurs relations sexuelles influencées de façon majeure par les symptômes ressentis (avec crainte, insatisfaction, douleur et perte de désir); en revanche, les caractéristiques des conditions de vie (problèmes de santé infantiles, manque d'intimité, fatigue de la mère, manque de temps, ou conflit avec le conjoint) qui sont des facteurs bien connus pour affecter la sexualité des femmes (9) n'ont pas été mentionnées plus fréquemment dans le groupe de femmes avec dyspareunie.

Cette étude avait eu néanmoins plusieurs limites. D'abord, le taux de réponse parmi les femmes qui ont reçu le questionnaire n'était que de 55.5%. Le fait que cette étude s'intéressait à un aspect sensible de la santé des patientes pourrait expliquer ce chiffre. Notre taux de réponse était cependant comparable à ceux déjà publiés dans des études semblables (7, 15-16). Il était difficile d'évaluer la fragilisation de nos résultats par ce faible taux de réponse. Néanmoins, l'âge et le mode

d'accouchement, paramètres qui étaient associés au fait de répondre au questionnaire, n'étaient pas liés à la dyspareunie.

La deuxième limite de cette étude était sa nature rétrospective vis-à-vis de certaines variables étudiées, en particulier la dyspareunie avant la grossesse et la satisfaction globale vis-à-vis de l'accouchement. Certaines femmes pourraient en effet avoir rapporté une dyspareunie avant la grossesse plus fréquemment quand elles avaient ce symptôme au moment de l'enquête. Concernant la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur accouchement, il est intéressant de noter que cet item est par nature un souvenir qui se construit graduellement avec le temps (17) ; recueillir cette variable immédiatement après l'accouchement n'aurait eu aucun sens.

À la différence de notre étude, beaucoup d'études observationnelles ont trouvé une corrélation très nette entre les facteurs obstétricaux et un taux plus important de dyspareunie du post-partum. Ces facteurs incluaient l'accouchement spontané par voie basse contre la césarienne (18-19), l'accouchement assisté par voie basse contre la césarienne (5), l'accouchement assisté par voie basse contre l'accouchement spontané, et les traumatismes périnéaux incluant l'épisiotomie ou les déchirures périnéales (3,16).

Une revue systématique de la littérature a suggéré une association entre l'accouchement par voie vaginale instrumentale et un certain degré de dysfonctionnement sexuel, y compris une dyspareunie (4). Cependant, toutes les études ont évalué la dyspareunie seulement dans la partie initiale du post-partum, jusqu'à 6 mois. Nos résultats suggéraient donc qu'en réalité, ces données ne pouvaient pas être extrapolées à 12 mois post-partum. L'évolutivité des symptômes pourrait expliquer cette différence, y compris en raison de la cicatrisation périnéale suite au traumatisme obstétrical. En effet, la dyspareunie est maximale entre 3 et 6

mois après l'accouchement, puis diminue de manière significative après un an (10, 15). Dans une étude transversale chez 796 femmes primipares (19), la dyspareunie trois mois après l'accouchement était significativement plus fréquente après accouchement par voie basse vaginale qu'après un accouchement par césarienne, mais à 6 mois cette association n'était plus significative.

Une autre explication pourrait donc être que la dyspareunie du post-partum tardif s'exprimerait comme une douleur pelvienne chronique, provoquée par des mécanismes à la fois physiques et psychologiques (13, 20). Selon cette théorie, la douleur se produirait d'abord dans la région vaginale suite à une lésion élémentaire (épisiotomie, déchirure périnéale etc.) et provoquerait le dysfonctionnement sexuel dont la dyspareunie. La dyspareunie pourrait alors éventuellement persister après la disparition du stimulus initial, via des mécanismes impliquant le système nerveux central (13, 21) pouvant être liés aux déterminants psychologiques ou sociaux. Un phénomène similaire de sensibilisation centrale s'est avéré être un élément important de la relation entre les symptômes douloureux et l'endométriose (21).

Les études réalisées un an après l'accouchement trouvent des résultats semblables à ceux que nous avons constatés. Dans une étude prospective observationnelle, la satisfaction vis-à-vis des rapports sexuels n'était pas liée aux paramètres de la grossesse et aux données de l'accouchement (22). Dans l'étude publiée par Clarkson et al, la prévalence de la dyspareunie à 9 - 14 mois n'était pas différente selon le mode d'accouchement (15). Dans une étude randomisée contrôlée comparant la césarienne et la voie vaginale programmée pour les présentations du siège, aucune différence dans le taux de dyspareunie n'a été trouvée entre les deux groupes deux ans après l'accouchement (23). Des résultats semblables ont été

trouvés quatre ans après l'accouchement, dans une étude comparant deux pratiques de l'épisiotomie (pratique restrictive contre pratique plus libérale) (24).

De façon intéressante, nos résultats suggèrent que la dyspareunie du post-partum tardif serait plus liée aux variables psychologiques ou sociales qu'aux causes obstétricales. Nous avons constaté que le risque de dyspareunie du post-partum tardif était plus élevé pour les mères exerçant une activité professionnelle. Ce rapport entre activité professionnelle et dyspareunie pouvait être expliqué par la composition sociale très particulière de la population étudiée : 95% des mères exerçant une activité professionnelle avait un travail fortement qualifié (cadres ou professions intermédiaires). Ces données peuvent être mises en relation avec des travaux ayant relié le stress chronique de la femme à la présence de dyspareunie superficielle (25). Notre résultat doit aussi être mis en parallèle avec une autre étude concernant les déterminants psychologiques de la sexualité du post-partum (9). Selon celle-ci, la difficulté soulevée par le rôle social que confère la maternité (associant le rôle de mère et les responsabilités professionnelles) pourrait perturber la sexualité des femmes en post-partum (9).

A notre connaissance, notre étude était la première à faire état d'une relation entre la non-satisfaction de la mère à l'égard de l'accouchement et la dyspareunie du post-partum tardif. Le sentiment de satisfaction est un item souvent utilisé dans les études, y compris chez les femmes ayant accouché, et est considéré comme lié à la prise en charge des soins et aux prestations sociales (26). Néanmoins, certains considèrent que la satisfaction de la mère à l'égard de l'accouchement est une donnée bien plus complexe (17). Elle est probablement liée aux sentiments personnels globaux, aux opinions et souvenirs de la patiente au sujet de son accouchement. En effet, une étude multiculturelle basée sur des entretiens structurés

conduits trois mois après l'accouchement (8) a prouvé que les femmes exprimaient une grande variété de sentiments au sujet de l'accouchement : 50% d'entre elles ont considéré la naissance comme un évènement positif (excitation, joie), alors que 20.4% rapportaient des émotions désagréables (déception, peur et honte).

On peut s'interroger sur le lien entre une expérience négative de l'accouchement et la fonction sexuelle dans le post-partum tardif, en particulier la dyspareunie. La dyspareunie est une conséquence bien documentée de l'abus sexuel et du viol (27) indépendamment du traumatisme périnéal réel qui a été subi. Un phénomène semblable pourrait se produire après l'accouchement, bien qu'avec moins d'intensité. En effet, l'accouchement peut parfois être perçu comme un traumatisme psychologique. Ainsi, un état de stress psychique post-traumatique a été rapporté chez environ 1.5% des femmes entre six mois et un an après l'accouchement (28-29). Dans une étude longitudinale chez des femmes italiennes ayant accouché, des formes incomplètes de trouble psychique post-traumatique ont été trouvées chez un tiers des patientes et n'étaient pas reliées aux variables obstétricales (30). Les aspects non médicaux de la naissance pourraient rendre cet évènement « traumatique », à travers des impressions et des sentiments négatifs (31). À plus long terme, ces femmes notaient une certaine perturbation de leur relation avec leur conjoint, y compris sur le plan sexuel (32-33).

Le rapport entre l'expérience personnelle négative de la mère ressentie lors de l'accouchement ou l'activité professionnelle et la dyspareunie du post-partum tardif demande à être clarifié et confirmé dans d'autres études de plus grande envergure. Une hypothèse concernant ces facteurs est leur participation à un certain degré de sensibilisation centrale. Il serait également important d'identifier en amont les femmes qui sont exposées à une possible expérience négative de l'accouchement, et

quelles en seraient les conséquences sur leur santé et qualité de vie. Une meilleure compréhension de ce phénomène pourrait aider à définir et proposer une prise en charge psychologique préventive autour de l'accouchement, même après une grossesse normale et un accouchement normal.

Conclusion:

Les interventions obstétricales que sont notamment les modalités d'accouchement, l'épisiotomie et le traumatisme périnatal n'influençaient pas directement la dyspareunie du post-partum. La dyspareunie du post-partum tardif était liée à des facteurs extra-gynécologiques (vécu maternel de l'accouchement et activité professionnelle en cours). Ceci suggère que certains mécanismes à l'origine de la dyspareunie du post-partum tardif relèvent peut-être d'une sensibilisation centrale modulée par des facteurs sociaux ou psychologiques.

Déclaration d'intérêts:

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer concernant cette étude.

Références

1. Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. [Chronic pelvic pain: epidemiology and economic impact]. *Prog Urol*. 2010;20:872-85.
2. Fauconnier A, Dubuisson JB, Foulot H, Deyrolles C, Sarrot F, Laveyssiere MN, et al. Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;127:252-6.
3. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:881-8; discussion 8-90.
4. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49:430-6.
5. Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L, Soothill PW, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:4-10.
6. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet*. 1996;347:544.
7. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Arch Sex Behav*. 1999;28:179-91.
8. Chalmers B, Meyer D. What women say about their birth experiences: a cross-cultural study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1994;15:211-8.
9. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*. 2002;39:94-103.
10. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *J Reprod Med*. 1999;44:963-8.
11. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Bjog*. 2000;107:186-95.
12. Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*. 2008;35:98-106.
13. Steege JF, Stout AL, Somkuti SG. Chronic pelvic pain in women: toward an integrative model. *Obstet Gynecol Surv*. 1993;48:95-110.
14. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996;87:321-7.
15. Clarkson J, Newton C, Bick D, Gyte G, Kettle C, Newburn M, et al. Achieving sustainable quality in maternity services - using audit of incontinence and dyspareunia to identify shortfalls in meeting standards. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2001;1:4.
16. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;124:42-6.
17. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, et al. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27:211-24.

18. Lal M, Pattison HM, Allan TF, Callender R. Postcesarean pelvic floor dysfunction contributes to undisclosed psychosocial morbidity. *J Reprod Med*. 2009;54:53-60.
19. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*. 2005;32:306-11.
20. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2003;101(3):594-611.
21. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2011;17:327-46.
22. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *Bjog*. 2006;113:914-8.
23. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:917-27.
24. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigne A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *Bjog*. 2008;115:247-52.
25. Ehrstrom S, Kornfeld D, Rylander E, Bohm-Starke N. Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30:73-9.
26. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [Internet]: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); 2008; Available from: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er660.pdf>.
27. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *Bmj*. 2006;332:749-55.
28. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997;11:587-97.
29. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28:111-8.
30. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27:81-90.
31. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*. 2007;34:253-63.
32. Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2007;12:491-509.
33. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2006;11:389-98.