



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Effets de l'ostéopathie structurelle avant un accouchement sur les traumatismes du périnée et son impact sur les douleurs post-partum

BECK

Valentine

PROMOTION 17

Année 2021-2025



Bretagne Ostéopathie SARL.
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com • contact@bretagne-osteopathie.com

CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07

Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, je tiens adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont entourée pendant ces quatre ans d'étude et aux personnes qui ont participé à ma décision d'entreprendre des études à l'IFSOR :

À **Hélène** pour son soutien durant mon mémoire, sa disponibilité, sa générosité et son implication dans son travail ainsi que pour ses étudiants.

À **Camille, Pauline** et **ma Maman** pour leurs relectures et corrections de mon mémoire.

À **Axelle** pour ses conseils avisés, ses commentaires sur mon mémoire et ses encouragements.

À **la P17**, ma promo, merci de m'avoir accueillie et intégrée dès mon arrivée. Merci pour ces rires, ces moments studieux et ce soutien durant les moments de galère.

À **Pierre Bédât** pour m'avoir fait découvrir le Fondamental lors nos séances, ce qui m'a poussé à me questionner durant mes années de physio et permis de trouver ma voie.

À **Jérôme Hubschwerlin**, pour m'avoir transmis le goût pour nos manipulations et la beauté du geste durant GEPRO.

À **toute l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie** pour la transmission de leur savoir sans retenue et leur investissement dans leur travail.

Et enfin, à **Aurélien**, mon mari pour sa patience et son soutien inconditionnel durant mes études.



SOMMAIRE

<i>Effets de l'ostéopathie structurelle avant un accouchement sur les traumatismes du périnée et son impact sur les douleurs post-partum</i>	1
1. Introduction	1
2. Méthodologie	6
3. Résultats	7
3.1. Taux de traumatismes du périnée	8
3.2. Niveau de douleur à une semaine et à deux mois post-partum.....	9
3.3. Instrumentalisation	10
3.4. Massage périnéal.....	10
4. Discussion	11
5. Conclusion	15
6. Bibliographie	16
7. Annexes	18
7.1. Questionnaire.....	18
8. Résumé	26



LISTE DES ABRÉVIATIONS

RCOG : Royal College of Obstetricians et Gynecologists

SA : Semaines d'aménorrhée

MFOS : Modèle Fondamental d'Ostéopathie Structurale

IFSOR : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

PVA : Potentiel vital actualisé

DFH : Domaine de fonctionnement habituel

DFF : Domaine de fonctionnement fragilisé

DFO : Domaine de fonctionnement occasionnel

EVA : Échelle visuelle analogique

PPT : Post-partum



1. INTRODUCTION

Une naissance, lorsqu'elle se déroule bien, constitue un événement incroyable marquant l'arrivée d'un nouvel être dans le monde. Toutefois, l'accouchement peut s'accompagner de complications obstétricales qui touchent de nombreuses femmes, dont l'intensité et la gravité peuvent varier. Une des lésions les plus fréquentes est la déchirure du périnée. En effet, en Suisse en 2017, le taux de déchirures périnéales était estimé à 54,7 %, avec des degrés de gravité variables (1).

Dans certains cas, une épisiotomie peut être réalisée afin de prévenir les déchirures périnéales. Le Dico en Ligne Le Robert la définit comme : « Incision du périnée pratiquée lors de l'accouchement pour éviter les déchirures » (2). Longtemps considérée comme une mesure de prévention, il était fréquent d'effectuer une épisiotomie afin d'éviter d'autres complications. Entre 1979 et 1981, le taux d'épisiotomie était de 38,4 % en France, 65,1% aux États-Unis et 75% au Canada (3). Toutefois, depuis plusieurs années, le recours à une épisiotomie de routine est de moins en moins pratiquée. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (4) dans son rapport de l'Enquête nationale périnatale de 2021 publié le 6 octobre 2022, explique : « Le taux d'épisiotomie, déjà en baisse depuis plusieurs décennies, a encore fortement diminué, passant de 20,1 % en 2016 à 8,3 % en 2021 ».

Néanmoins, cette diminution n'est pas sans conséquences. En effet, Chehab et al. (5) soulignent que la réduction du taux d'épisiotomie a contribué à l'augmentation des déchirures périnéales des grades 1 et 2 entre 2003 et 2010. Ils précisent : « Une diminution majeure du taux d'épisiotomie permet d'augmenter le taux de périnées intacts mais en augmentant également le taux de déchirures périnéales non graves ».

Grade	Type d'atteinte du périnée
1	La déchirure touche uniquement la peau
2	La peau est touchée ainsi que les muscles du périnée. Cela peut nécessiter des points de suture
3	La peau, les muscles du périnée sont lésés ainsi que le sphincter anal externe qui est partiellement atteint
4	La peau, le périnée, le sphincter anal externe sont atteints ainsi que les muqueuses rectales

Tableau 1 : Les grades de déchirure du périnée selon le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)



Plusieurs critères peuvent influencer la décision d'effectuer une épisiotomie. Selon l'enquête effectuée en 2019 auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (6), une incision est effectuée en cas de risque de lésion du sphincter anal externe. Les résultats montrent également une préférence pour une épisiotomie lorsque le fœtus est en souffrance ou que la deuxième partie du travail se prolonge. Enfin, lors de l'utilisation d'instruments comme les forceps, les gynécologues ont tendance à effectuer une incision pour protéger le périnée d'une éventuelle déchirure importante.

Que ce soit par déchirure ou épisiotomie, une lésion périnéale laisse une cicatrice pouvant impacter la qualité de vie des femmes, notamment en provoquant des douleurs, des troubles sexuels ou encore des incontinences urinaires ou fécales, selon le degré de la lésion (7). Une méta-analyse sortie en 2022 (8) évaluant les facteurs de risques de dysfonction sexuelle démontre que les épisiotomies peuvent amener à des dyspareunies. Les résultats montrent qu'un traumatisme du périnée augmente le risque de dysfonction sexuelle la première année après l'accouchement mais également qu'une lésion du sphincter anal externe provoque des dysfonctions sexuelles ainsi que des dyspareunies. (8)

Il existe plusieurs traitements possibles pour prévenir un traumatisme du périnée lors de l'accouchement. Durant le travail, Okeahialam et al. (9) listent plusieurs techniques utilisées pour éviter une déchirure. Ils mentionnent, par exemple, le contrôle manuel de la descente du bébé lors de la deuxième partie du travail. Celui-ci permet de ralentir la vitesse de descente du fœtus et donc la vitesse d'étirement du périnée. Ils expliquent également que l'utilisation de compresses chaudes ainsi qu'un étirement du périnée lors de la phase active du travail permet de protéger le plancher pelvien. En traitement préventif, Zhang et al. (10) cherchent à démontrer l'utilité d'un programme de renforcement des muscles du périnée afin de prévenir une incontinence urinaire post-partum, une déchirure des grades 3 ou 4 ainsi qu'une épisiotomie. Leurs résultats sont significatifs pour éviter une incontinence ou une déchirure. Ils sont cependant non significatifs pour pallier une épisiotomie.

Un autre traitement possible est le massage périnéal. Le RCOG recommande de le pratiquer quotidiennement à partir de la 35 semaine d'aménorrhée (SA) en utilisant de l'huile lubrifiante (11). La technique consiste à étirer les tissus avec les pouces vers le bas en direction de l'anus, puis latéralement en maintenant la position une minute. Ensuite, il est conseillé de masser la partie inférieure du vagin en réalisant un mouvement en U durant 2 ou 3 minutes.

On retrouve plusieurs méta-analyses (12–18) dans la littérature qui évaluent l’efficacité du massage périnéal, que ce soit en pré-partum ou lors de l’accouchement afin de réduire le taux de traumatismes périnéaux. Selon la méta-analyse sortie en juin 2024 qui compare le massage avant et pendant l’accouchement chez des primipares (14), on constate que le massage, qu’il soit réalisé pendant la grossesse ou durant l’accouchement, est efficace pour diminuer le taux de déchirures de grade 2, ces résultats étant non-significatifs pour les déchirures de grade 1. Yin et al précisent que les grades 3 et 4 n’ont pas pu être comparés par manque de données. Le massage permet également une diminution significative des taux d’épisiotomies. L’étude rapporte que seul le massage anténatal est efficace pour diminuer l’incontinence fécale et au gaz à trois mois post-partum alors que le massage uniquement pendant le travail aide à réduire les douleurs post-partum. Il serait également intéressant pour diminuer les risques d’hémorragie post-partum mais les résultats sont peu fiables car évalués dans une seule étude. Enfin, ils concluent sur le fait qu’il serait intéressant de masser le périnée pendant la seconde partie du travail s’il n’a pas été massé avant l’accouchement.

Concernant les douleurs post-partum, trois études (12,13,15) viennent contredire les résultats de Yin et al. (14). En effet, celles-ci ont toutes des résultats significatifs concernant la diminution des douleurs trois mois après l’accouchement lorsque le massage a été effectué pendant la grossesse. Chen et al précisent cependant que la réduction de la douleur n’est pas significative à trois jours post-partum.

Quatre méta-analyses (12–15) évaluent l’efficacité du massage du périnée lors du troisième trimestre. Les résultats mesurés sont un périnée sans traumatisme, les douleurs en post-partum, l’incontinence urinaire, fécale et au gaz mais aucune n’évalue l’efficacité du massage pour la reprise des rapports sexuels sans douleur. Pourtant, on sait que les complications en post-partum peuvent énormément influencer la santé sexuelle de la femme (7). Dans toutes ces études, il est impossible de connaître la profession du praticien ayant effectué le massage ou enseigné la technique de massage aux patientes. On peut supposer que les sages-femmes sont les principales intervenantes mais d’autres professionnels de santé pourraient participer à la prévention des traumatismes périnéaux. Par exemple, Ruffini et al. (19) décrivent la place de l’ostéopathie en gynécologie et obstétrique. Dans leur méta-analyse sortie en 2022, ils expliquent comment l’ostéopathie peut être utile dans les cas d’endométriose, de dysménorrhées, de vulvodynies et de douleurs pelviennes. Les traitements ostéopathiques peuvent également aider à diminuer les douleurs lombaires ainsi que les douleurs de bassin en

post-partum. Lors de la grossesse, les ostéopathes interviennent sur les différents maux que vivent les femmes. Par exemple, Franke et al. (20) décrivent l'importance de l'ostéopathie pour diminuer de manière significative les douleurs lombaires et pelviennes lors de la grossesse ainsi qu'en post-partum.

Selon le Modèle Fondamental d'Ostéopathie Structurelle (MFOS) enseigné à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR), une lésion tissulaire réversible (LTR) peut être appelée ainsi lorsqu'un tissu conjonctif a changé d'état et perdu ses qualités dynamiques de souplesse et d'élasticité. Il n'est donc plus capable de s'adapter aux contraintes (17). L'ostéopathe vise alors à travailler ces zones le plus directement possible afin de leur donner la possibilité de retrouver ces caractéristiques. Ceci peut se faire lors de manipulations articulaires mais concerne également tout tissu conjonctif dans le corps, que ce soit un muscle, un fascia ou la peau. En clinique, on recherche un tissu « gros, dur et sensible quand on y touche. » Le but est de lever les LTR et par conséquent améliorer l'état de santé de ce tissu afin de lui permettre de supporter au mieux les contraintes.

Jean-François Terramorsi (21) décrit la santé comme le rapport entre la variable d'état de la structure et les variables d'entrée (l'interaction de la structure avec son environnement). Selon lui il y a plusieurs possibilités pour améliorer la santé d'une structure :

- Diminuer les variables d'entrée : La variable d'état reste la même mais l'état de santé s'améliore.
- Améliorer l'état de la structure : Elle est donc capable de supporter plus de variables d'entrée avant que son état de santé ne se détériore.

Pourtant, l'état de santé peut s'améliorer même si l'état de la cible se péjore. Il suffit de diminuer suffisamment les variables d'entrée. La structure apparaît ainsi en meilleure santé alors que son état s'est dégradé. Terramorsi explique : « Le fait de chercher à minimiser le dénominateur (variable d'entrée) donne l'apparence de la santé (par absence de souffrance) mais ne renforce pas l'état de la santé ». (21) En revanche, si les variables d'entrée sont trop importantes par rapport à l'état de santé de la structure, il y a un risque de lésion tissulaire irréversible.

Le MFOS décrit plusieurs domaines dans lesquels nous fonctionnons. Ceci peut se rapporter à une structure du corps en particulier ou à une personne à part entière.

- Le potentiel vital actualisé (PVA) : Il comprend le potentiel vital originel - les capacités acquises à la naissance qui varient en fonction des individus et le potentiel vital temporel (le vieillissement).
- Le domaine de fonctionnement habituel (DFH) dans lequel les individus évoluent.
- Le domaine de fonctionnement fragilisé (DFF) qui est la zone comprise entre le PVA et le DFH. Elle représente l'espace dans lequel s'exprimeront, ou non, les symptômes des LTR selon l'IFSOR (22).

La limite entre les deux domaines évolue en fonction de notre état de santé. Un troisième domaine est décrit ainsi : Domaine de fonctionnement occasionnel (DFO), zone comprise dans le DFF, où les LTR ne sont pas encore incarnées (22).

Lors d'un accouchement par voie basse, le bébé descend progressivement dans le canal vaginal en appuyant sur les tissus périnéaux et entraînant une distension progressive. Cette sollicitation se situe dans le DFO, qu'il y ait ou non des LTR. Comme dit précédemment, si des LTR sont présentes dans le tissu périnéal, son état de santé est diminué. Dans ce cas, la variable d'entrée que représente l'accouchement par voie basse peut être trop importante et ainsi le périnée dépassera son PVA et se déchirera. On comprend donc l'importance de la souplesse et l'élasticité du périnée afin de supporter l'accouchement sans lésion.

Plusieurs facteurs influencent l'étirement du plancher pelvien, que ce soit la taille du bébé, sa position, la vitesse du travail actif ou l'utilisation d'instruments. Certains traitements préventifs peuvent aider à assouplir et préparer le périnée à l'accouchement afin de le protéger d'une déchirure éventuelle comme le massage périnéal. Les ostéopathes ont leur place dans les soins des femmes enceintes et en post-partum. Peuvent-ils également intervenir en pré-partum pour protéger le périnée lors d'un accouchement ?

En France, selon le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (23), l'ostéopathe n'est pas autorisé à effectuer de manipulation gynéco-obstétricale ni de toucher pelvien. C'est pourquoi le but de cette étude sera donc d'évaluer l'effet du massage périnéal, enseigné par un.e ostéopathe avant l'accouchement, sur les traumatismes du périnée mais également d'évaluer son impact sur les douleurs post-partum.

2. METHODOLOGIE

Cette étude vise à répondre à deux questions de recherche :

- Est-ce que le travail manuel du périnée en pré-partum, enseigné par un·e ostéopathe diminue le risque de traumatismes du périnée ?
- Est-ce que le travail manuel du périnée en pré-partum, enseigné par un·e ostéopathe diminue les douleurs une semaine et deux mois après un accouchement ?

L'étude a été effectuée du 18 février au 2 avril 2025 et les données ont été collectées rétrospectivement via un questionnaire diffusé à des ostéopathes structurels en Suisse et en France afin qu'ils le transmettent à la population cible.

Deux groupes ont été comparés : le groupe témoin incluant les patientes ayant pratiqué le massage périnéal en pré-partum, enseigné par un·e ostéopathe et le groupe contrôle incluant des patientes n'ayant pas réalisé de massage périnéal avant l'accouchement. Les critères d'inclusion pour les deux groupes comprenaient un accouchement par voie basse à terme (≥ 37 SA), que les femmes soient primipares ou multipares. Les critères d'exclusion concernaient les accouchements par césarienne, les grossesses multiples, les présentations non céphaliques et les accouchements prématurés. Les outcomes mesurés étaient le taux de traumatismes du périnée et le niveau de douleur à une semaine et à deux mois post-partum.

Le questionnaire a été créé sur google form et comportait 33 questions ouvertes, fermées, à choix multiples ou avec une échelle visuelle analogique (EVA). Il a été divisé en trois parties :

1. Accouchement : Ces questions concernaient les modalités de l'accouchement, son déroulement ainsi que la survenue potentielle de traumatisme périnéal. Elles ont été sélectionnées afin de récolter les informations sur les facteurs susceptibles d'influencer l'apparition d'une déchirure ou la nécessité d'effectuer une épisiotomie.
2. Massage périnéal : Ces questions portaient sur la connaissance du massage, sa pratique et ses effets possibles. Elles ont été choisies afin de connaître les modalités de pratique du massage, qui l'a enseigné et s'il a été pratiqué ou non.

- Récupération : Ces questions concernaient les douleurs post-partum, les complications éventuelles ainsi que la reprises des rapports sexuels après l'accouchement. Elles ont été sélectionnées afin de mettre en évidence une complication possible en post-partum mais également de quantifier les douleurs.

3. RESULTATS

61 femmes ont répondu au questionnaire. Sur ces 61, 35 n'ont pas effectué de massage du périnée et 25 ont répondu l'avoir pratiqué.

Sur les 35 participantes qui n'ont pas massé leur périnée, une a accouché avant 37 SA et 5 n'ont pas pu répondre à la question concernant la présentation du bébé. Une dernière personne a répondu au questionnaire après avoir accouché par césarienne. Toutes ces réponses ont été exclues des résultats. Cela fait donc un groupe contrôle avec 29 femmes.

Sur les 25 femmes ayant massé leur périnée avant l'accouchement, 8 ont déclaré ne pas avoir reçu d'enseignement de massage. Les 17 restantes ont reçu des explications de différents thérapeutes. Seules 5 ont été vues par un-e ostéopathe. Celles-ci forment donc le groupe intervention.

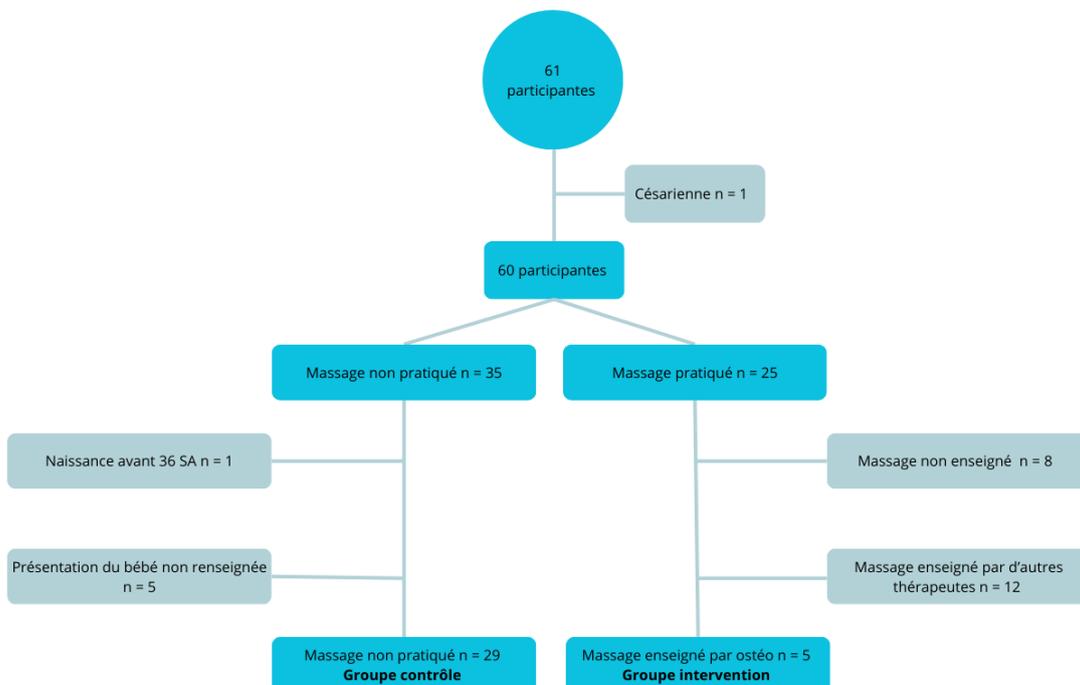


Figure 1 diagramme de Flux

Les deux groupes de cette étude présentent une différence de taille importante : 29 participantes dans le groupe contrôle contre seulement 5 dans le groupe intervention. Cette disparité rend toute comparaison statistique peu fiable, car la petite taille du groupe intervention ne permet pas d'obtenir des résultats généralisables. Pour éviter des conclusions biaisées, les données seront donc présentées de manière descriptive.

3.1. Taux de traumatismes du périnée

Dans le groupe contrôle (n = 29), 14 femmes ont présenté des déchirures périnéales allant du grade 1 au grade 3, sans aucun cas de déchirure de grade 4. Cinq participantes ont eu une épisiotomie médio-latérale, trois une épisiotomie médiane dont deux femmes qui rapportent avoir eu à la fois une déchirure et une épisiotomie. Enfin, six femmes n'ont subi aucun traumatisme périnéal.

Dans le groupe intervention (n = 5), trois femmes ont eu des déchirures : une de grade 1 et deux de grade 2. L'une de ces dernières a également eu une épisiotomie médio-latérale. Une autre participante a eu une épisiotomie médiane et une seule femme n'a eu aucun traumatisme du périnée.

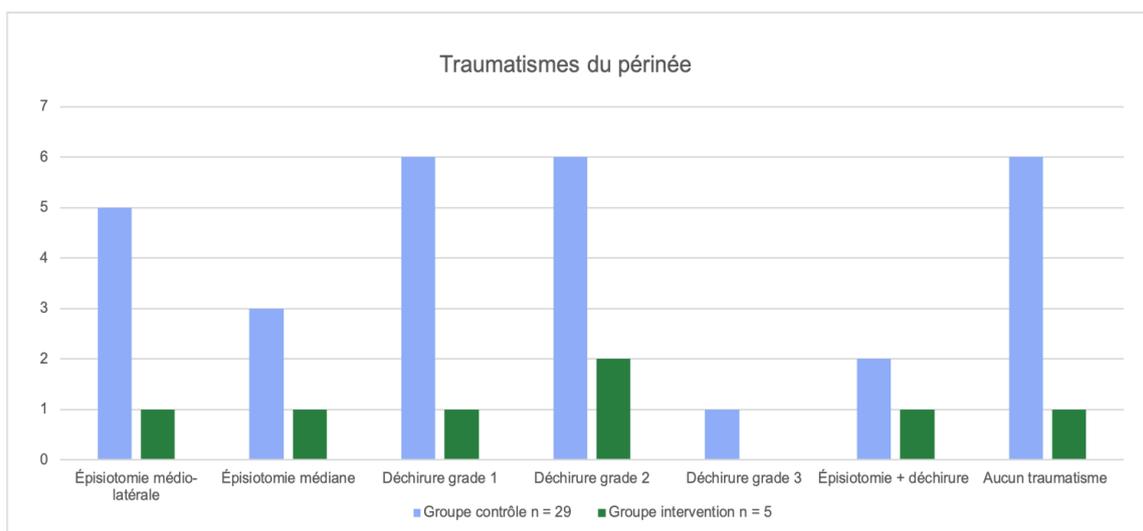


Figure 2 Résultats des traumatismes du périnée

3.2. Niveau de douleur à une semaine et à deux mois post-partum

Le niveau de douleur a été mesuré avec une EVA allant de 0 à 10. Selon Jensen et al. le niveau 0 correspond à aucune douleur. Les scores compris entre 1 et 4 correspondent à un niveau de douleur léger, ceux entre 5 et 7 à un niveau modéré et ceux entre 8 et 10 correspondent à un niveau de douleur sévère (24).

Une semaine après l'accouchement, 8 femmes du groupe contrôle déclarent ne ressentir aucune douleur. 10 femmes rapportent des douleurs légères (entre 1 et 4) et 10 femmes des douleurs de niveau modéré (entre 5 et 7). Enfin, une participante décrit des douleurs sévères avec un niveau à 9/10.

À deux mois, 22 participantes ne ressentent plus de douleur. 6 femmes rapportent une douleur légère et une dernière un niveau de douleur modéré avec un score à 6/10.

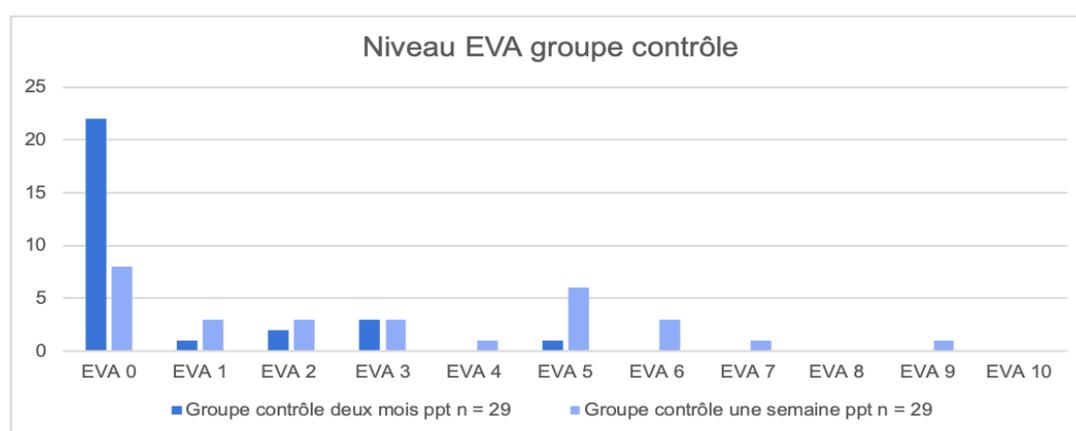


Figure 3 Résultats des scores EVA du groupe contrôle

Dans le groupe intervention, une semaine après leur accouchement, 3 femmes rapportent ressentir des douleurs légères (EVA 3 et 4). Une participante décrit des douleurs modérées à 5/10 et une dernière des douleurs sévères à 8/10.

Après deux mois, deux femmes affirment ne plus avoir de douleur. Deux personnes décrivent des douleurs légères de niveau 1 et 2 et une dernière participante décrit avoir des douleurs de niveau 6 sur 10.

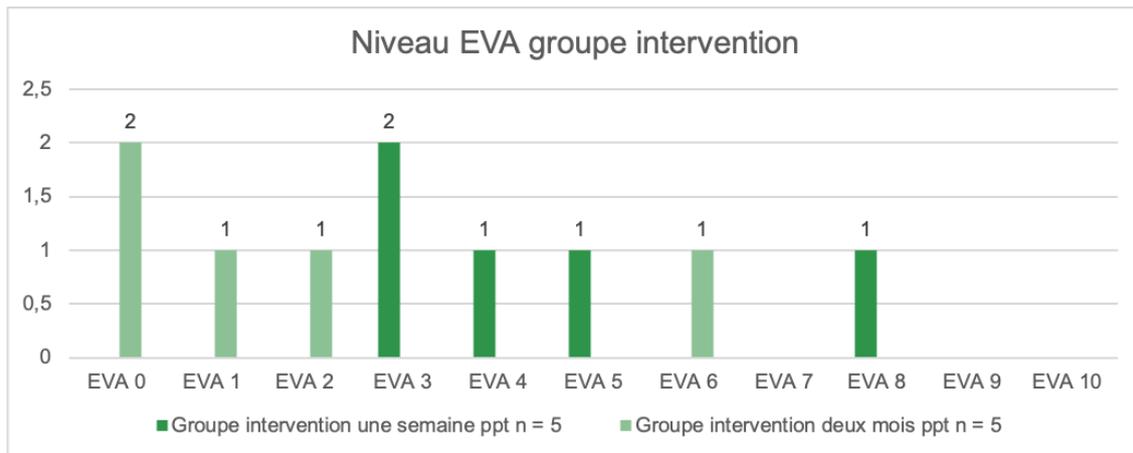


Figure 4 Résultats des scores EVA du groupe intervention

3.3. Instrumentalisation

Dans le groupe contrôle, 24 accouchements se sont déroulés sans instrumentalisation. Les forceps ont été utilisés dans 3 cas, la ventouse une fois et les spatules une fois également.

Dans le groupe intervention, une ventouse a été utilisée pour une naissance ainsi que les forceps. Les trois autres accouchements se sont déroulés sans instrumentalisation.

3.4. Massage périnéal

Toutes les participantes du groupe intervention ont pratiqué le massage périnéal. L'une d'elles a également bénéficié d'un massage réalisé par un·e ostéopathe. Le massage a débuté à 34 SA pour trois participantes, à 35 SA pour une autre, et une dernière indique avoir commencé « vers la fin », sans préciser de date. Elle précise également ne pas avoir massé régulièrement son périnée. Concernant la fréquence, trois femmes ont réalisé le massage cinq fois par semaine, une autre quotidiennement. Toutes ont poursuivi le massage jusqu'à l'accouchement.

Avec la pratique du massage, 4 participantes rapportent avoir observé une amélioration de la souplesse des tissus. Seule une seule participante n'a pas remarqué de changement de souplesse ni de douleur. Deux femmes indiquent une diminution de la douleur après le massage et deux autres répondent « plutôt oui » à cette question. À noter que la question portait sur l'évolution de la douleur après le massage, et non sur d'éventuelles douleurs pendant le massage.

4. DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer l'effet du massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe sur la prévention des traumatismes périnéaux et son impact sur les douleurs post-partum. Bien que le groupe intervention (n = 5) soit trop faible pour permettre une analyse statistique, les résultats obtenus peuvent donner une tendance sur le taux de traumatismes périnéaux.

Dans le groupe intervention, 4 participantes sur 5 ont eu un traumatisme du périnée, que ce soit une épisiotomie ou une déchirure. Ce chiffre est relativement élevé mais peut être nuancé par certains faits :

Premièrement, deux participantes ont eu une épisiotomie, une médiane et l'autre médio-latérale associée à une déchirure de grade 2. Leurs accouchements ont nécessité des forceps pour l'une et une ventouse pour l'autre. Selon Morgan et al. l'utilisation d'instrumentalisation augmente le risque de lésion périnéale de grade 4 chez les nullipares. (25) ils recommandent donc une épisiotomie afin de prévenir d'une lésion du sphincter anal. On peut donc supposer que les épisiotomies des deux participantes visaient à prévenir une lésion plus grave dues à l'usage d'instruments lors de leurs accouchements.

Deuxièmement, le bébé de la femme qui a eu une déchirure combinée à une épisiotomie était en présentation occipito-postérieure. Sa tête était en bas mais tournée vers le dos sa mère. Comme le décrivent Guittier et al. « Le diamètre de la tête dirigé contre le périnée est plus grand qu'en présentation antérieure. Il en résulte un risque accru de lésions périnéales graves. Le recours aux forceps ou à la ventouse est souvent indiqué, ainsi qu'une large épisiotomie » (26). On peut donc imaginer que le traumatisme important de la participante était dû aux conditions de son accouchement.

Troisièmement, la participante ayant eu une épisiotomie médiane indique avoir commencé le massage périnéal « vers la fin » mais ne précise pas de date. Elle ne précise pas non plus la fréquence mais dit ne l'avoir « pas beaucoup » massé. De plus, elle n'a pas ressenti de différence de souplesse ou une diminution de douleur après le massage. Il est impossible de tirer des conclusions d'une seule réponse mais on peut penser que sa pratique du massage n'était pas suffisante pour avoir un effet sur la souplesse du périnée.

Quatrièmement, aucune participante ayant pratiqué le massage n'a eu de déchirure de grade 3 ou 4 contrairement au groupe contrôle où un cas de déchirure de grade 3 a été rapporté. Malgré le petit échantillon, ces résultats vont dans le sens de la littérature actuelle et les méta-analyses de Chen et al. (13) et Abdelhakim et al.(12) qui soulignent l'efficacité du massage périnéal pour réduire les déchirures sévères. On pourrait donc supposer que le massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe permettrait de limiter le risque de déchirures des grades 3 et 4.

Enfin, une seule femme n'a pas eu de traumatisme périnéal. La différence majeure avec les autres participantes du groupe intervention est qu'elle a reçu un traitement manuel d'un·e ostéopathe avant son accouchement. Il est encore une fois impossible de tirer des conclusions des résultats d'une seule personne mais on pourrait penser qu'il serait bénéfique pour les patientes de recevoir un massage périnéal d'un·e ostéopathe. En effet, selon le MFOS, l'amélioration de l'état de santé du périnée lui permet de supporter de plus grandes variables d'entrée (21). Pour cela, il faut travailler les LTR de la manière la plus directe possible afin de modifier les capacités de souplesse et d'élasticité du tissu périnéal. Chez certaines femmes, la pratique autonome du massage peut être complexe, en raison notamment du ventre qui les empêche d'accéder facilement au périnée, l'appréhension d'une douleur ou une mauvaise exécution du geste. Pourtant on sait que l'accouchement est une variable d'entrée très importante pour le périnée. Le traitement effectué par un professionnel permettrait d'évaluer l'état de santé du périnée, traiter les LTR s'il y en a puis, les patientes pourraient entretenir elles-mêmes cette souplesse.

Le deuxième objectif de l'étude était d'évaluer les douleurs à une semaine et à deux mois post-partum. Une semaine après leur accouchement, les femmes du groupe intervention mentionnent des douleurs légèrement plus hautes que celles du groupe contrôle. A deux mois, les douleurs diminuent dans les deux groupes avec une majorité de participantes qui ne ressentent plus de douleurs.

Une participante du groupe intervention indique toutefois avoir ressenti des douleurs importantes, à 6/10 à deux mois post-partum. Celle-ci a eu un accouchement instrumentalisé et une déchirure ainsi qu'une épisiotomie. De plus, comme mentionné précédemment, son bébé était en position occipito-postérieure. Enfin, elle a eu un retard de cicatrisation après son accouchement. Tous ces facteurs pourraient influencer ses douleurs et expliquer pourquoi elle a encore des douleurs élevées par rapport aux autres participantes.

Les études de Chen et al., Abdelhakim et al. et Yin et al. montrent toutes une diminution significative des douleurs trois mois après l'accouchement chez les femmes ayant pratiqué le massage périnéal en pré-partum. Ces trois méta-analyses rapportent également une réduction marquée du taux de traumatismes périnéaux. On pourrait donc supposer, selon leurs résultats, que la diminution des douleurs post-partum pourrait être liée à la réduction du taux de traumatismes périnéaux. Le manque de résultats significatifs de notre étude quant au nombre de périnées intacts pourrait expliquer les résultats peu clairs de l'impact du massage enseigné par un·e ostéopathe sur le niveau de douleurs post-partum.

Toutes ces études évaluent également le niveau de douleurs des participantes à 3 mois post-partum contrairement à notre étude qui évaluait l'EVA des patientes à 2 mois. Cette différence peut éventuellement expliquer que nos résultats ne sont pas significatifs comparés à la littérature actuelle.

Au vu de ces résultats, on ne peut donc pas affirmer que le massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe est efficace pour diminuer les douleurs à une semaine et à deux mois post-partum, non pas par résultats significatifs mais par manque d'hétérogénéité de l'échantillon et par manque de sujet dans le groupe intervention.

Limites de l'étude :

L'étude présente un biais important, car les deux groupes ne sont pas de taille comparable. Le groupe contrôle comprend 29 participantes, tandis que le groupe intervention n'en compte que 5. Cette différence rend la comparaison moins fiable et peut influencer les résultats.

Avec un groupe intervention aussi réduit, les résultats sont plus sensibles aux variations individuelles, ce qui augmente le risque de biais. Une seule valeur inhabituelle peut avoir un impact important sur les résultats. Ainsi, les variations observées entre les groupes pourraient être dues à cette différence de taille plutôt qu'à un réel effet de l'intervention. Pour obtenir des conclusions plus fiables, il serait préférable d'avoir des groupes plus équilibrés.

Un autre biais important de l'étude concerne sa méthodologie car elle évalue l'enseignement du massage du périnée sans protocole standardisé. Chaque thérapeute transmet l'information à sa manière, ce qui signifie que toutes les patientes ne reçoivent pas exactement le même enseignement. Cette variabilité rend difficile l'évaluation des effets réels du massage, puisque l'on ne sait pas précisément ce qui a été enseigné ni comment cela a été compris et appliqué par les patientes. De plus, sans un suivi précis de la mise en pratique, il est difficile de savoir si les patientes ont réellement effectué le massage et dans quelles conditions. Pour obtenir des résultats plus fiables, il serait essentiel de mettre en place un protocole commun afin de pouvoir comparer les résultats.

La question sur le nombre de grossesses vécues n'étant pas assez précise, il n'a pas été possible de distinguer les participantes primipares des multipares. Cette distinction aurait pourtant été pertinente car, selon Pergialiotis and al. (27), la primiparité constitue un facteur de risque de traumatisme périnéal. Il aurait donc été intéressant de pouvoir évaluer l'influence du nombre d'accouchements vécus par les participantes sur les résultats.

Finalement, certaines réponses au questionnaire n'ont pas été exploitées, notamment sur les dyspareunies. En effet, celles-ci peuvent être influencées par un grand nombre de facteurs (physiques, psychologiques...). Les questions n'étaient pas assez précises et ne portaient pas assez sur le sujet pour permettre une interprétation des résultats.

5. CONCLUSION

Cette étude visait à évaluer les effets du massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe sur les traumatismes périnéaux à l'accouchement et sur les douleurs à une semaine et à deux mois post-partum. Bien que les résultats soient intéressants, plusieurs limites méthodologiques, notamment la taille réduite du groupe intervention et l'absence de protocole rendent les résultats moins fiables.

Cependant, certains faits permettent de dégager des tendances encourageantes. Aucune participante ayant pratiqué le massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe n'a présenté de déchirure sévère (grade 3 ou 4), contrairement au groupe contrôle. Par ailleurs, des effets positifs ont été rapportés, comme une meilleure souplesse du périnée et une réduction des douleurs après le massage.

Malgré la présence de traumatismes dans le groupe intervention, ceux-ci semblent davantage liés aux conditions de l'accouchement (instrumentalisation, présentation fœtale défavorable) qu'à l'inefficacité du massage lui-même. De plus, la pratique directe du massage périnéal par l'ostéopathe pourrait renforcer l'efficacité de cette approche.

Pour aller plus loin, il serait nécessaire de conduire une étude de plus grande envergure, avec des groupes de taille similaire, un protocole d'enseignement standardisé, et un suivi régulier de la pratique du massage. Une telle démarche permettrait d'évaluer de manière plus rigoureuse l'impact réel du massage périnéal, en particulier lorsqu'il est guidé par un·e ostéopathe.

Enfin, il est important de souligner qu'en France, la pratique des touchers pelviens est actuellement interdite aux ostéopathes. Cela constitue une perte de chance pour les patientes, en les privant d'un accompagnement manuel potentiellement efficace pouvant impacter la qualité de vie des femmes sur le long terme. Au vu des résultats observés, et en accord avec la littérature existante, une révision de ce cadre réglementaire pourrait ouvrir la voie à une prise en charge plus globale et préventive de la santé périnéale.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Office fédéral de la statistique OFS. Accouchements et santé maternelle en 2017 [Internet]. Neuchâtel; 2019 mai [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8369419/master#:~:text=En%202017%2C%2085%20990%20accouchements,%25\)%20en%20maison%20de%20naissance](https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8369419/master#:~:text=En%202017%2C%2085%20990%20accouchements,%25)%20en%20maison%20de%20naissance).
2. épisiotomie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 9 août 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/episiotomie>
3. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Hamlin S, De Lavergne S, Scheffler M. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 avr 2016;44(4):232-8.
4. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
5. chehab2014.pdf [Internet]. [cité 9 août 2024]. Disponible sur: <https://dacemirror.sci-hub.se/journal-article/46a050fec4923d634fbf43b92c0f92c0/chehab2014.pdf?download=true>
6. Gachon B, Charveriat A, Pierre F, Fritel X. Pratiques de l'épisiotomie: enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. sept 2019;47:627-36.
7. Pizzoferrato AC, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A, Bader G. Déchirures périnéales post-obstétricales sévères : conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. *Progrès en Urologie*. 1 juill 2015;25(9):530-5.
8. Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. juin 2022;129(7):1017-28.
9. Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 mars 2024;230(3, Supplement):S991-1004.
10. Zhang D, Bo K, Montejo R, Sánchez-Polán M, Silva-José C, Palacio M, et al. Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. juin 2024;103(6):1015-27.
11. RCOG [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Reducing your risk of perineal tears. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/perineal-tears-and-episiotomies-in-childbirth/reducing-your-risk-of-perineal-tears/>
12. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J*. sept 2020;31(9):1735-45.
13. Chen Q, Qiu X, Fu A, Han Y. Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med*. 14 juill 2022;2022:3315638.
14. Yin J, Chen Y, Huang M, Cao Z, Jiang Z, Li Y. Effects of perineal massage at different

- stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 3 juin 2024;24(1):405.
15. Li Y, Wang C, Lu H, Cao L, Zhu X, Wang A, et al. Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. févr 2023;138:104390.
 16. Marcos-Rodríguez A, Leirós-Rodríguez R, Hernandez-Lucas P. Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. sept 2023;162(3):802-10.
 17. Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. mars 2020;33(6):1051-63.
 18. Venugopal V, Deenadayalan B, Maheshkumar K, Yogapriya C, Akila A, Pandiaraja M, et al. Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Family Reprod Health*. sept 2022;16(3):162-9.
 19. Ruffini N, D'Alessandro G, Pimpinella A, Galli M, Galeotti T, Cerritelli F, et al. The Role of Osteopathic Care in Gynaecology and Obstetrics: An Updated Systematic Review. *Healthcare*. août 2022;10(8):1566.
 20. Franke H, Franke JD, Belz S, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 1 oct 2017;21(4):752-62.
 21. Terramorsi JF, Terramorsi R, Pinto S, Bédar P. Ostéopathie structurée: lésion structurée, concepts structurants. Bastia Monthey (Suisse): Éolienne Géo; 2013.
 22. Saint-Martin R, Diolot B. Fondamental - septembre 2024. IFSOR; 2024.
 23. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
 24. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *The Journal of Pain*. 1 sept 2003;4(7):407-14.
 25. Morgan R, Korb D, Sibony O. Classification and evaluation of episiotomy practices from 2004 to 2020 and association with OASIS. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;159(1):237-45.
 26. Guittier MJ, Othenin-Girard V. Correction des variétés occipito-postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement : intérêt des postures maternelles. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 avr 2012;40(4):255-60.
 27. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. avr 2020;247:94-100.

7. ANNEXES

7.1. Questionnaire

Dans le cadre de ma scolarité à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes, je réalise une étude sur l'effet du massage du périnée pendant la grossesse. L'objectif est d'évaluer l'impact du massage sur le nombre des déchirures périnéales et d'épisiotomies, ainsi que sur les douleurs après l'accouchement.

Le questionnaire s'adresse aux femmes ayant accouché par voie basse. Il est anonyme et ne prend que 5 minutes à remplir. Si vous avez eu plusieurs accouchements, je vous serais reconnaissante de bien vouloir remplir un questionnaire pour chacun d'eux.

Un grand merci pour votre participation !

*** Indique une question obligatoire**

Accouchement :

Cette partie du questionnaire concerne votre grossesse, votre accouchement, sa durée, son déroulement ainsi que ses complications s'il y en a eues.

Si vous avez vécu plusieurs accouchements, merci de cibler les réponses uniquement sur votre dernier. En revanche, je serai reconnaissante si vous pouvez re-remplir le questionnaire pour chaque accouchement.

1. Comment avez-vous accouché ? ** Une seule réponse possible.*

Par voie basse

Par césarienne

2. Combien de grossesse avez-vous vécu ? ** Une seule réponse possible.*

1

2

3

4

5

Autre : _____

3. Était-ce une grossesse simple ou multiple ? * *Une seule réponse possible.*

Simple

Deux fœtus

Trois fœtus

Autre : _____

4. À combien de semaines d'aménorrhée avez-vous accouché ? *

5. A quelle date avez-vous accouché ? *

6. Comment le bébé se présentait-il ? * *Une seule réponse possible.*

Par la tête : en position céphalique (la tête en premier, tourné vers le dos de la femme)

Par la tête : En présentation occipito-postérieure (la tête en premier, tourné vers le ventre de la femme, le cou en extension)

En siège

Je ne sais pas

7. Quelle taille et quel poids faisait votre enfant à la naissance ? *

8. Quel était son périmètre crânien à la naissance ? * *Si vous ne connaissez pas la réponse, inscrivez je ne sais pas dans la case.*

9. Combien de temps a duré votre accouchement ? * *Si vous ne connaissez pas la réponse, inscrivez je ne sais pas dans la case.*

10. Combien de temps a duré la poussée ? * *Si vous ne connaissez pas la réponse, inscrivez je ne sais pas dans la case.*

11. Y a-t-il eu besoin d'instrumentalisation ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Forceps
- Ventouse
- Cuillères
- Non

12. Avez-vous eu une épisiotomie ? (Coupure chirurgicale du périnée pratiquée lors de l'accouchement) * *Une seule réponse possible.*

- Médio-latérale (En direction latérale)
- Médiane (En direction du rectum)
- Non
- Je ne sais pas
- Autre

13. Avez-vous eu une déchirure du périnée ? * *Une seule réponse possible.*

- Premier degré : La déchirure touche uniquement la peau.
- Deuxième degré : La peau est touchée ainsi que les muscles du périnée.
- Troisième degré : La peau, les muscles du périnée sont lésés ainsi que le sphincter anal externe qui est partiellement atteint.
- Quatrième degré : La peau, le périnée, le sphincter anal externe sont atteints ainsi que les muqueuses rectales.
- Oui mais je ne connais pas le degré.
- Non

Massage périnéal :

Cette partie du questionnaire concerne le massage du périnée, comment vous avez eu connaissance du massage et comment vous l'avez pratiqué ou non.

14. Avez-vous eu recours au massage périnéal avant votre accouchement ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non *Passer à la question 25*

15. Est-ce qu'un thérapeute vous a-t-il/elle expliqué comment pratiquer le massage du périnée ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non *Passer à la question 17*

16. Quel thérapeute vous a enseigné le massage du périnée ? *

Plusieurs réponses possibles.

Gynécologue

Sage-femme

Ostéopathe

Masseur-kinésithérapeute / physiothérapeute

Doula

17. Par qui le massage du périnée a été effectué avant votre accouchement ? *

Plusieurs réponses possibles

Vous-même *Passer à la question 19*

Votre partenaire *Passer à la question 19*

Un thérapeute *Passer à la question 18*

Autre : _____

18. Par quel thérapeute le massage du périnée a été effectué avant votre accouchement ? *

19. À partir de combien de semaines d'aménorrhée avez-vous commencé ? *

20. A quelle fréquence avez-vous effectué le massage ? *

21. A-t-il été pratiqué jusqu'à l'accouchement ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

22. Avec quoi l'avez-vous effectué ? * *Plusieurs réponses possibles.*

Lubrifiant

Huile

Manuellement

Epi-no

Baguette pelvienne

Autre : _____

23. Avez-vous remarqué une différence dans la souplesse des tissus ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Plutôt oui

Non

Plutôt non

Je ne sais pas

Autre : _____

24. Avez-vous remarqué une diminution de la douleur après avoir fait le massage ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plutôt oui
- Non
- Plutôt non
- Je ne sais pas
- Autre : _____

Post-partum :

Cette partie du questionnaire concerne la récupération après votre accouchement.

25. A combien évalueriez-vous vos douleurs une semaine après votre accouchement ? *
Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Pas de douleurs						Pire douleur jamais connue				

26. A combien évalueriez-vous vos douleurs deux mois après votre accouchement ? *
Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Pas de douleurs						Pire douleur jamais connue				

27. Avez-vous eu des complications post-partum ? * *Une seule réponse possible.*

- Aucune
- Infection
- Hémorragie
- Prolapsus
- Fistule
- Retard de cicatrisation
- Béance vaginale
- Lésion du sphincter anal
- Incontinence urinaire
- Incontinence fécale
- Incontinence au gaz
- Autre : _____

28. Après combien de semaines avez-vous repris les rapports sexuels ? *

29. Avez-vous eu des dyspareunies (douleurs pendant les rapports) après votre accouchement ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 30*
- Non *Passer à la question 33*
- Je ne sais pas *Passer à la question 33*

30. Où était située la douleur ? *

Plusieurs réponses possibles.

- À l'entrée du vagin
- Profondément
- Dans le ventre
- Autre : _____

31. À combien évaluez-vous les douleurs liées aux rapports ? *

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<hr/>										
Pas de douleurs					Pire douleur jamais connue					

32. Quand ressentez-vous les douleurs ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Pendant le rapport
- Après le rapport
- Autre : _____

33. Avez-vous déjà eu des douleurs pendant les rapports avant votre grossesse ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui parfois
- Oui, à chaque rapport
- Non
- Autre : _____

8. RÉSUMÉ

But : Évaluer l'effet d'un massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe en pré-partum sur la prévention des traumatismes périnéaux et sur les douleurs post-partum.

Population et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective basée sur un questionnaire diffusé auprès de femmes ayant accouché par voie basse. Deux groupes ont été comparés : un groupe contrôle (n = 29), n'ayant pas pratiqué de massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe, et un groupe intervention (n = 5), ayant pratiqué ce massage. Les critères d'inclusion comprenaient un accouchement à terme (≥ 37 SA), une grossesse simple et une présentation céphalique. Les résultats analysés étaient le taux de traumatismes périnéaux et les douleurs à une semaine et à deux mois post-partum (EVA).

Résultats : Bien que l'échantillon soit restreint dans le groupe intervention, aucune participante n'a présenté de déchirure périnéale sévère (grade 3 ou 4), contre une dans le groupe contrôle. La majorité des participantes ayant pratiqué le massage ont observé une amélioration de la souplesse des tissus. À deux mois post-partum, les douleurs avaient diminué dans les deux groupes, sans différence significative. Cependant, les conditions obstétricales particulières (instrumentalisation, présentation occipito-postérieure) pourraient être un facteur aggravant des traumatismes, indépendamment de la pratique du massage.

Conclusion : Le massage périnéal enseigné par un·e ostéopathe pourrait constituer une approche intéressante pour réduire la gravité des lésions périnéales, bien que des recherches à plus grande échelle soient nécessaires pour confirmer ces résultats. L'absence de protocole standardisé et la taille réduite de l'échantillon limitent la portée des conclusions. Une évaluation plus rigoureuse, avec un échantillon élargi et une homogénéisation des pratiques, permettrait de mieux cerner le rôle de l'ostéopathie dans la prévention des traumatismes du périnée et la réduction des douleurs post-partum.