

# Pelvic floor troubles after vaginal birth, more fear than harm

Xavier Fritel

► **To cite this version:**

Xavier Fritel. Pelvic floor troubles after vaginal birth, more fear than harm. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, Wiley, 2014, 121, pp.1154. <inserm-01303209>

**HAL Id: inserm-01303209**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-01303209>**

Submitted on 16 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

The results of Rogers et al. study (BJOG 2013) are surprising but nevertheless confirm some previous studies showing that obstetrical pelvic floor damage is more feared than common (Fritel et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:901-10). An interesting point in the work of Rogers et al. is the low rate of caesarean section in the group of low-risk nulliparous followed by midwives (15%), that is to say that this low impact of vaginal delivery on the pelvic floor is not obtained by promoting cesarean delivery. This observation should of course be compared with the Cochrane analysis showing more spontaneous vaginal delivery in pregnant women attended by midwives (Sandal et al. Cochrane 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3).

One of the weaknesses of the work (recognized by the authors) is the collection of data about continence during pregnancy, after delivery in the cesarean group which does not ensure with certainty that the women in both groups were comparable for pelvic floor function before delivery. Both groups (vaginal and cesarean) are different for age and BMI, which was expected. We have to consider that the similarities of postnatal pelvic floor symptoms (between women given birth vaginally and cesarean birth) may be explained by the effect of age or obesity in the cesarean group. Indeed the risk of urinary or fecal incontinence increases with age and obesity. The difference observed by the authors about postnatal objective stress urinary incontinence could be explained by different prenatal characteristics such as less urethral mobility in the cesarean group (Dietz et al. Aus N Z J Obstet Gynaecol;43:70-4).

One of the qualities of the work of Rogers et al. is single-blind postnatal clinical examination. Pelvic organ prolapse during clinical examination was slightly more common in the vaginal delivery group, what was expected. Multivariate analysis confirmed the association between vaginal delivery and anterior anatomical defect. However it is important to note that this does not affect sexuality. This study confirms other previous work showing that the mode of delivery has no impact on postpartum sexuality assessed several months after childbirth (Fauconnier et al. Prog Urol 2012;22:225-32).

The pathophysiology of urinary and fecal incontinence is multifactorial and the role of birth trauma is probably low, other factors such as pregnancy itself, aging, or obesity are probably more contributive. As the author points out, these results are important to reassure women, and birth attendants, about pelvic floor functional consequences of vaginal delivery in nulliparous low risk women.

Declaration of interests: The author reports no conflicts of interest.

Xavier Fritel

Departement of Gynecology and Obstetrics, Poitiers University Hospital, Poitiers, France.

Les résultats de Rogers et al. (BJOG 2013) sont contre-intuitifs mais confirment cependant plusieurs travaux antérieurs qui montraient déjà que le dégât périnéal de l'accouchement vaginal est plus craint que fréquent (Fritel et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:901-10). Un point intéressant dans le travail de Rogers et al. est le faible taux de césarienne dans le groupe des nullipares à bas risque suivies par des sages-femmes (15%), c'est-à-dire que ce faible impact sur le plancher pelvien de l'accouchement vaginal n'est pas obtenu en favorisant l'accouchement par césarienne. Cette observation doit bien sur être rapprochée de l'analyse de la Cochrane qui montre plus

d'accouchement vaginal spontané chez les femmes enceintes suivies par des sages-femmes (Sandal et al. Cochrane 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3).

Une des faiblesses du travail (reconnue par les auteurs) est le recueil à la naissance des informations sur la continence pendant la grossesse dans le groupe césarienne ce qui ne permet pas de s'assurer avec certitude que les femmes des deux groupes étaient comparables sur le plan de la fonction périnéale avant l'accouchement. Les deux groupes (voie vaginale et césarienne) sont différents pour l'âge et le BMI, ce qui était attendu, et doit faire envisager que les similitudes sur les symptômes périnéaux postnataux (entre accouchée par voie vaginale et accouchées par césarienne) puissent être expliquées par l'effet de l'âge ou de l'obésité dans le groupe césarienne. En effet le risque d'incontinence urinaire ou anale augmente avec l'âge et l'obésité. La différence observée par les auteurs sur l'IUE postnatale pourrait ainsi s'expliquer par des caractéristiques prénatales différentes comme une moindre mobilité urétrale prénatale dans le groupe césarienne (Dietz et al. Aus N Z J Obstet Gynaecol;43:70-4).

Une des qualités du travail de Rogers et al. est l'examen clinique postnatal en simple aveugle. Le prolapsus génital était un peu plus fréquent à l'examen clinique dans le groupe accouchement vaginal ce qui était attendu. L'analyse multivariée confirme le lien entre accouchement vaginal et défaut anatomique antérieur. Mais il est important de noter que cela n'affecte pas la sexualité. Ce travail confirme d'autres travaux antérieurs qui montrent que le mode d'accouchement n'a pas d'impact sur la sexualité évaluée plusieurs mois après l'accouchement (Fauconnier et al. Prog Urol 2012;22:225-32).

La physiopathologie de l'incontinence urinaire et anale est multifactorielle et le rôle du traumatisme obstétrical est probablement faible, d'autres facteurs comme la grossesse, le vieillissement ou l'obésité sont probablement plus importants. Comme le souligne les auteurs, ces résultats sont importants pour rassurer les femmes, et les maïeuticiens, à propos des conséquences périnéales fonctionnelles de l'accouchement vaginal chez la nullipares à bas risque.