

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

par

Ylan CAMBY

Présentée et soutenue publiquement le 17 avril 2023

**ÉVALUATION DE LA PRÉVALENCE ET DES FACTEURS DE RISQUE DE
DOULEURS CHRONIQUES EN POST-PARTUM**

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Thibault THUBERT

Remerciements

Tout d'abord aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Norbert Winer,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury, d'apporter votre expérience et votre analyse sur ce travail. Mais aussi pour vos enseignements cliniques, théoriques et rhétoriques qui façonnent mes pratiques obstétricales. Merci de m'avoir accueilli dans cette belle ville qu'est Nantes.

À Monsieur le Professeur Thibault Thubert,

Merci de m'avoir accompagné et dirigé pour ce travail, de m'avoir impliqué et motivé dès le début de mon internat pour réaliser des travaux universitaires. Merci pour vos enseignements, votre implication et pour la confiance dont vous me faites part au bloc opératoire et dans le reste de ma formation chirurgicale. Merci pour votre disponibilité sans faille.

À Madame le Docteur Émilie Misbert,

Merci pour votre disponibilité et votre engouement pour ce travail à l'hôpital d'Ancenis. Merci pour votre implication à motiver et remotiver tout le monde, moi y compris, dans les moments de doute pour finir ce travail.

À Madame le Docteur Claire Cardaillac,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, d'y apporter ton expertise sur cette thématique que tu connais bien. Merci aussi de m'avoir si bien encadré lors de mon Master 2 et de me pousser à faire vivre ce projet lors de congrès. Tu es un exemple pour tous les internes.

Mais aussi aux autres,

À Vincent, pour tous tes enseignements, tes conseils, ta confiance, ton humour, ton accueil dès mes premiers jours de stage !

À Yolaine, Pauline, Marine, Charlyne, Camille, Sara que j'ai connu comme interne ou jeunes chefs et avec qui on « apprend en s'amusant ».

À l'ensemble de l'équipe de la maternité du CHU de Nantes, médecins, sage-femme, infirmière des étages ou du bloc.

Merci à Lise, l'insulaire, pour tous ces beaux moments, un peu à l'hôpital, mais surtout en dehors, sur notre île ou dans la torpeur et le clair-obscur de Macadam. Merci de me faire l'honneur de m'inviter à ton mariage !

À Rominette, de partager la fin de la promo avec moi, pour ta douceur, ton humour teinté d'ironie et surtout ta bienveillance.

À Camille Dhonneur pour ta gentillesse et ton inclusivité depuis notre premier jour à l'internat d'Hôtel Dieu, je suis si heureux que tu nous aies rejoins en gynécologie-obstétrique, cela te va bien mieux !

À Anaïs et Laura, merci de compléter cette promo 2018, pour votre solidarité et ces moments passés en stage et surtout en dehors.

À Anaïs Mortier, pour avoir été notre référente et pour avoir partagé ce doux moment qu'était le stage de SIG/GHR.

Aux deux petites du cloud : Mounia et Solène Sum.

À l'équipe de gynécologie-obstétrique Saint Nazaire, et en particulier Mélanie, Sébastien et Julie pour leur bonne humeur, la qualité de leur formation et l'organisation modèle du bloc opératoire.

À l'équipe de gynécologie-obstétrique de la Roche-sur-Yon et en particulier au Docteur Ducarme qui nous fait aimer la salle de naissance et nous perfectionne, parfois avec véhémence, dans les conisations et les hystérectomie voie basse. Merci au Docteur Joséphine Grange pour son soutien lors des périodes difficiles et pour les poules sans têtes.

À l'équipe de chirurgie digestive de la Roche-sur-Yon, Dr De Kerviller pour sa rigueur chirurgicale, Dr Denimal pour sa clinophobie post-opératoire, Dr Jean pour l'appréciation

de la digestion per-opératoire, Dr Comy pour sa connaissance des techniques chirurgicales, Dr Verdure pour sa fraîcheur, Dr Greilsamer pour ses goûts musicaux. Merci particulièrement à mon binôme : le Dr Anne-Géraldine Brau-Weber pour sa bonne humeur et gentillesse constantes, qui cachent un grand cœur et au Dr Emeric Abet véritable machine à coudre coelioscopique et machine à blagues (parfois un peu répétitive). Mon passage dans votre équipe fut un vrai tournant dans mon internat.

À l'équipe d'urologie du CHU de Nantes, Pr Rigaud, Pr Karam, Pr Bouchot, Dr Branchereau, Dr De Vergie et son appétit, Dr Fosse, Dr Chelghaf (merci de m'avoir sauvé en astreinte quand d'autres dormaient...). Merci à mon binôme le Dr Maximilien Baron de m'avoir fait découvrir la neuro-uro, le botox et le robot, tout s'est passé comme sur des roulettes.

À mes co-internes d'urologie, pour ce semestre si drôle et si prenant à la fois, entre les nombreux verres, les greffes, les PMO, les JJ, les astreintes, les laser-games, le karting, les jeux de VR en team : Céc'Bouteille, Prudhomme, Chacha, Milluy, Le niau.

À la team pottok évidemment, merci d'être parmi mes amis Nantais depuis le début et d'avoir organisé de si belles fêtes clandestines dans votre coloc.

À pottiote Émeline Dupont, pour tous ces moments en teuf, en vacances, à l'internat, à l'hôpital, en co-voiturage, à toucher des pierres, à compter les paires de pattes, d'ailerons et d'antennes, j't'ad.

À pottok Léo, pour toutes les blagues, les rires, les bières, les mélanges d'animaux, la découverte du pays Basque, d'Ascain et des tortues punks.

À pottiote Marie Anh Thu Van, merci pour ton énergie si communicative, ta capacité à guider le groupe en vacances et à toujours prendre une décision quand cela s'impose. Tu es notre petit soleil.

À pottok Erwan, merci pour tous les bons moments à Nantes et en vacances, pour toutes les découvertes musicales dont Pablo Bozzi !

À pottiotte Anaïs Charon, merci pour ta bonne humeur, ton franc parler, ta faculté à avoir toujours plein d'histoires et d'aventures à raconter.

À pottiotte Victoire Gonzales, merci pour ta douceur dans ce groupe de brutes, ta faculté à rassembler et pour me laisser m'exercer à l'orthopédie.

À Zoé, merci d'être devenue une de mes amies les plus proches, pour ces moments en coloc, ce confinement qui grâce à toi était un bon moment, pour tous ces moments de fêtes, pour cet incroyable anniversaire 2020, pour m'avoir présenté Dounia. Faut trop qu'tu me racontes !

À Fannou, pour m'avoir fait découvrir la vie nocturne Nantaise ! pour les supers moments en coloc, les découvertes culinaires (type riz au parmesan), ta bonne humeur ! Coloc de l'ambiance !

À Oussama, pour ta gentillesse, toutes ces belles blagues en urologie, en soirée, toutes tes histoires, tes voyages. Et même si on a parfois un peu serré, avec toi Nantes a maintenant l'odeur du parfum.

À Emilie, Margaux, Gwenola, Irina et Ikbel pour être le meilleur du très très haut du panier, depuis le début.

Aux Vaca : Tomas, Florent, Sacha, Benji, Charles, Maxime, Pierre-Louis, Antonin, Jambou, Fred, Kenny, Ahmed, Anaïs, Julia, Léa, MC.

À Mathias Spraul, pour ton rire et ton amour partagé du ballon ovale, on s'était tous promis de t'emmener jusqu'à la fin de la D4, cela continue aussi après.

À mes potos d'enfance de Marcoussis, que je connais depuis bien longtemps maintenant.

À Marie Zu', merci pour ton engagement, tes blagues, ton intelligence, tes cartes postales, ton amour pour le beurre salé. Kenavo !

À Océane Roquillet, merci pour ton optimisme permanent, pour tous ces beaux moments au Viet-Nam, en particulier lors de notre road-trip et pour ton petit sourire si distinctif !

À Max, Louis, Ju et Vick pour tous ces grands moments d'intelligence, de réflexions, de rire, de gastronomie et de stratégie : go go go !

À Élise pour ta générosité, ton amour du cinéma et des autres.

À Estelle pour ton grain de folie et nos passions communes de la guitare et de la botanique.

À Océane Lamarre et Océane Boudreau pour nous avoir permis de former ce groupe si soudé.

À Guillaume pour avoir traversé l'enfance et l'adolescence en se marrant autant, les vacances Espagnoles ou à la Test, les fêtes de Bayonne.

À Noémie et Caroline, pour cette année en gants vinyle à la place des gants stériles.

À ma famille maintenant :

À toi Mum, merci d'être toujours là pour moi, pour ton exemple d'humanité envers les autres, pour tout ce que tu m'as transmis, montré, laissé découvrir et expérimenter, pour les roads trips, les beaux voyages, en résumé une éducation désignée pour être heureux.

À toi Papa, merci d'avoir aussi toujours été là pour moi, pour tes précieux conseils, pour ta détermination, pour ta capacité guider les gens et tes enfants, pour tous ces beaux voyages, grâce à ça, j'ai franchi mes sommets.

À toi Mamoune, pour m'avoir ouvert à la culture, tu aurais été fière.

À Carine, Sarah, Nathan et Mathias, pour leur amour et tous ces Noël heureux.

À Déborah pour ton soutien, ton empathie et ta faculté à apaiser et maintenir les liens.

À Léna, pour tes rires et sourires joyeux, c'est un bonheur de te voir grandir.

À Georges et Madeleine pour leurs enseignements, leurs récits de vie, leurs exemples, pour les étés Catalans.

À Ana Maria, pour tellement de choses... C'est toi qui m'a transmis le virus qu'est notre vocation mais aussi ceux du cinéma, de la BD, des road-trips, de la curiosité. Merci aussi pour tous tes enseignements à la faculté du KB et en dehors.

À Jean-Luc, merci pour toute la bonne humeur que tu apportes, tes paniers de victuailles toujours délicieux et tes précieux conseils quant à la vie hospitalière.

À Gabriel et Rafael, pour tous ces moments partagés qui nous ont fait grandir et rire.

À J&P et au nouveau petiot O pour votre douceur et vos petits crocs.

Enfin, à Garance, pour me rendre heureux en partageant avec moi ton amour, nos voyages, nos passions, notre vie, pour permettre à tous ces moments présents et futurs d'être les meilleurs de ma vie.

¿' Nous sommes faits de l'étoffe dont sont tissés les vents.

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DN4 : Douleur Neuropathique 4

DROM : Départements & Régions d'Outre-Mer

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GNEDS : Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé

HADS : Hospital Anxiety and Depression scale

HELLP : Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

IDB13 : Indice de Dépression de Beck 13

IMC : Indice de Masse Corporelle

MOS SF-36 : Medical Outcome Study Short Form 36

OR : Odds Ratio

PCS : Pain Catastrophizing Scale

STAI-YA et STAI-YB : State Trait Anxiety Inventory

Table des matières

Liste des abréviations.....	9
Figures et tableaux.....	11
I. Introduction	12
A. Définition des douleurs pelviennes chroniques.....	12
B. Rationnel entre douleurs chroniques et post-partum.....	12
C. Objectif de l'étude.....	15
II. Matériels et méthodes	16
A. Caractéristiques de l'étude.....	16
B. Population de l'étude	16
C. Déroulement de l'étude.....	16
D. Méthodologie statistique	19
E. Avis Ethique	19
III. Résultats.....	20
A. Caractéristiques de la population	20
1. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en pré-partum	21
2. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en per-partum	23
3. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en post-partum.....	25
B. Prévalence et caractéristiques des douleurs chroniques du post-partum.....	26
C. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques ayant une EN supérieure à 5 et des patientes ne souffrant pas de douleurs chroniques.....	29
D. Proportion de douleurs chroniques en pré et en post-partum en fonction des voies d'accouchement.	30
E. Facteurs de risque de douleurs chroniques du post-partum.....	31
IV. Discussion.....	33
V. Conclusion.....	37
VI. Bibliographie.....	38
Annexes	41
A. Fiche d'informations de l'étude.....	41
B. Questionnaire d'évaluation pré-partum.....	43
C. Questionnaire d'évaluation en per-partum.	52

Figures et tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en pré-partum.	22
Tableau 2 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en per-partum.	24
Tableau 3 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques (groupe A) et non douloureuses chroniques en post-partum (groupe B).	26
Tableau 4 : Caractéristiques des patientes sans douleurs chroniques du post-partum et de celles ayant des douleurs chroniques du post-partum avec un EN > 5.	30
Tableau 5 : Proportion de douleurs chroniques du pré et du post partum en fonction de la voie d'accouchement.	31
Tableau 6 : Proportion de douleurs chroniques du pré et du post partum en fonction de la voie d'accouchement.	32
Figure 1 : Déroulement de l'étude.	18
Figure 2 : Flow Chart – Arbre décisionnel d'inclusion et d'exclusion des patientes de l'étude.	20
Figure 3 : Distribution de l'intensité de la douleur sur une EN parmi les patientes souffrant de douleurs chroniques du post-partum (groupe A).	27
Figure 4 : Distribution de la sensibilité pelvienne du post-partum en fonction de la sensibilité pelvienne pré-partum.	28
Figure 5 : Distribution de la sensibilité périnéale du post-partum en fonction de la sensibilité périnéale pré-partum.	28

I. Introduction

A. Définition des douleurs pelviennes chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques peuvent être définies à travers deux caractéristiques principales : leur localisation (elles intéressent le pelvis ou le périnée) et leur durée supérieure à 3 mois ¹. Ces douleurs sont fréquentes, elles concernent 6 à 27 % des femmes ². Ces douleurs chroniques sont responsables d'une altération de la qualité de vie et sont associées à une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du taux de suicide ³.

Elles peuvent être causées par de multiples pathologies d'organes des tractus gynécologique, urinaire ou digestif, ou bien être isolées sans pathologie d'organe sous-jacente identifiée. De ce fait, les douleurs pelviennes chroniques sont complexes, sources d'errance diagnostique et d'examen complémentaires répétés. De plus, elles sont source d'importantes dépenses de santé. A titre d'exemple, leur coût est estimé à 6,5 milliards de dollars par an en Australie ⁴.

B. Rationnel entre douleurs chroniques et post-partum

Les douleurs chroniques du post-partum (après un accouchement par les voies naturelles et/ou une césarienne), sont donc définies comme des douleurs persistantes au moins depuis trois mois après l'accouchement, après exclusion d'autres causes douloureuses possibles telles qu'une infection ou une pathologie maligne. Ces douleurs intéressent généralement la zone hypogastrique ou périnéale et n'étaient pas présentes avant l'accouchement, avaient des caractéristiques différentes ou ont augmenté. Avec 760 000 naissances par an en France dont 20% de césarienne, chirurgie pelvienne la plus réalisée, il est important de s'intéresser aux douleurs chroniques du post-partum. Lors d'un accouchement, que celui-ci soit par les voies naturelles ou par césarienne, il existe de nombreux facteurs potentiellement source de douleurs chroniques. Il peut s'agir de facteurs obstétricaux, anesthésiques, mais aussi liés au vécu de l'accouchement ou de l'état de santé pédiatrique.

Une césarienne peut avoir de multiples indications qui dépendent du contexte. Elle peut parfois être programmée, ou être effectuée en urgence. La technique chirurgicale employée ainsi que le type d'anesthésie utilisée peuvent également varier. Les conditions

de déroulé d'un accouchement par les voies naturelles peuvent également être à l'origine de douleurs chroniques selon que le travail soit spontané, déclenché, qu'il y ait une aide instrumentale ou non, une hémorragie de la délivrance, une révision utérine, etc.

L'accouchement, par voie naturelle ou par césarienne, est une véritable épreuve physique, anatomique et psychologique pour les patientes. Les douleurs chroniques du post-partum sont donc une complication intrinsèque de l'accouchement, mais les connaissances de celles-ci sont limitées. Les symptômes sont variables, difficilement verbalisables par la patiente et laborieusement reconnaissables par les soignants.

La césarienne semble être une importante pourvoyeuse de douleurs chroniques post-chirurgicales. Dans la littérature plusieurs études s'intéressent à l'incidence ou aux facteurs de risques de ces douleurs ⁵. Ceux-ci sont liés à l'existence de douleurs précédant la césarienne, à l'anxiété, la dépression et aux facteurs chirurgicaux, anesthésiques et obstétricaux. Pour les grossesses dont l'issue est une césarienne, l'hypothèse physiopathologique est semblable à celle des autres douleurs chroniques post-chirurgicales : les lésions des fibres nerveuses de la douleur et de l'inflammation résultante du traumatisme qu'est la chirurgie ⁶. En France, les douleurs chroniques post-césarienne ont peu été étudiées. Seules deux études spécifiques ont été recensées dans la littérature. La première datant de 2013 est une cohorte rétrospective de 167 patientes publiée par Nardi et al. ⁷ Sur une période d'inclusion de 6 mois, les patientes ayant eu une césarienne recevaient un questionnaire, rédigé par les auteurs, 8 à 13 mois après l'intervention. Vingt-six pour cent des patientes rapportaient des douleurs persistantes à 3 mois et 15% des douleurs persistantes lors du remplissage du questionnaire soit 8 à 13 mois après la césarienne. En 2015, Richez et al ⁸, menaient une cohorte prospective multicentrique évaluant le rôle des facteurs psychologiques dans la survenue de douleurs chroniques post-césarienne. Les patientes remplissaient un questionnaire avant la chirurgie (antécédents obstétricaux, antécédents de douleurs chroniques, MOS SF-36, PCS, HADS). À 3 et 6 mois de la chirurgie, un questionnaire (EVA, DN4) était envoyé par mail. Seules les césariennes programmées étaient incluses dans cette étude. Vingt-huit pour cent des patientes présentaient des douleurs chroniques post-césarienne à 3 mois. Les facteurs de risques retrouvés étaient la douleur pendant la grossesse (OR = 2,81 (IC95% 1,58-4,99), les antécédents de fausses couches (OR = 1,94 (IC95% 1,04-3,61), les complications post-opératoires (OR = 3,81 (IC95% 1,18-12,28). D'autres études internationales ont porté sur les facteurs de risques de douleurs chroniques après césarienne. Différents paramètres étaient évalués d'un point de vue chirurgical (le type d'incision ⁹, la fermeture du péritoine au cours de la procédure ¹⁰) anesthésique ¹¹,

psycho-social⁸, ou sur l'état dépressif et l'anxiété¹². Ces études ont permis de trouver des informations sur l'incidence et les facteurs de risques des douleurs chroniques post-césarienne. La prévalence des douleurs était variable allant de 3,6% à 18% à 6 mois selon les revues de la littérature⁵.

Concernant l'accouchement par les voies naturelles, au Canada en 2017, Munro et al.¹³ ont évalué la prévalence des douleurs post accouchement, par césarienne toujours, mais aussi par voie basse, dans une cohorte de 133 femmes. 25% déclaraient avoir des douleurs chroniques à 3 mois, avec un taux de césarienne de 36% et il n'y avait pas de différence entre les voies d'accouchement et la survenue de douleurs chroniques du post-partum. Il n'y avait pas d'étude sur l'anxiété, la dépression ou les facteurs obstétricaux, anesthésiques et pédiatriques.

Dans une étude rétrospective finlandaise, Kainu et al.¹⁴ comparaient le taux de douleurs chroniques entre un accouchement par césarienne et par les voies naturelles, à l'aide de questionnaires envoyés à 600 patientes un an après leur accouchement. La présence d'une douleur chronique était évaluée par une question spécifique au sein du questionnaire. La prévalence de douleurs dans le groupe ayant accouché par voie basse était de 10%. En 2008, Eisenach et al.¹⁵, dans une cohorte prospective américaine retrouvaient des douleurs persistantes à 8 semaines de l'accouchement chez 10% des femmes ayant accouché par les voies naturelles. Ils retrouvaient une association entre persistance des douleurs, dépression (évaluée par l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg) et douleur importante lors de l'accouchement (EN compris entre 0 et 10). Les taux de douleurs chroniques induites par l'accouchement par les voies naturelles sont donc très variables dans ces populations. À ce jour dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude française s'y intéressant et prenant en compte des données simples mais spécifiques des pratiques en salle de naissance. L'effet du devenir de l'enfant et de la présence de complications obstétricales lors de la grossesse n'ont jamais été étudiées sur l'apparition de douleurs chroniques du post-partum.

C. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de mesurer la prévalence des douleurs chroniques du post-partum. Les douleurs chroniques sont définies comme étant présentes 3 mois après un évènement, ici l'accouchement. La prévalence des douleurs du post-partum après l'accouchement était étudiée via la réponse à la question « Existe-t-il une douleur rapportée à l'accouchement qui n'existait pas précédemment ou bien moindre en intensité ? »

Les objectifs secondaires étaient de caractériser ces douleurs à travers des scores validés, des données obstétricales, anesthésique et pédiatriques, puis de déterminer de façon globale et prospective leurs facteurs de risques.

II. Matériels et méthodes

A. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique effectuée dans une maternité de niveau 1, au sein du centre hospitalier Erdre et Loire d'Ancenis (44), en France. La période d'inclusion s'est étalée de mars 2020 à septembre 2022.

B. Population de l'étude

Il était proposé à l'ensemble des patientes accouchant au centre hospitalier Erdre et Loire d'Ancenis de participer à l'étude si elles répondaient aux critères d'inclusions suivants : femmes âgées de 18 ans et plus, consultation d'inclusion faite avant l'accouchement, patiente pouvant être suivie sur la durée de l'étude (3 mois), en capacité de comprendre le protocole, ayant donné son accord et signé le consentement de participation éclairé, et bénéficiant d'une couverture sociale. Les critères de non-inclusion étaient les suivants : patiente mineure, ne parlant pas français, personnes majeures sous tutelle, absence de couverture sociale.

C. Déroulement de l'étude

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion et se rendant en consultation du 8^{ème} ou 9^{ème} mois de grossesse au centre hospitalier d'Ancenis en prévision de leur accouchement pouvaient être incluses dans l'étude après signature d'un consentement éclairé. Lors de ces consultations, le personnel soignant recueillait les antécédents obstétricaux, gynécologiques ainsi que la présence ou non de douleurs préexistantes.

Parmi les antécédents recueillis figuraient de potentiels facteurs de risques de douleurs chroniques du post-partum telle que la présence de migraines, de douleurs abdominales, de douleurs pelviennes, de douleurs de l'appareil locomoteur et de dyspareunies. Parmi les antécédents gynéco-obstétricaux et les complications en cours de grossesse était notifiés, les antécédents de fausse couche, de mort fœtale in-utéro, d'accouchement par voie basse, de césarienne, de complication de la grossesse en cours (pré-éclampsie, HELLP syndrome, menace d'accouchement prématuré, rupture

prématurée des membranes). Les patientes ayant déjà des douleurs chroniques renseignaient leur intensité via l'échelle numérique (EN) de 0 à 10. La note de 0 correspond à l'absence de douleur et 10 à la pire douleur imaginable.

Les patientes complétaient un questionnaire comportant entre autres une évaluation sur la sensibilité cutanée périnéale et pelvienne via une question spécifique à l'inclusion et à 3 mois de l'accouchement. Il s'agit d'une échelle allant de -100 à +100 associée à la question suivante « Sur cette échelle, comment évaluez-vous votre sensibilité cutanée du bas abdomen ? » et « Sur cette échelle, comment évaluez-vous votre sensibilité cutanée de votre région périnéale ». La valeur -100 correspondant à « absence totale de sensibilité cutanée », la valeur 0 à « pas de trouble de la sensibilité cutanée » et la valeur +100 « hypersensibilité cutanée ». Le questionnaire comportait également plusieurs scores validés en langue française évaluant l'anxiété et la dépression (STAI-YA et YB, IDB-13). Le State Trait Anxiety Inventory est une échelle d'auto-évaluation composée de deux sous-scores : YA = anxiété-état correspondant aux réactions émotionnelles à un moment donné et YB = anxiété-trait correspondant à l'anxiété ressentie au quotidien. Chaque sous-score est composé de 20 items ayant un score allant de 1 à 4 (4 étant le degré de plus forte anxiété). Les scores AE et AT sont les sommes respectives des 20 items état et trait. L'anxiété est estimée très élevée pour un score strictement supérieur à 65, élevée pour un score de 56 à 65, moyen de 46 à 55, faible de 36 à 45 et très faible si le score est inférieur ou égal à 35. L'Indice de Dépression de Beck (IDB-13) est quant à lui un questionnaire à choix multiples d'auto-évaluation comportant 13 questions. Il interroge les symptômes dépressifs, émotionnels, cognitifs mais aussi physiques. Parmi chacune des 13 questions, un score de 0 à 3 est attribué en fonction des réponses. Le score total est sur 39, un résultat entre 0 et 4 indique une absence de dépression, entre 4 et 7 une dépression légère, entre 8 et 15 une dépression modérée et une dépression sévère au-delà de 16.

En salle de naissance, le vécu de l'accouchement était évalué à 2 heures de la naissance par une question sous la forme d'une échelle numérique comprise entre -100 et +100. Les facteurs obstétricaux, anesthésiques et pédiatriques étaient recueillis par le personnel soignant : accouchement spontané ou déclenché, nécessité d'aide instrumentale, réalisation d'une épisiotomie, grade des déchirures périnéales, volume des pertes sanguines, caractère urgent ou programmé de la césarienne le cas échéant, type d'anesthésie, type d'incision, durée opératoire, technique de fermeture cutanée, présence de complication per-opératoire, présence du conjoint, pH artériel au cordon

ombilical à la naissance, score d'Apgar, poids de naissance et unité d'hospitalisation : suite de couches, soins intensifs, réanimation...

Trois mois après la naissance, les patientes étaient recontactées par téléphone et/ou par email pour compléter à nouveau un questionnaire identique à celui de l'inclusion (sensibilité pelvienne et périnéale, STAI-YA, STAI-YB et IDB-13) comportant en plus une évaluation de la présence ou de l'absence de douleurs chroniques du post-partum (EN comprise entre 0 et 100). Le déroulement de l'étude est résumé en figure 1.

Lors de notre analyse nous avons alors défini deux groupes et choisi de les comparer entre eux : le groupe souffrant de douleurs chroniques du post-partum (groupe A) et le groupe ne souffrant pas de douleurs chroniques du post-partum (groupe B).

INCLUSION AU 8ÈME OU 9ÈME MOIS :

- Recueil des antécédents
- Evaluation des douleurs préexistantes, EN
- Evaluation anxiété et dépression STAI-YA, YB, IDB13

ACCOUCHEMENT :

- Recueil des données,
- Obstétricales
- Anesthésiques
- Pédiatriques

À 3 MOIS DU POST-PARTUM QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE ET/OU EN LIGNE :

- Evaluation de la prévalence de douleurs chroniques du post-partum
- Evaluation des caractéristiques des douleurs chroniques, EN
- Evaluation anxiété et dépression, STAI-YA, YB, IDB13

FIN DE L'ÉTUDE

Figure 1 : Déroulement de l'étude.

D. Méthodologie statistique

Les distributions des variables quantitatives ont été résumées à l'aide de la moyenne et de l'écart-type si celle-ci était distribuée de façon Normale, ou bien selon la médiane et l'écart interquartile dans le cas contraire. La distribution des variables catégorielles a été résumée selon les effectifs et pourcentages de chaque modalité. Les valeurs manquantes sont présentées systématiquement et, ne pouvant pas conclure quant au(x) mécanisme(s) sous-jacents permettant de déterminer le type de valeur manquante, aucune méthode d'imputation n'a été employée dans ce travail.

Les tests usuels de comparaison de distributions ont été employés le cas échéant (test t de Student, test de Mann-Whitney-Wilcoxon ou test exact de Fisher). Pour répondre à notre objectif principal, nous avons construit un modèle de régression logistique ayant pour but d'expliquer l'apparition de douleurs chroniques du post-partum selon notre variable d'exposition d'intérêt, à savoir les antécédents de douleurs chroniques. Les cliniciens ont sélectionné sur la base des connaissances actuelles du domaine les facteurs de confusion que nous avons pris en compte pour l'ajustement du modèle : le mode d'accouchement, les antécédents de migraines et/ou de douleurs de l'appareil locomoteur, l'anxiété globale évaluée à l'aide du score STAI-YA (binarisé en très faible ou faible versus moyenne, forte ou très forte) ainsi que l'Indice de Dépression de Beck 13 (binarisé en pas de dépression versus dépression légère à sévère). Ce modèle de régression logistique nous a permis de calculer des Odds Ratios avec leur intervalle de confiance à 95%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R, version 4.2.2.

E. Avis Ethique

Le protocole de l'étude a reçu un avis favorable du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) numéro 22-09-195.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Sur les 1501 accouchements ayant eu lieu à la maternité du centre hospitalier Erdre et Loire d'Ancenis entre mars 2020 et septembre 2022, 189 patientes ont accepté de participer à cette étude. Parmi elles 44 (23%) ont été exclues de l'analyse des résultats, 42 n'ayant pas répondu au questionnaire d'évaluation à 3 mois du post-partum, 2 ayant retiré leur consentement. Au total, 145 patientes ont été retenues dans cette étude pour l'analyse statistique (Figure 2), dont 28% avait des douleurs chroniques du post-partum (groupe A) et 72% non (groupe B).

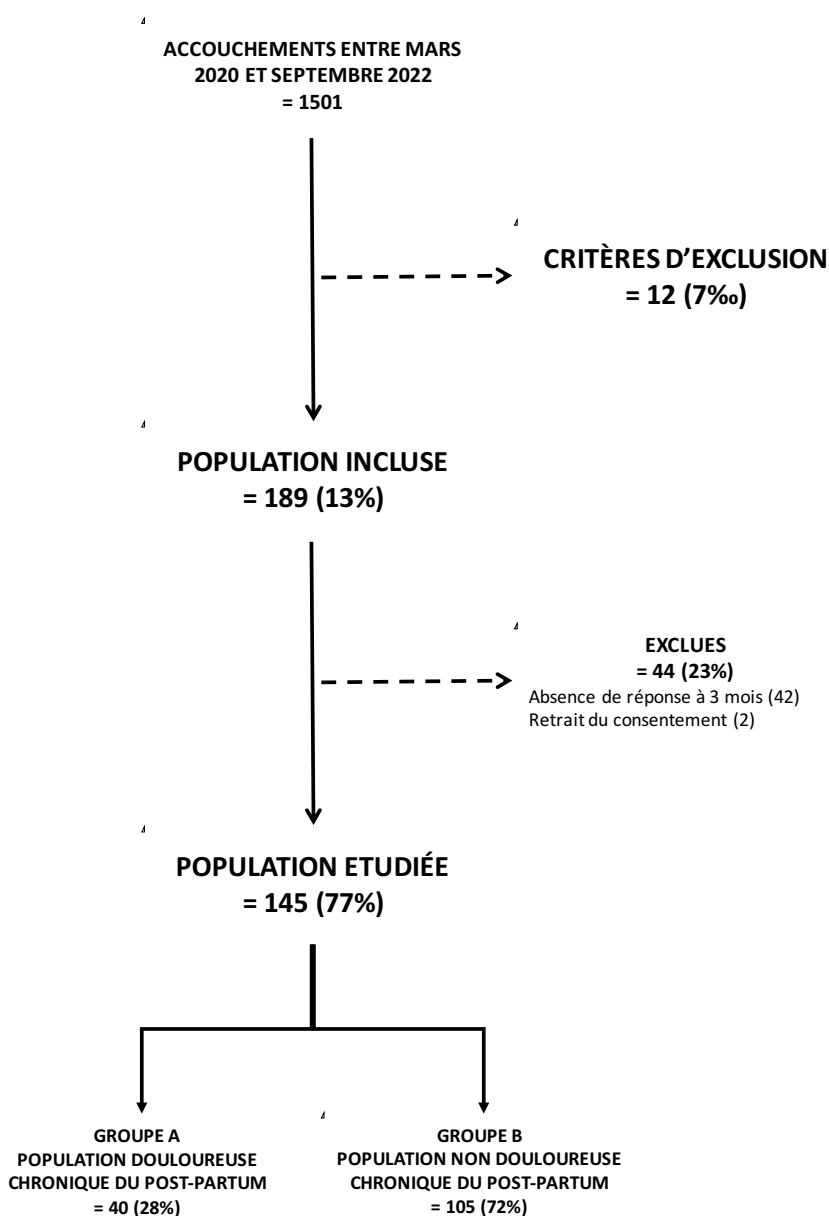


Figure 2 : Flow Chart – Arbre décisionnel d'inclusion et d'exclusion des patientes de l'étude.

1. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en pré-partum

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de patientes pour les données démographiques. L'âge moyen pour le groupe A était de 29,12 (+/- 4,43) ans vs 30,17 (+/- 4,37) ans pour le groupe B, de même pour l'IMC qui était respectivement de 25,61 Kg/m² versus 25,42 Kg/m². Dans le groupe A, 33,3% des patientes rapportaient souffrir de douleurs chroniques en pré-partum, et 31,2% dans le groupe B. Parmi ces douleurs il s'agissait de douleurs pelviennes dans respectivement 25,9% et 21% des cas ($p = 0,79$) et les patientes du groupe A avaient une sensibilité périnéale augmentée par rapport à l'autre groupe (35 [0,00, 45,00] vs 0 [0,00 vs 20,00] ($p = 0,005$)). Concernant l'analyse des scores d'anxiété et de dépression, pour le score STAI-YB les patientes du groupe A semblaient plus anxieuses ($p = 0,016$) avec particulièrement 21,4% d'anxiété modérée vs 4,9% chez les patientes du groupe B. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes pour le score IDB13 ($p = 0,083$) et le STAI-YA ($p = 0,052$). L'ensemble de ces résultats sont regroupés dans le tableau 1.

Caractéristiques	Groupe A Douleurs chroniques du post-partum (n = 40)	Groupe B Absence de douleur chronique du post-partum (n = 105)	p value
Âge, années (moyenne (SD))	29,12 (4,43)	30,17 (4,37)	0,201
Taille, cm (moyenne (SD))	163,55 (6,79)	163,91 (6,51)	0,766
Poids, Kg (moyenne (SD))	68,38 (12,68)	67,61 (15,13)	0,778
IMC (moyenne (SD))	25,42 (4,41)	25,61 (6,37)	0,864
Gestité (médiane [IQR])	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]	0,09
Parité (médiane [IQR])	1,00 [0,00, 1,00]	1,00 [0,00, 2,00]	0,029
Antécédents			
Interruption volontaire de grossesse (%)	3 (7,5)	9 (8,6)	1
Fausse-couche précoce (%)	9 (22,5)	21 (20,0)	0,918
Mort in-utero (%)	0 (0,0)	1 (1,0)	1
Accouchement par les voies naturelles d'un enfant vivant (%)	17 (42,5)	60 (57,1)	0,164
Accouchement par césarienne d'un enfant vivant (%)	4 (10,0)	10 (9,5)	1
Accouchement instrumental (%)	4 (10,0)	18 (17,1)	0,416
Antécédent de douleurs chroniques (%)	9 (33,3)	25 (31,2)	1
EN des douleurs chroniques (médiane [IQR])	4,00 [2,75, 5,00]	4,00 [3,00, 5,00]	0,654
Céphalée (%)	2 (7,4)	5 (6,2)	1
Douleur abdominale (%)	5 (18,5)	3 (3,7)	0,034
Douleur pelvienne (%)	7 (25,9)	17 (21,0)	0,789
Douleur locomotrice (%)	6 (22,2)	12 (14,8)	0,551
Dyspareunie (%)	3 (11,1)	3 (3,7)	0,332
Sensibilité pelvienne pré-partum (médiane [IQR])	5,00 [0,00, 20,00]	0,00 [0,00, 20,00]	0,376
Sensibilité périnéale pré-partum (médiane [IQR])	35,00 [0,00, 45,00]	0,00 [0,00, 20,00]	0,005
STAI-YA pré-partum			0,052
Anxiété très faible (%)	11 (40,7)	37 (45,1)	
Anxiété faible (%)	7 (25,9)	35 (42,7)	
Anxiété moyenne (%)	5 (18,5)	7 (8,5)	
Anxiété forte (%)	4 (14,8)	2 (2,4)	
Anxiété très forte (%)	0 (0,0)	1 (1,2)	
STAI-YB pré-partum			0,016
Anxiété très faible (%)	9 (32,1)	43 (52,4)	
Anxiété faible (%)	9 (32,1)	32 (39,0)	
Anxiété moyenne (%)	6 (21,4)	4 (4,9)	
Anxiété forte (%)	3 (10,7)	2 (2,4)	
Anxiété très forte (%)	1 (3,6)	1 (1,2)	
Indice de dépression de Beck pré-partum			0,083
Pas de dépression (%)	17 (63,0)	69 (84,1)	
Dépression légère (%)	6 (22,2)	8 (9,8)	
Dépression modérée (%)	2 (7,4)	4 (4,9)	
Dépression sévère (%)	2 (7,4)	1 (1,2)	

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en pré-partum.

2. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en per-partum

Le terme moyen d'accouchement chez les patientes du groupe A était de 39 semaines d'aménorrhée (SA) et 3 jours et de 39 SA et 5 jours chez les patientes du groupe B. Dans ces deux groupes le taux de césarienne n'était pas significativement différent (25% vs. 11,4% ($p = 0,07$)). Il s'agissait dans 91,7% et 90% des cas de césariennes réalisées en urgence. Le taux d'accouchement instrumental était de 16,7% dans le groupe A et de 12,9% dans le groupe B ($p = 0,83$). Les conjoints étaient très majoritairement présents lors des naissances avec 83,3% dans le groupe A et 89,6% dans le groupe B ($p = 0,66$).

Une donnée intéressante issue de notre cohorte est le taux de naissance sans anesthésie, qui était de 27,5% dans le groupe A et de 35,5% dans le groupe B. Les données concernant les pertes sanguines et les déchirures périnéales étaient semblables. Le pH artériel pédiatrique moyen était identique dans les deux groupes à 7,24 ($p = 0,9$), ainsi que les scores d'Apgar à 1 ($p = 0,55$) et à 5 minutes de vie ($p = 0,52$). L'ensemble de ces résultats sont regroupés dans le tableau 2.

Caractéristiques	Groupe A Douleurs chroniques du post-partum (n = 40)	Groupe B Absence de douleur chronique du post-partum (n = 105)	p value
Terme en semaines d'aménorrhée (moyenne)	39,3	39,5	
Césarienne (%)	10 (25,0)	12 (11,4)	0,076
Césarienne en urgence (%)	9 (90,0)	11 (91,7)	1
Accouchement instrumental (%)	5 (16,7)	12 (12,9)	0,83
Présence du conjoint à l'accouchement (%)	20 (83,3)	60 (89,6)	0,662
Déclenchement du travail (%)	9 (22,5)	20 (19,0)	0,816
Type d'anesthésie			0,331
Absence d'anesthésie (%)	11 (27,5)	37 (35,6)	
Anesthésie péridurale (%)	28 (70,0)	60 (57,7)	
Rachianesthésie (%)	1 (2,5)	7 (6,7)	
Déchirure périnéale			
Absence de déchirure (%)	10 (34,5)	29 (31,5)	
Grade 1 (%)	11 (37,9)	39 (42,4)	
Grade 2 (%)	7 (24,1)	24 (26,1)	
Grade 3 (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Grade 4 (%)	1 (3,4)	0 (0,0)	
Episiotomie (%)	1 (3,3)	3 (3,2)	1
Pertes sanguines			0,524
< 500 mL (%)	33 (82,5)	93 (88,6)	
500 mL - 1000 mL (%)	6 (15,0)	9 (8,6)	
> 1000 mL (%)	1 (2,5)	3 (2,9)	
Délivrance artificielle - Révision utérine (%)	3 (10,0)	9 (9,8)	1
Vécu de l'accouchement à 2 heures (médiane [IQR])	60,00 [45,00, 80,00]	80,00 [50,00, 90,00]	0,267
pH artériel pédiatrique (moyenne (SD))	7,24 (0,11)	7,24 (0,10)	0,905
Poids de naissance pédiatrique, gramme (moyenne (SD))	3387,75 (477,46)	3363,72 (435,93)	0,774
Score d'Appgar à 1 minute de vie (médiane [IQR])	10,00 [10,00, 10,00]	10,00 [10,00, 10,00]	0,553
Score d'Appgar à 5 minutes de vie (médiane [IQR])	10,00 [10,00, 10,00]	10,00 [10,00, 10,00]	0,524

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en per-partum.

3. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques et non douloureuses chroniques en post-partum

Parmi les patientes souffrant de douleurs chroniques du post-partum (groupe A), l'EN médiane était de 3,5. Les patientes ne souffrant pas de douleurs chroniques du post-partum (groupe B) n'avaient pas de modification de la sensibilité pelvienne ou périnéale, au contraire de celles du groupe A dont la sensibilité périnéale était augmentée avec une médiane à 30 [0,00, 40,00] ($p < 0,01$) ainsi que la sensibilité pelvienne à 10,00 [0,00, 40,00] ($p = 0,01$). Quant aux scores d'anxiété STAI-YA ou STAI-YB, la majorité des patientes avait une anxiété très faible ou faible sans différence significative entre les groupes. Quant au score de dépression IDB-13, il existait une différence significative entre les groupes ($p = 0,018$), le groupe A semblant plus touché par la dépression du post-partum. Dans le groupe B, 79,5% des patientes n'ont pas souffert de dépression. Dans le groupe A, 25% étaient atteintes de dépression légère, 17,5% de dépression modérée et 5% de dépression grave. L'ensemble de ces résultats est regroupé dans le tableau 3.

Caractéristiques	Groupe A Douleurs chroniques du post-partum (n = 40)	Groupe B Absence de douleur chronique du post-partum (n = 105)	p value
EN douleurs chroniques post-partum (médiane [IQR])	3,50 [3,00, 7,00]	-	-
Sensibilité pelvienne post-partum (médiane [IQR])	10,00 [0,00, 40,00]	0,00 [0,00, 0,00]	0,01
Sensibilité périnéale post-partum (médiane [IQR])	30,00 [0,00, 40,00]	0,00 [0,00, 20,00]	<0,001
STAI-YA post-partum			0,145
Anxiété très faible (%)	16 (40,0)	54 (51,4)	
Anxiété faible (%)	12 (30,0)	36 (34,3)	
Anxiété moyenne (%)	8 (20,0)	8 (7,6)	
Anxiété forte (%)	4 (10,0)	7 (6,7)	
Anxiété très forte (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	
STAI-YB post-partum			0,096
Anxiété très faible (%)	15 (37,5)	49 (46,7)	
Anxiété faible (%)	13 (32,5)	43 (41,0)	
Anxiété moyenne (%)	7 (17,5)	8 (7,6)	
Anxiété forte (%)	5 (12,5)	5 (4,8)	
Anxiété très forte (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Indice de dépression de Beck post-partum			0,018
Pas de dépression	21 (52,5)	83 (79,0)	
Dépression légère	10 (25,0)	12 (11,4)	
Dépression modérée	7 (17,5)	8 (7,6)	
Dépression sévère	2 (5,0)	2 (1,9)	

Tableau 3 : Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques (groupe A) et non douloureuses chroniques en post-partum (groupe B).

B. Prévalence et caractéristiques des douleurs chroniques du post-partum

Le critère de jugement principal de cette étude, qui est la prévalence des douleurs chroniques liées au post-partum était de : **27,6% IC95% [20,3 – 34,9]**.

La distribution de l'intensité de ces douleurs chroniques du post-partum est présentée dans la figure 3. 27,5% des patientes douloureuses avaient une EN à 3, 17,5% avaient une EN à 2 ou à 7, qui étaient les proportions les plus représentées. Au total 50% des patientes douloureuses chroniques du post-partum avaient une EN inférieure à 3,

32,5% entre 4 et 7 et 17,5% supérieure à 7 et 42,5% des patientes avaient une EN > 5, que l'on assimilait à des douleurs importantes.

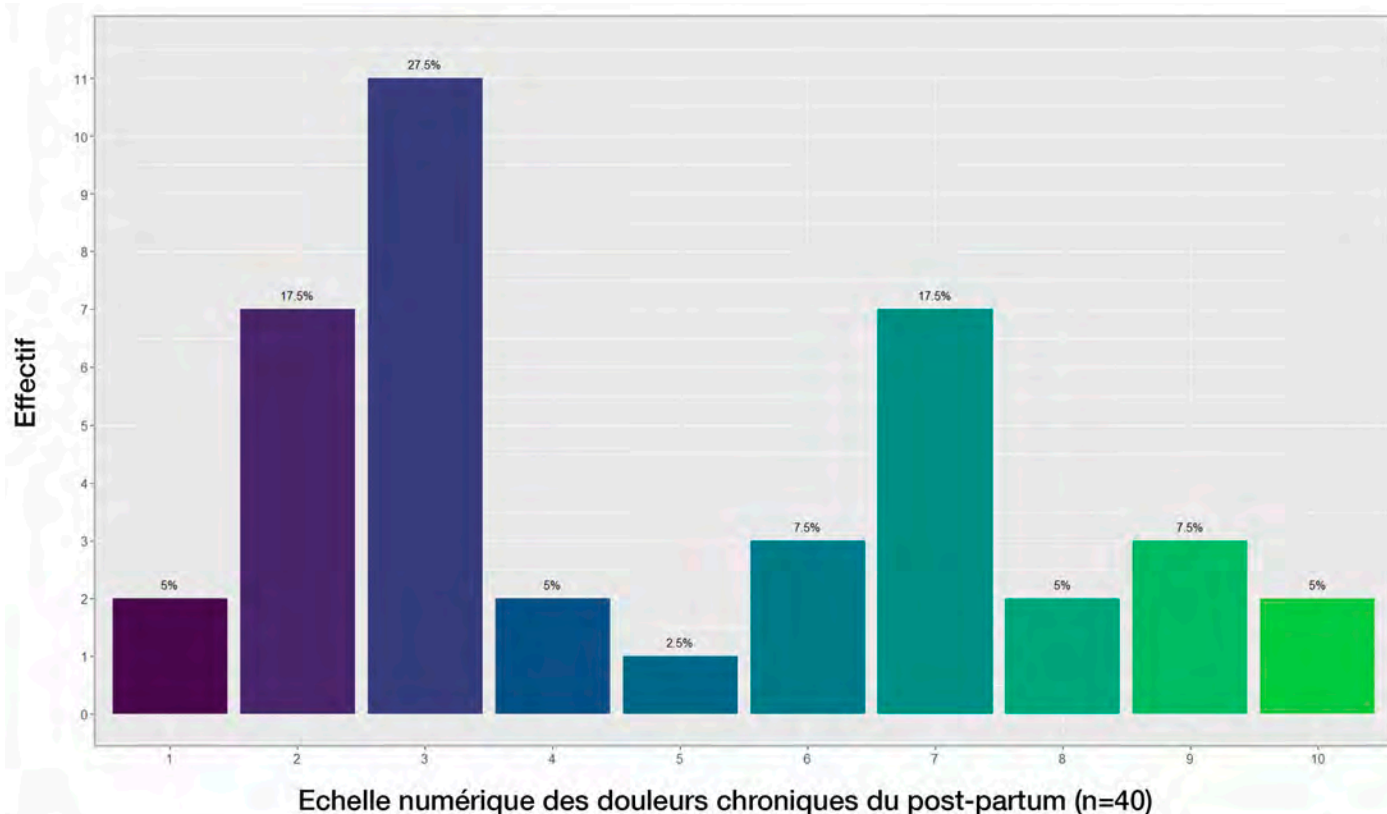


Figure 3 : Distribution de l'intensité de la douleur sur une EN parmi les patientes souffrant de douleurs chroniques du post-partum (groupe A).

L'analyse de la sensibilité périnéale et pelvienne en pré-partum et en post-partum est décrite en figure 4 et figure 5, où la sensibilité en pré-partum est rapportée sur la sensibilité en post-partum. Les patientes souffrant de douleurs chroniques du post-partum (groupe A) rapportaient une sensibilité augmentée au niveau pelvi-périnéal. Les patientes ne souffrant pas de douleurs chroniques du post-partum (groupe B) semblaient elles rapporter une sensibilité pelvi-périnéale normale ou augmentée.

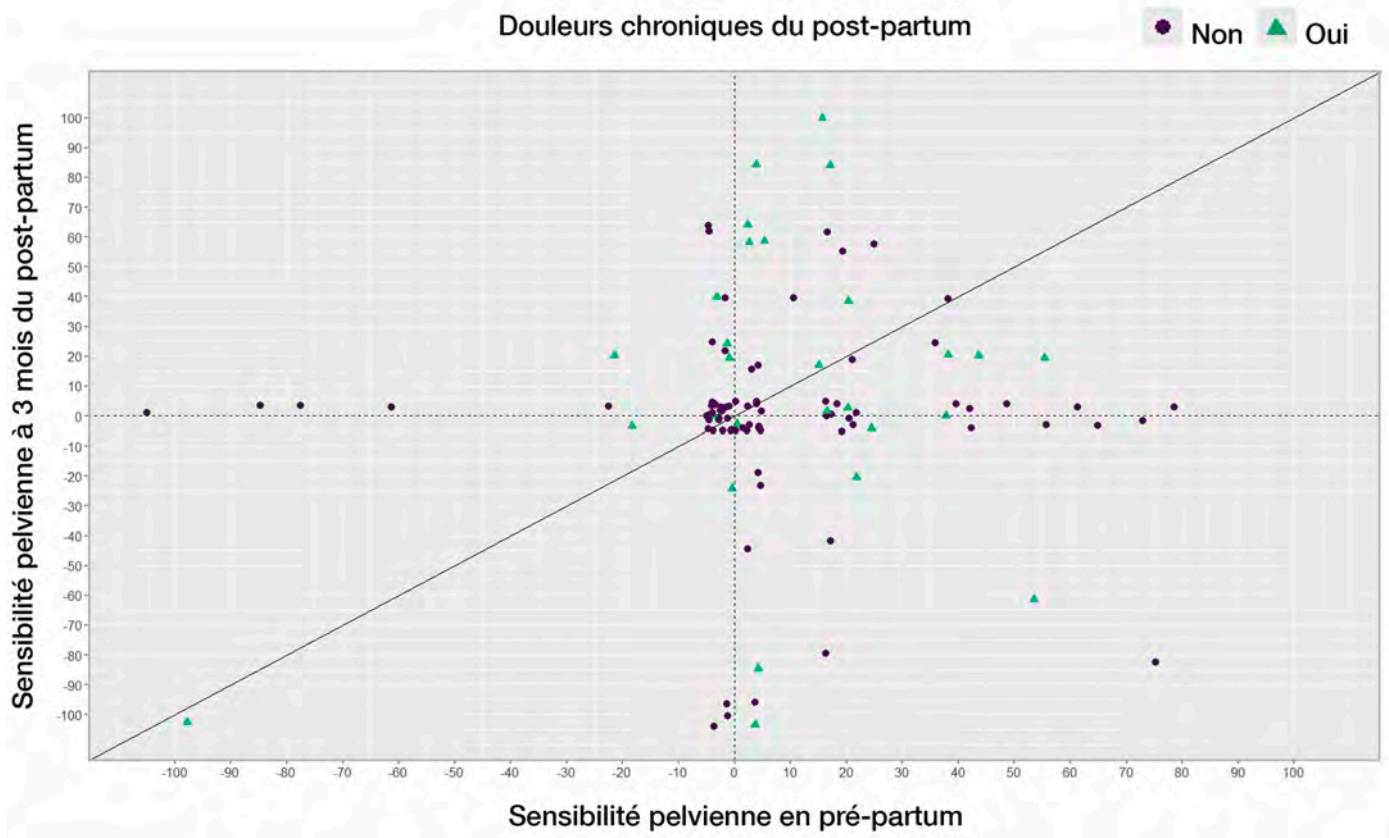


Figure 5 : Distribution de la sensibilité pelvienne du post-partum en fonction de la sensibilité pelvienne pré-partum.

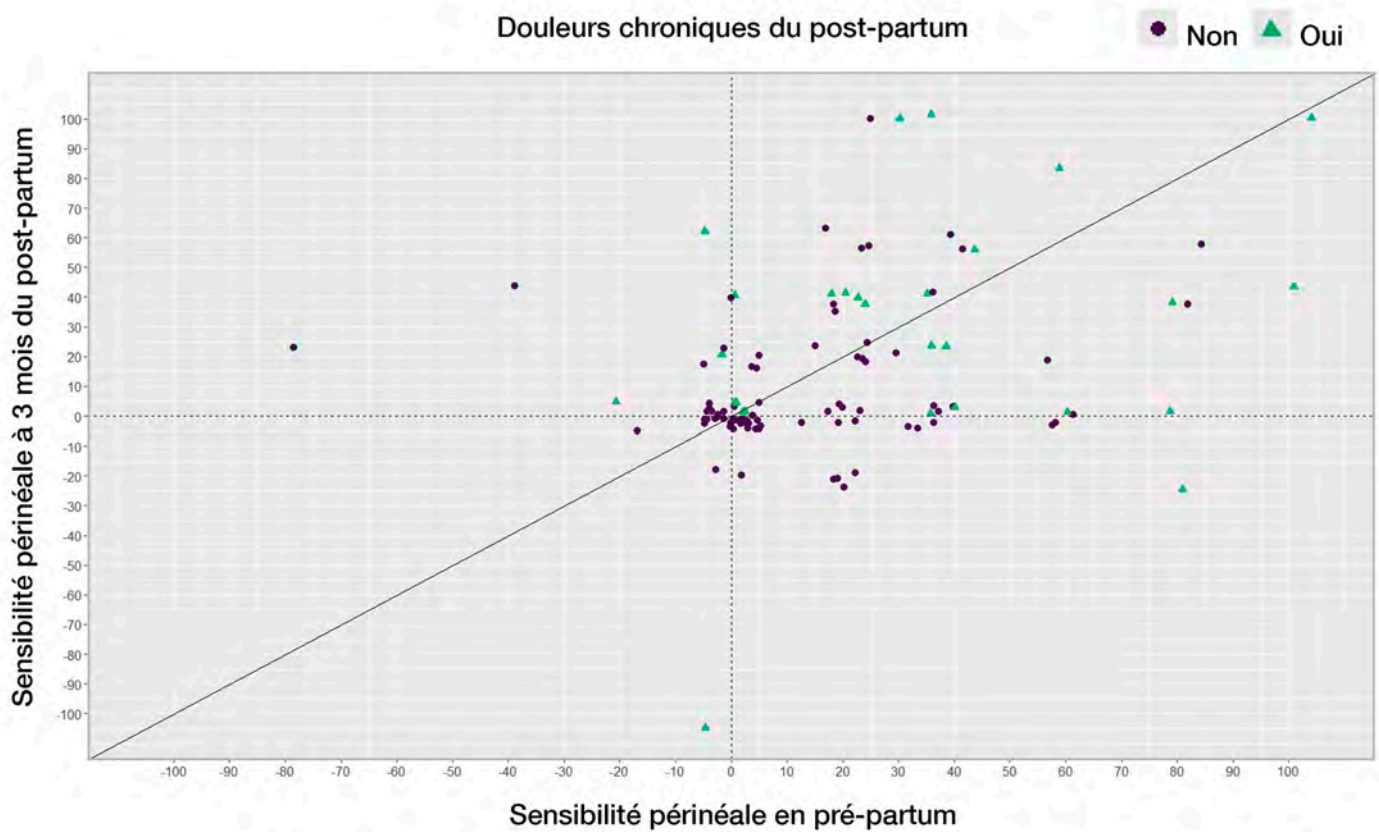


Figure 4 : Distribution de la sensibilité périnéale du post-partum en fonction de la sensibilité périnéale pré-partum.

C. Caractéristiques des patientes douloureuses chroniques ayant une EN supérieure à 5 et des patientes ne souffrant pas de douleurs chroniques

Une grande proportion de patiente du groupe A avaient des douleurs chroniques importantes avec une EN > 5 (42,5%). Nous avons décidé de comparer les caractéristiques de ces patientes. Ces patientes ayant une EN > 5 étaient principalement des nullipares comparativement aux autres, qui avaient déjà accouché une fois ($p = 0,041$). Leur sensibilité périnéale en pré-partum était aussi augmentée par rapport aux non douloureuses chroniques (30,00 [20,00, 40,00] vs 0,00 [0,00, 20,00] ($p = 0,011$)). Leur sensibilité pelvienne (20,00 [0,00, 80,00] vs 0,00 [0,00, 0,00] ($p < 0,001$)) et périnéale (40,00 [0,00, 80,00] vs 0,00 [0,00, 20,00] ($p < 0,001$)) étaient aussi augmentées en post-partum. Il existait des différences entre les deux groupes en pré-partum concernant les scores d'anxiété STAI-YA ($p = 0,018$) et STAI-YB ($p = 0,003$), ces différences n'étaient pas retrouvées en post-partum. Il existait en revanche une différence en post-partum pour l'IDB-13, les patientes ayant une EN < 5 semblaient être plus fortement touchées par les dépressions ($p = 0,007$). L'ensemble de ces résultats sont regroupés dans le tableau 4.

Caractéristiques	Absence de douleurs chroniques du post-partum (n = 105)	Douleurs chronique du post-partum avec EN > 5 (n = 17)	p
Gestité (médiane [IQR])	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 2,00]	0,063
Parité (médiane [IQR])	1,00 [0,00, 2,00]	0,00 [0,00, 1,00]	0,041
Antécédent de douleurs chroniques (%)	25 (31,2)	3 (23,1)	0,787
Céphalée (%)	5 (6,2)	0 (0,0)	0,799
Douleur abdominale (%)	3 (3,7)	2 (15,4)	0,282
Douleur pelvienne (%)	17 (21,0)	3 (23,1)	1
Douleur locomotrice (%)	12 (14,8)	2 (15,4)	1
Dyspareunie (%)	3 (3,7)	1 (7,7)	1
Sensibilité pelvienne pré-partum (médiane [IQR])	0,00 [0,00, 20,00]	0,00 [0,00, 20,00]	0,863
Sensibilité périnéale pré-partum (médiane [IQR])	0,00 [0,00, 20,00]	30,00 [20,00, 40,00]	0,011
STAI-YA pré-partum			0,018
STAI-YB pré-partum			0,003
Indice de dépression de Beck pré-partum			0,155
Césarienne (%)	12 (11,4)	3 (17,6)	0,744
EN douleurs chroniques post-partum (médiane [IQR])	NA [NA, NA]	7,00 [7,00, 9,00]	NA
Sensibilité pelvienne post-partum (médiane [IQR])	0,00 [0,00, 0,00]	20,00 [0,00, 80,00]	<0,001
Sensibilité périnéale post-partum (médiane [IQR])	0,00 [0,00, 20,00]	40,00 [0,00, 80,00]	<0,001
STAI-YA post-partum			0,164
STAI-YB post-partum			0,331
Indice de dépression de Beck post-partum			0,007

Tableau 4 : Caractéristiques des patientes sans douleurs chroniques du post-partum et de celles ayant des douleurs chroniques du post-partum avec un EN > 5.

D. Proportion de douleurs chroniques en pré et en post-partum en fonction des voies d'accouchement.

Parmi les patientes ayant donné naissance par césarienne, 75% des patientes du groupe n'en avaient pas en pré-partum et 25% souffraient de douleurs chroniques en pré-partum. Pour les accouchements par les voies naturelles, ces proportions sont de 63,2% et de 36,8%.

Concernant ces proportions, parmi les accouchement voie basse 68,8% des patientes du groupe A n'en avaient pas en pré-partum lors d'un accouchement spontané. A l'inverse, parmi les patientes ayant eu un accouchement instrumental, 66,7% des patientes du groupe A étaient déjà douloureuses avant la naissance. Il n'existait pas de

différence significative entre les patientes douloureuses ou non en pré-partum et en post-partum en fonction des voies d'accouchement. L'ensemble de ces résultats sont présentés dans le tableau 5.

Accouchement par césarienne (n = 14)		Douleurs chroniques du post partum		
		<i>non</i>	<i>oui</i>	
Antécédent de douleurs chroniques	<i>non</i>	4 (66,7%)	6 (75,0%)	Fisher exact test: pvalue = 1,0000
	<i>oui</i>	2 (33,3%)	2 (25,0%)	
Accouchement par voie basse (n = 93)		Douleurs chroniques du post partum		
		<i>non</i>	<i>oui</i>	
Antécédent de douleurs chroniques	<i>non</i>	51 (68,9%)	12 (63,2%)	Fisher exact test: pvalue = 0,7838
	<i>oui</i>	23 (31,1%)	7 (36,8%)	
Accouchement par voie basse spontanée (n = 77)		Douleurs chroniques du post partum		
		<i>non</i>	<i>oui</i>	
Antécédent de douleurs chroniques	<i>non</i>	42 (68,9%)	11 (68,8%)	Fisher exact test: pvalue = 1,0000
	<i>oui</i>	19 (31,1%)	5 (31,2%)	
Accouchement par voie basse instrumentale (n = 16)		Douleurs chroniques du post partum		
		<i>non</i>	<i>oui</i>	
Antécédent de douleurs chroniques	<i>non</i>	9 (69,2%)	1 (33,3%)	Fisher exact test: pvalue = 0,5179
	<i>oui</i>	4 (30,8%)	2 (66,7%)	

Tableau 5 : Proportion de douleurs chroniques du pré et du post partum en fonction de la voie d'accouchement.

E. Facteurs de risque de douleurs chroniques du post-partum

Dans une analyse multivariée nous avons voulu identifier quels pouvaient être les facteurs de risque de douleurs chroniques du post-partum. Nous avons sélectionné comme éléments les antécédents de douleurs chroniques, de céphalées ou de douleurs locomotrices, la réalisation d'une césarienne, l'anxiété et la dépression du post-partum. Les antécédents de douleurs chroniques et les antécédents de céphalées ou de douleurs locomotrices n'étaient pas associés aux douleurs chroniques du post-partum avec respectivement OR = 0,75 IC95% [0,14, 3,15] et OR = 1,23 IC95% [0,20, 8,53]. L'anxiété du post-partum n'était pas associée aux douleurs chroniques OR = 1,42 IC95% [0,31,

6,33]. La dépression du post-partum n'était pas associée aux douleurs chroniques OR = 2,71 IC 95% [0,76, 9,57]. En revanche, on retrouvait une association significative entre douleurs chroniques du post-partum et réalisation d'une césarienne avec OR = 5,84 IC95% [1,74, 2,10], p = 0,004. L'ensemble de ces résultats sont regroupés dans le tableau 6.

Caractéristiques	OR	IC95%	p-value
Antécédent de douleurs chroniques	0,75	0,14, 3,15	0,712
Accouchement par césarienne	5,84	1,74, 2,10	0,004
Antécédent de céphalée ou de douleurs locomotrices	1,23	0,20, 8,53	0,821
Anxiété modérée à élevée du post-partum (STAI-YA)	1,42	0,31, 6,33	0,642
Dépression du post-partum IDB13	2,71	0,76, 9,57	0,123

Tableau 6 : Proportion de douleurs chroniques du pré et du post partum en fonction de la voie d'accouchement.

IV. Discussion

Cette étude permet de façon prospective de mettre en évidence une prévalence des douleurs chroniques induites par l'accouchement de **27,6% IC95% [20,3 – 34,9]** dans notre population française des pays de la Loire, avec 42,5% des patientes douloureuses chroniques du post-partum présentant une EN > 5. Ces patientes douloureuses chroniques en post-partum semblaient également être plus sensibles au niveau pelvi-périnéal et cette sensibilité augmentée était particulièrement retrouvée chez les patientes douloureuses ayant une EN > 5. Chez ces patientes, les scores d'anxiété pré-partum et de dépression du post-partum étaient aussi plus élevés. Parmi les facteurs de risque suspectés (antécédents de douleurs chroniques, dont spécifiquement les céphalées et douleurs locomotrices, l'anxiété du post-partum via le score STAI-YA, la dépression du post-partum à partir du score IDB13 et la réalisation d'une césarienne) en analyse multivariée seule la césarienne ressortait comme significative (OR = 5,84 IC95% [1,74, 2,10] (p = 0,004)). Contrairement à la plupart des études préalablement réalisées, il s'agissait d'une étude réalisée dans une maternité de type 1, prenant en charge les femmes dont les grossesses sont considérées à bas risque. En 2019 en France, il existait 178 maternités de type 1 sur les 471 maternités de métropole et des DROM (Département & Région d'Outre-Mer), soit 37% des maternités, et 20% des naissances¹⁶.

La prévalence des douleurs chroniques du post-partum identifiées dans notre étude était comparable à celle retrouvée dans la littérature. Munro et al.¹³ dans une cohorte de patientes sans facteur de risque obstétrical, pouvant correspondre à un profil de patientes accouchant dans une maternité de type 1, retrouvaient un taux de douleurs pelviennes chroniques de 25%. La prévalence des douleurs chroniques du post-partum semble diminuer avec le temps. En effet, dans l'étude canadienne de Cappell et al.¹⁷, la prévalence des douleurs pelviennes chroniques passait de 25,5% à 3 mois à 17% à 6 à 12 mois de l'accouchement. Paterson et al.¹⁸ ont eux, évalué la persistance à un an des douleurs chroniques du post-partum : seules 9% des patientes souffraient encore de douleurs du post-partum un an après leur accouchement.

Les principaux facteurs de risques de douleurs chroniques du post-partum ressortant dans la littérature sont les antécédents de douleurs chroniques^{19 18}, dont les antécédents de céphalées et de dorsalgies chez les patientes ayant eu une césarienne

⁷, les douleurs persistantes et intenses 24h après la naissance, les troubles anxio-dépressifs ²⁰. Ces données ont guidé notre choix dans la sélection des facteurs de risques spécifiques évalués. L'identification de la césarienne comme facteur de risque de douleurs chroniques varie selon les études. Munro et al¹³ ainsi que Kainu et al¹⁴ retrouvaient une prévalence plus importante de douleurs aussi bien à court (à partir de 2 semaines du post-partum) qu'à long terme (1 an du post-partum) en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse, avec 18% de douleurs persistantes à un an après une césarienne contre 10% après un accouchement par les voies naturelles, $p = 0,011$. Eisenach et al.²⁰ ne retrouvaient pas de différence de survenue de douleur chronique entre césarienne et accouchement voie basse, avec respectivement 10% et 9,2% de douloureuses chroniques.

La première étude s'intéressant à l'impact de la césarienne sur l'apparition de douleurs chroniques a été réalisée en 2003 par Nikolajsen et al²¹. Dans cette cohorte rétrospective les auteurs évaluaient la prévalence des douleurs chroniques post césarienne à l'aide de questionnaires diffusés par voie postale à 244 patientes, entre 6 et 18 mois après la chirurgie. Deux cent vingt patientes, soit 90,2% ont répondu : 18,6% avaient des douleurs après 3 mois et 12,6% après 6 mois. Parmi les patientes ayant des douleurs chroniques post-césarienne, la proportion de chirurgie sous anesthésie générale (37% vs 17,1%, $p < 0,02$) et d'antécédent de douleurs chroniques (63% vs 19,2%, $p < 0,0001$) étaient plus importantes. Malheureusement l'effectif de notre cohorte ne nous permettait pas l'analyse de ces paramètres.

Liu et al²² ont mené en 2013 une cohorte prospective en Australie évaluant chez 426 patientes la prévalence des douleurs chroniques post césarienne. Les patientes étaient vues 24h après le geste puis contactées par téléphone à 2 et 12 mois. Quinze pour cent avaient des douleurs persistantes à 2 mois et 4% à 1 an. Les facteurs de risques évalués étaient le caractère programmé ou en urgence de la césarienne, l'intensité de la douleur et l'antécédent de césarienne. Aucun résultat n'était significatif. Dans notre cohorte, un des principaux biais était que 90% des césariennes étaient réalisées en urgence, du fait que notre population soit issue d'une maternité de type 1. Nous n'avons donc pas pu étudier le facteur césarienne programmée.

Jin et al²³ en 2016 ont évalué la prévalence et les facteurs de risque de douleurs chroniques post-césarienne dans une cohorte prospective de 527 femmes en Chine. Les patientes étaient vues avant la chirurgie pour répondre à des questionnaires (STAI, antécédents obstétricaux). Les facteurs chirurgicaux et anesthésiques (type d'incision, durée opératoire, pertes sanguines, type d'anesthésie) étaient pris en compte. Elles

répondaient à un questionnaire téléphonique à 3, 6 et 12 mois. L'incidence des douleurs chroniques post-césarienne à 3, 6 et 12 mois était respectivement de 18,3%, 11,3% et 6,8%. Les facteurs de risque retrouvés étaient la durée opératoire (OR 1,06 [IC95% 1,02-1,10]), la douleur post-opératoire précoce (OR 2,39 [IC95% 1,62-3,54]) et la dépression pré-opératoire (OR 4,64 [IC95% 2,08-10,36]). La plupart de ces paramètres ont été recensés dans notre cohorte mais avec un effectif insuffisant dans le sous-groupe des césariennes pour une évaluation statistique pertinente.

Notre étude comporte cependant des limites, le caractère monocentrique et sa réalisation dans une maternité de type 1 réduisant fortement la prévalence des complications obstétricales per partum, telles que les hémorragies graves de la délivrance et les complications néonatales liés aux termes de naissance plus précoces. Cela nous empêche d'avoir des informations concernant l'impact de ces complications sur la survenue de douleurs pelviennes chroniques. La proportion de patientes dans notre cohorte accouchant sans anesthésie, d'environ 30%, semble également élevée. En France, en 2021 le taux d'accouchement sans péridurale était de 14,9% IC 95 % [14,2 – 15,6]²⁴. Cependant dans la littérature¹³, l'anesthésie péridurale n'était pas associée aux douleurs chroniques du post-partum.

La proportion de patientes souffrant de douleurs chroniques précédent ou pendant la grossesse était d'environ 30% dans notre cohorte. Les antécédents de douleurs pendant la grossesse ont été identifiées comme source de douleurs chroniques du post-partum dans l'étude de Bjelland¹⁹ (OR = 1,45 (IC95%1,24-1,70)). Connaitre la proportion spécifique de douleurs pelviennes ou abdominales de novo, induites par la grossesse serait aussi intéressante dans la caractérisation de ces douleurs chroniques du post-partum en comparaison aux douleurs abdominales ou pelviennes du pré-partum. Nous avons établi que 50% des patientes douloureuses chroniques du post-partum souffraient de douleurs avec une EN inférieure à 3, pouvant probablement être améliorée par des antalgiques simples. Cependant, la consommation d'antalgique n'a pas été étudiée. Ces données auraient été intéressantes à prendre en compte, de même pour les 42,5% de patientes qui au contraire avaient une EN supérieur à 5 et qui utilisaient probablement des antalgiques.

La durée de recrutement des patientes a elle aussi constitué une limite, car il aura fallu plus de 2 ans pour arriver à notre objectif de recrutement. Ceci s'explique par l'épidémie de Sars-Cov-2 qui nous a contraints à suspendre en partie les inclusions pendant l'année 2021 en raison des confinements successifs. De plus, il est maintenant

reconnu que cette épidémie crée un biais dans les score d'évaluation de dépression et d'anxiété de par son caractère anxiogène²⁵. Cette durée de recrutement a eu un impact négatif sur l'effectif de notre cohorte, où la motivation des équipes soignantes était émoussée par périodes pour les inclusions dans l'étude.

Notre résultat principal est donc similaire aux études avec des populations similaires. Notre cohorte prospective étant déjà constituée il pourrait être intéressant de suivre cette proportion de douleurs chroniques du post-partum à un an et plus de l'accouchement. La proportion de patientes présentant des douleurs chroniques devrait probablement diminuer avec le temps. Pour les patientes avec une persistance de symptômes une prise en charge spécialisée pourrait leur être proposée.

Un projet de plus grande envergure au CHU de Nantes, maternité de type 3 avec plus de 4000 naissances par an est aussi envisagé, avec cette fois ci l'évaluation plus précise des conséquences de la prématurité et des complications obstétricales graves. Il serait ainsi intéressant d'identifier en amont de l'accouchement les patientes à risque afin de prendre les précautions nécessaires à leur prise en charge grâce à la création d'un score de risque de douleurs chroniques du post-partum. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude spécifique quant à la prise en charge de ces douleurs chroniques du post-partum, plus des deux-tiers semblent s'atténuer dans l'année suivant la naissance. Mais pour celles persistantes après un an, la création d'une consultation dédiée serait légitime. Avec une évaluation clinique précise, les douleurs chroniques du post-partum peuvent être catégorisées dans différents syndromes de douleurs pelviennes chroniques²⁶ et alors bénéficier d'une prise en charge adéquate.

V. Conclusion

En conclusion, cette étude observationnelle prospective monocentrique nous a permis d'effectuer un état des lieux sur les douleurs chroniques du post-partum dans une maternité de type 1. Ces douleurs chroniques du post-partum sont présentes chez **27,6% IC95% [20,3 – 34,9]** des femmes qui ont accouché à la maternité du centre hospitalier Erdre et Loire. Il s'agit de douleurs peu intenses avec une EN inférieure à 3 pour 50 % d'entre elles ou au contraire avec un EN > 5 pour 42,5%. Ces patientes semblent aussi décrire une sensibilité cutanée pelvi-périnéale augmentée, particulièrement lorsque ces douleurs sont importantes, avec un EN > 5. Ces douleurs importantes sont aussi associées à des scores d'anxiété du pré-partum et de dépression du post-partum plus élevés. En analyse multivariée seule la césarienne ressortait comme facteur de risque de douleurs chroniques du post-partum dans notre cohorte.

A l'avenir il serait intéressant de poursuivre le suivi de nos patientes, la proportion de douleurs chroniques du post-partum évoluant avec le temps. Il serait aussi intéressant de réaliser une cohorte complémentaire de plus grande envergure dans une maternité de type 3 pour évaluer davantage les complications obstétricales, pédiatriques et chirurgicales.

VI. Bibliographie

1. Aziz, Q., Giamberardino, M.A., Barke, A., Korwisi, B., Baranowski, A.P., Wesselmann, U., Rief, W., Treede, R.-D., and The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. *Pain* 160, 69–76. 10.1097/j.pain.0000000000001362.
2. Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 17, E141-147.
3. Till, S.R., As-Sanie, S., and Schrepf, A. (2019). Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 62, 22–36. 10.1097/GRF.0000000000000412.
4. Armour, M., Lawson, K., Wood, A., Smith, C.A., and Abbott, J. (2019). The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLoS ONE* 14, e0223316. 10.1371/journal.pone.0223316.
5. Yimer, H., and Woldie, H. (2019). Incidence and Associated Factors of Chronic Pain After Caesarean Section: A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41, 840–854. 10.1016/j.jogc.2018.04.006.
6. Mikkelsen, T., Werner, M.U., Lassen, B., and Kehlet, H. (2004). Pain and Sensory Dysfunction 6 to 12 Months After Inguinal Herniotomy: *Anesthesia & Analgesia* 99, 146–151. 10.1213/01.ANE.0000115147.14626.C5.
7. Nardi, N., Campillo-Gimenez, B., Pong, S., Branchu, P., Ecoffey, C., and Wodey, E. (2013). Douleurs chroniques après césarienne : impact et facteurs de risque associés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32, 772–778. 10.1016/j.annfar.2013.08.007.
8. Richez, B., Ouchchane, L., Guttmann, A., Mirault, F., Bonnin, M., Noudem, Y., Cognet, V., Dalmas, A.-F., Brisebrat, L., Andant, N., et al. (2015). The Role of Psychological Factors in Persistent Pain After Cesarean Delivery. *The Journal of Pain* 16, 1136–1146. 10.1016/j.jpain.2015.08.001.
9. Belci, D., Di Renzo, G.C., Stark, M., Đurić, J., Zoričić, D., Belci, M., and Peteh, L.L. (2015). Morbidity and chronic pain following different techniques of caesarean section: A comparative study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 35, 442–446. 10.3109/01443615.2014.968114.
10. Shahin, A.Y., and Osman, A.M. (2009). Parietal peritoneal closure and persistent

- postcesarean pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 104, 135–139. 10.1016/j.ijgo.2008.09.012.
11. de Brito Cançado, T.O., Omais, M., Ashmawi, H.A., and Torres, M.L.A. (2012). Chronic Pain after Cesarean Section. Influence of Anesthetic/Surgical Technique and Postoperative Analgesia. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 62, 762–774. 10.1016/S0034-7094(12)70177-0.
 12. Daly, B., Young, S., Marla, R., Riddell, L., Junkin, R., Weidenhammer, N., Dolan, J., Kinsella, J., and Zhang, R. (2017). Persistent pain after caesarean section and its association with maternal anxiety and socioeconomic background. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 29, 57–63. 10.1016/j.ijoa.2016.10.004.
 13. Munro, A., George, R.B., Chorney, J., Snelgrove-Clarke, E., and Rosen, N.O. (2017). Prevalence and Predictors of Chronic Pain in Pregnancy and Postpartum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 39, 734–741. 10.1016/j.jogc.2017.01.026.
 14. Kainu, J.P., Sarvela, J., Tiippana, E., Halmesmäki, E., and Korttila, K.T. (2010). Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 19, 4–9. 10.1016/j.ijoa.2009.03.013.
 15. Eisenach, J.C., Pan, P.H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., and Houle, T.T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 140, 87–94. 10.1016/j.pain.2008.07.011.
 16. La naissance - les maternités (2019).
 17. Cappell, J., and Pukall, C.F. (2017). Clinical profile of persistent genito-pelvic postpartum pain. *Midwifery* 50, 125–132. 10.1016/j.midw.2017.04.002.
 18. Paterson, L.Q.P., Davis, S.N.P., Khalifé, S., Amsel, R., and Binik, Y.M. (2009). Persistent Genital and Pelvic Pain after Childbirth. *The Journal of Sexual Medicine* 6, 215–221. 10.1111/j.1743-6109.2008.01063.x.
 19. Bjelland, E.K., Owe, K.M., Pingel, R., Kristiansson, P., Vangen, S., and Eberhard-Gran, M. (2016). Pelvic pain after childbirth: a longitudinal population study. *Pain* 157, 710–716. 10.1097/j.pain.0000000000000427.
 20. Eisenach, J.C., Pan, P.H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., and Houle, T.T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 140, 87–94. 10.1016/j.pain.2008.07.011.
 21. Nikolajsen, L., Sørensen, H.C., Jensen, T.S., and Kehlet, H. (2004). Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 48, 111–116.

22. Liu, T.T., Raju, A., Boesel, T., Cyna, A.M., and Tan, S.G.M. (2013). Chronic Pain after Caesarean Delivery: An Australian Cohort. *Anaesthesia and Intensive Care* 41, 496–500. 10.1177/0310057X1304100410.
23. Jin, J., Peng, L., Chen, Q., Zhang, D., Ren, L., Qin, P., and Min, S. (2016). Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: a prospective study. *BMC Anesthesiology* 16. 10.1186/s12871-016-0270-6.
24. SPF Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>.
25. Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., and Cozzolino, M. (2022). COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 35, 4014–4021. 10.1080/14767058.2020.1843155.
26. Cardaillac, C., Delga, B., Thubert, T., Labat, J.-J., Levesque, A., Winer, N., Riant, T., and Ploteau, S. (2020). Description and classification of postpartum chronic pain: A multicentric prospective study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49, 101769. 10.1016/j.jogoh.2020.101769.

Annexes

A. Fiche d'informations de l'étude.



Note d'information pour la participation à la recherche

« *Évaluation de la prévalence et des facteurs de risque de douleurs chroniques en post-partum* »

Titre abrégé : « **CÉROP** »

Promoteur : **CHU de Nantes**



Investigateur

Dr Thibault THUBERT
38 boulevard Jean Monnet
44000 Nantes

Promoteur de la recherche

Nom : CHU de Nantes
Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Principaux contacts : Secrétariat du Département Promotion
Téléphone : 02 53 48 28 35

**Ce document est remis à la personne participant à la recherche
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical**

Madame,

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes et le Centre Hospitalier Erdre et Loire souhaitent mener une recherche dont le CHU de Nantes est le promoteur (c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise). L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence des douleurs chronique après accouchement voie basse ou par césarienne, de les caractériser et de en déterminer les facteurs de risques.

La césarienne est l'opération chirurgicale la plus réalisée dans le monde avec un taux de douleurs chroniques post-césarienne non rares. Ces douleurs ne sont pas toujours bien connues des praticiens et ne sont pas reconnaissables aisément. De même il existe des douleurs chroniques après accouchement voie basse. Il apparait nécessaire de les étudier pour améliorer dans le futur, la prise en charge des femmes ayant accouché. Cette recherche est réalisée à partir des réponses que vous apporterez aux questionnaires qui vous seront remis. Ces questionnaires vous seront proposés à l'inclusion, puis par téléphone ou par mail 3 mois après votre accouchement. En cas de douleurs chroniques, une consultation dédiée vous sera proposé. Ces évaluations sont basées sur des questionnaires simples, spécifiques, validés en langue française par les sociétés savantes, auxquelles vous vous engagez à répondre. Cette recherche pourra également comprendre les données relatives à vos antécédents médicaux, vos traitements et le déroulé de votre grossesse.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront tirés favoriseront le développement des connaissances des douleurs chroniques après accouchement, et devront être étoffés, ensuite,

par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouvelle prise en charge thérapeutique.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de votre suivi auront connaissance de vos données nominatives. Ces données seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications.

Si le nombre de personnes prévues dans l'étude a été atteint, vous pourriez finalement ne pas être inclus(e) dans l'étude bien qu'ayant signé un consentement. Dans ce cas précis, vous ne serez pas suivi(e) dans le cadre de l'étude et les données vous concernant seront détruites. Cela ne portera, en aucun cas, préjudice à la qualité de votre prise en charge médicale.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de l'investigateur dont les coordonnées se trouvent au début de ce document. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche.

Ces données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document. Cette étude est conforme à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Les modalités de cette étude ont été soumises au GNEDS (Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé) qui a pour mission de vérifier si les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits sont respectés. Ce comité a émis un avis favorable.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée.

- Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Dans ce cas, les données obtenues avant que votre consentement n'ait été retiré pourront être utilisées, sauf opposition expresse de votre part. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

- Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

L'investigateur qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Prénom/Nom :

J'accepte que mes données soient utilisées pour cette recherche : **oui** **non**

Date :/...../.....

Signature :

B. Questionnaire d'évaluation pré-partum.

Etude CÉROP :

**Évaluation de la prévalence et des facteurs de risque
de douleurs chroniques en post-partum**

**À REMPLIR PAR L'équipe
SOIGNANTE**

Caractéristiques des patientes à l'inclusion

Téléphone :

E-mail :

□

Etiquette Patiente

VISITE D'INCLUSION

I – CARACTÉRISTIQUES PATIENTES : (à remplir par le médecin, la sage-femme ou l'interne)

- Âge : [____] ans
- Taille : [____] cm
- Poids : [____] kg
- IMC : [____] kg/m²
- Gestité : [____]
- Nombre d'enfant : [____]

- ATCD obstétricaux :
 - o Interruption volontaire de grossesse : OUI NON
 - o Fausse-couche : OUI NON
 - o Accouchement par voie basse d'un enfant décédé : OUI NON
 - o Accouchement par voie basse d'un enfant né vivant : OUI NON
 - o Césarienne : OUI NON
 - o Accouchement instrumental OUI NON

Etude CÉROP :

**Évaluation de la prévalence et des facteurs de risque de
douleurs chroniques en post-partum**

À REMPLIR PAR LA PATIENTE

*Questionnaires d'inclusion, à remplir avant la naissance par la
patiente.*

Téléphone :

E-mail :

□

Etiquette Patiente

Questionnaires Patientes à l'Inclusion - Douleurs Chroniques et Accouchement

Évaluation des douleurs :

La douleur se définit comme **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable**, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes.

- 1- Selon-vous, êtes-vous victime de douleur évoluant depuis plus de 3 mois ?

OUI

NON

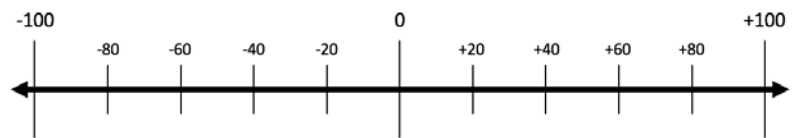
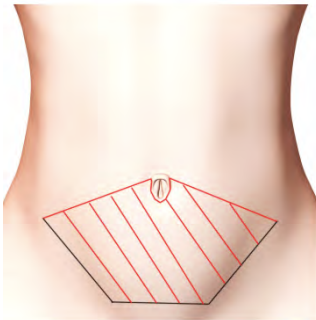
- 2- Si vous avez répondu oui, entourez votre douleur sur l'échelle suivante. La valeur « 0 » correspond à l'absence de douleur, la valeur « 10 » correspond à la douleur maximale imaginable.

PAS DE DOULEUR	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE
-------------------	-------------------------------	-----------------------------------

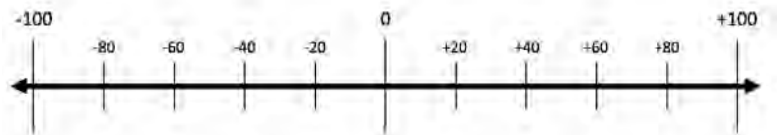
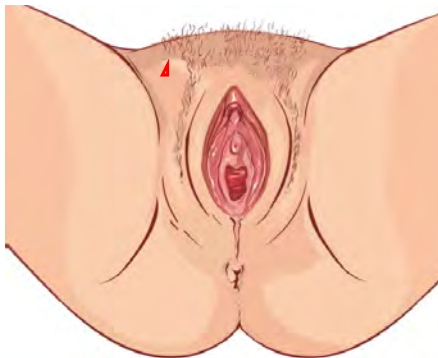
- 3- Si vous êtes victime de douleur au long cours, de quel type de douleur s'agit-il :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------|
| o Migraine : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| o Douleur abdominale : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| o Douleur du bas ventre : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| o Douleur de l'appareil locomoteur (bras, jambes) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| o Douleur pendant les rapports : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| o Autres : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Si OUI [_____] |

- 4- Sur cette échelle, comment évaluez-vous la sensibilité cutanée du bas de votre ventre ? (Zone rayée sur le schéma). La valeur -100 correspond à « absence totale de sensibilité », la valeur 0 à « sensibilité normale » et la valeur +100 « zone très sensible ».



- 5- Sur cette échelle, comment évaluez-vous la sensibilité cutanée de votre région périnéale ? (Zone encadrée sur le schéma : vulve, vagin). La valeur -100 correspond à « absence totale de sensibilité », la valeur 0 à « sensibilité normale » et la valeur +100 « zone très sensible ».



Evaluation des troubles anxio-dépressif et de la qualité de vie :

Questionnaire STAI-YA :

Pour chaque proposition, cochez une réponse correspondant à votre **état actuel** entre : non, plutôt non, plutôt oui et oui

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1- Je me sens calme.				
2- Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
3- Je me sens tendue, crispée.				
4- Je me sens surmenée.				
5- Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
6- Je me sens émue, bouleversée, contrariée.				
7- L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
8- Je me sens contente.				
9- Je me sens effrayée.				
10- Je me sens à mon aise.				
11- Je sens que j'ai confiance en moi.				
12- Je me sens nerveuse, irritable.				
13- J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
14- Je me sens indécise.				
15- Je suis décontractée, détendue.				
16- Je suis satisfaite.				
17- Je suis inquiète, soucieuse.				
18- Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcertée, déroutée.				
19- Je me sens solide, posée, pondérée, réfléchie.				
20- Je me sens de bonne humeur, aimable.				

Questionnaire STAI-YB :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
21- Je me sens de bonne humeur, aimable.				
22- Je me sens nerveuse et agitée.				
23- Je me sens contente de moi.				
24- Je voudrais être aussi heureuse que les autres semblent l'être.				
25- J'ai un sentiment d'échec.				
26- Je me sens reposée.				
27- J'ai tout mon sang-froid.				
28- J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29- Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
30- Je suis heureuse.				
31- J'ai des pensées qui me perturbent.				
32- Je manque de confiance en moi.				
33- Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
34- Je prends facilement des décisions.				
35- Je me sens incompétente, pas à la hauteur.				
36- Je suis satisfaite.				
37- Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent.				
38- Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
39- Je suis une personne posée, solide, stable.				
40- Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis.				

Indice de dépression de Beck :

Pour chaque item, allant de A à M, cochez une réponse correspondant à votre **état actuel** entre 0, 1, 2 et 3

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

C. Questionnaire d'évaluation en per-partum.

Etude CÉROP :

**Évaluation de la prévalence et des facteurs de risque de
douleurs chroniques en post-partum**

**À REMPLIR en péripartum
Par l'équipe soignante**

□

Etiquette Patiente

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION ACCOUCHEMENT VOIE BASSE :

I – DONNÉES CHIRURGICALES ET ANESTHÉSIIQUES : (à remplir par le personnel soignant)

- Date de l'accouchement : [_ / _ / _]
- Terme : _____ SA _____ jours
- Complication de la grossesse actuelle :
 - o Menace d'accouchement prématurée : OUI NON
 - o Pré-éclampsie : OUI NON
 - o HELPP syndrome : OUI NON
 - o Rupture prématurée des membranes : OUI NON
 - o Autre : OUI NON Si OUI [_____]
- Conjoint présent lors de l'accouchement : OUI NON
- Travail spontanée : OUI NON
- Déclenchement du travail : OUI NON
- Maturation cervicale : OUI NON
 - o Prostaglandines
 - o Ballonnet
 - o Angusta
- Travail dirigé par Ocytocine : OUI NON
- Types d'anesthésie :
 - o Rachianesthésie Péridurale réinjectée Anesthésie générale Pas d'anesthésie Bloc honteux
 - o Efficacité de l'analgésie sur une échelle au cours de l'accouchement de -100 à + 100 : _____
- Accouchement voie basse spontanée : OUI NON
- Accouchement instrumental : OUI NON
 - o Ventouse
 - o Forceps
 - o Spatules
- Echec du 1^{er} instrument : OUI NON
- Déchirure périnéale : OUI NON
 - o 1^{er} degré
 - o 2^{ème} degré
 - o 3^{ème} degré
 - o 4^{ème} degré
- Thrombus : OUI NON
- Episiotomie : OUI NON Si oui, anesthésie locale :
- Technique de fermeture :
 - o Plan par plan Un fil un nœud
- Saignements opératoires :
 - o < 500 mL 500 – 1000 mL > 1000 mL
- Délivrance artificiel / Révision utérine : OUI NON
 - o Si oui, réinjection dans la péridurale OUI NON
 - o Si oui, anesthésie générale : OUI NON
 - o Si oui, EVA per-révision : [___/10]
- Vécu de l'accouchement à H2 du post-partum (lors de la montée en chambre) :
 - o Sur une échelle de -100 à + 100 : _____

II – DONNÉES PÉDIATRIQUES :

- pH artériel à la naissance : [____]
- Poids de naissance : [____] Kg
- Score d’Apgar :
 - o À 1 min : [____/10]
 - o À 5 min : [____/10]
- Prise en charge par le pédiatre : OUI NON
- Intubation orotrachéale : OUI NON
- Service d’hospitalisation :
 - o Suites de couches : OUI NON
 - o Transfert : OUI NON
 - o Si oui :
 - Unité Kangourou : OUI NON
 - Réanimation : OUI NON

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION CÉSARIENNE :

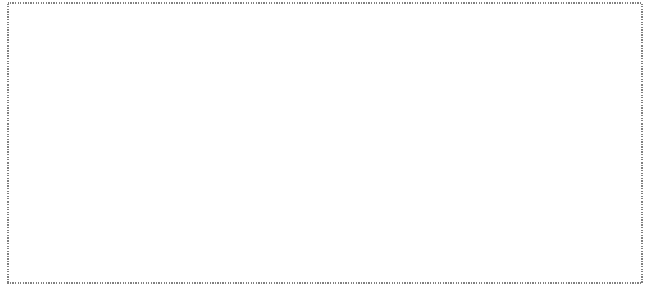
I – DONNÉES CHIRURGICALES ET ANESTHÉSIIQUES : (à remplir par le personnel soignant)

- Date de l'accouchement : [_ / _ / _]
- Terme : _____ SA _____ jours
- Complication de la grossesse actuelle :
 - o Menace d'accouchement prématurée : OUI NON
 - o Pré-éclampsie : OUI NON
 - o HELPP syndrome : OUI NON
 - o Rupture prématurée des membranes : OUI NON
 - o Autre : OUI NON Si OUI [_____]
- Travail spontanée : OUI NON
- Déclenchement du travail : OUI NON
- Maturation cervicale : OUI NON
 - o Prostaglandines
 - o Ballonnet
 - o Angusta
- Travail dirigé par Ocytocine : OUI NON
- Indication de la césarienne : [_____]
- Césarienne en urgence : OUI NON
- Code césarienne : Vert Orange Rouge
- Césarienne programmée : OUI NON
- Types d'anesthésie :
 - o Rachianesthésie Péridurale réinjectée Anesthésie générale
 - o Efficacité de l'analgésie sur une échelle de -100 à + 100 : _____
 - o Conversion per opératoire du mode d'anesthésie : OUI NON
-
- Conjoint présent lors de la césarienne : OUI NON
- Type d'incision
 - o Joël-Cohen : OUI NON
 - o Pfannenstiel : OUI NON
 - o Mouchel : OUI NON
- Saignements opératoires :
 - o < 500 mL 500 – 1000 mL > 1000 mL
- Durée de l'intervention :
 - o 30-45 min 45-60 min > 60 min
- Technique de fermeture cutanée :
 - o Agrafes Surjet
- Complication chirurgicale : OUI NON
 - o Si oui laquelle : [_____]
- Vécu de la césarienne à H2 du post-partum :
 - o Sur une échelle de -100 à + 100 : _____

II – DONNÉES PÉDIATRIQUES :

- pH artériel à la naissance : [____]
- Poids de naissance : [____] Kg
- Score d’Apgar :
 - o À 1 min : [____/10]
 - o À 5 min : [____/10]
- Prise en charge par le pédiatre : OUI NON
- Intubation orotrachéale : OUI NON
- Service d’hospitalisation :
 - o Suites de couches : OUI NON
 - o Transfert : OUI NON
 - o Si oui :
 - Unité Kangourou : OUI NON
 - Réanimation : OUI NON

Vu, le Président du Jury,



Professeur Norbert WINER

Vu, le Directeur de Thèse,



Professeur Thibault THUBERT

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CAMBY

PRENOM : Ylan

Titre de Thèse : Evaluation de la prévalence et des facteurs de risque de douleurs chroniques en post-partum

RESUME

Les douleurs chroniques du post-partum sont liées à l'accouchement et persistent plus de 3 mois après celui-ci. En France elles sont assez peu connues des praticiens, bien que fréquentes. Pour étudier leur prévalence et leurs facteurs de risque, nous avons créé une cohorte prospective au sein de la maternité du Centre Hospitalier Erdre et Loire, regroupant 145 patientes. Celles-ci étaient interrogées lors de la grossesse, de l'accouchement et 3 mois après celui-ci. La prévalence des douleurs chroniques du post-partum est estimée à 27% dans notre population. Elles sont principalement caractérisées par une sensibilité pelvi-périnéale accrue chez les patientes douloureuses et des scores d'anxiété du pré-partum et de dépression du post-partum augmentés chez les patientes ayant des douleurs importantes (EN > 5). Parmi les facteurs de risque étudiés, la césarienne est retrouvée comme facteur responsable de douleurs chroniques.

MOTS-CLES

DOULEURS CHRONIQUES ; ACCOUCHEMENT ; CESARIENNE ; POST-PARTUM ; SENSIBILITE