



HAL
open science

Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum

Xavier * Fritel

► **To cite this version:**

Xavier * Fritel. Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum. Pelvi-périnéologie, Springer Verlag, 2009, 4 (3), pp.207-212. 10.1007/s11608-009-0248-7 . inserm-00422695

HAL Id: inserm-00422695

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00422695>

Submitted on 8 Oct 2009

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.

Titre

Césarienne et troubles génito-sexuels du post-partum

Cesarean and postpartum genito-sexual disorders

Auteur

Xavier Fritel.

INSERM U953, Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Université Paris 6, Paris, France.

CHR Réunion, CHFG, Service de Gynécologie et Obstétrique, Saint-Denis.

Résumé

Objet : La prévalence et la prévention des troubles génito-sexuels consécutifs à l'accouchement sont peu connues. Il serait logique de penser que la césarienne qui évite le traumatisme périnéal s'accompagne de moins de troubles de la fonction sexuelle.

Méthode : Nous avons réalisé une revue de la littérature sur le sujet.

Résultat : La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50%, la durée moyenne des symptômes est de 4 mois. La déchirure périnéale est un facteur de risque pour la dyspareunie du post-partum immédiat. Les troubles sexuels peuvent persister plus longtemps en cas de déchirure grave. A distance de l'accouchement il n'existe pas de différence entre les femmes accouchées par césarienne et les femmes accouchées par les voies naturelles pour la prévalence de la dyspareunie dans un essai randomisé, les cohortes de femmes suivies après l'accouchement et les enquêtes transversales.

Conclusion : La césarienne ne semble pas apporter de protection contre les troubles génito-sexuels.

Abstract

Subject: We had little information about prevalence and prevention of genito-sexual disorders resulting from childbirth. Cesarean delivery that avoids perineal trauma should less disturb sexual function.

Method: We conducted a literature review on the subject.

Result: The prevalence of dyspareunia in the immediate postpartum period is estimated between 20 and 50%, the average duration of symptoms is 4 months. Perineal tear is a risk factor for dyspareunia in the immediate post-partum period. Sexual dysfunction may persist longer in the event of serious perineal tear. A distance of delivery there is no difference between women given birth by caesarean section and women have given birth through the natural way for dyspareunia prevalence in a randomized trial, cohorts of women followed after delivery and cross-sectional studies.

Conclusion: Cesarean section does not appear to provide protection against genito-sexual disorders.

Texte

L'origine et la prévalence des troubles génito-sexuels consécutifs à l'accouchement restent peu étudiées. Il serait logique de penser que la césarienne qui évite un traumatisme périnéal ou vaginal puisse s'accompagner de moins de troubles de la fonction sexuelle. Certaines patientes et certains obstétriciens choisissent probablement un accouchement par césarienne pour cette raison [1]. Cependant les conséquences à long terme de la parturition restent débattues et controversées. La qualité de l'activité sexuelle postnatale ne peut, bien sur, se résumer à l'absence de traumatisme des voies génitales car les dimensions psychiques, conjugales, familiales, sociales et culturelles sont affectées par la naissance et interfèrent avec la fonction sexuelle.

L'objectif de cette revue est d'examiner le lien entre le mode d'accouchement et les troubles de la fonction sexuelle. Nous avons utilisé les termes (sexual function OR sexual dysfunction) AND (pregnancy OR delivery OR cesarean) pour notre recherche bibliographique.

Quelques études se sont intéressées à la sexualité de la femme enceinte ou à celle de son partenaire [2]. Robson et al ont suivi et interrogé 119 nullipares à 12, 24 et 36 semaines d'aménorrhée, puis ensuite à 1, 12, 26 et 52 semaines postnatales [3]. Si la fréquence des rapports sexuels diminuait au troisième trimestre de grossesse, plus de 90% des femmes avaient repris les rapports à 12 semaines du postpartum. Le plaisir sexuel ressenti diminuait au troisième trimestre avec seulement 40% des femmes qui rapportaient du plaisir pendant les rapports, à un an la proportion de femmes qui prenaient du plaisir pendant les rapports avait retrouvé le niveau d'avant la conception (80%). Après l'accouchement, peu de rapports sexuels (moins d'une fois pas semaine) ou peu ou pas de plaisir ressenti était associé à plusieurs variables prénatales (plus d'un an pour concevoir, antécédents psychiatriques, peu de rapports avant la conception, peu de plaisir avant la conception, peu d'orgasme avant la

conception) mais à aucune variable obstétricale (mode d'accouchement, allaitement, sexe de l'enfant, douleur de l'accouchement, présence du conjoint à l'accouchement, déclenchement du travail, etc.). La date moyenne de reprise des rapports se situe entre 6 semaines et 3 mois après l'accouchement [4,5,6]. Connolly et al ont interrogé 150 nullipares entre 30 et 40 semaines d'aménorrhée puis à 2, 6, 12 et 24 semaines du post-partum [7]. A 6, 12 et 24 semaines post-partum, 57, 82 et 90% des accouchées avaient repris des rapports. A 24 semaines du post-partum, la qualité de l'orgasme était considérée comme similaire ou supérieure à celle d'avant la grossesse par 83% des accouchées. Il n'y avait pas de différence selon le mode d'accouchement pour la reprise des rapports ou la présence d'un orgasme. Dans un échantillon de 1249 accouchées, les troubles sexuels du postpartum sont associés à la dépression, la fatigue et la douleur périnéale [4]. Gungor et al ont interrogé 107 hommes qui accompagnaient leur femme à une consultation de gynécologie et obstétrique [8]. Il n'y avait pas de différence significative pour la sexualité masculine selon que la femme avait accouché par césarienne, avait accouché par voie vaginale ou n'avait jamais accouché.

L'accouchement vaginal peut s'accompagner de lésions traumatiques de la vulve, du périnée, du vagin, du levator ani, du sphincter anal ou du nerf honteux. Une déchirure périnéale retarde la reprise des rapports sexuels et est associée à plus de dyspareunie, cependant la différence n'est plus significative après quelques mois [9,10]. Dans une enquête suédoise qui portait sur un échantillon de 2490 femmes, la reprise des rapports était retardée 6 mois après l'accouchement en cas de déchirure vaginale (RR=1,6 ; IC95% 1,2-2,3), périnéale (1,5 ; 1,1-2,1) ou du sphincter anal (2,2 ; 1,1-4,6), mais il n'existait plus de différence à 12 mois [11]. Trois mois après un accouchement vaginal, le score de l'IRS (Intimate Relationship Scale) qui mesure la fonction sexuelle du postpartum est similaire en cas de traumatisme périnéal absent ou mineur (pas de suture) et de traumatisme du second au quatrième degré [12]. Brubaker et al ont montré que 6 mois après l'accouchement les femmes qui ont souffert d'un périnée

complet sont moins susceptibles d'avoir repris une activité sexuelle (88 contre 94% des femmes ayant accouché vaginalement sans périnée complet) [13]. En revanche, le score du PISQ-12, qui mesure la fonction sexuelle de la femme, était similaire chez la femme accouchée vaginalement, sans ou avec périnée complet, et la femme accouchée par césarienne. Deux études cas-témoin montrent que plusieurs années après de l'accouchement la dyspareunie reste plus fréquente chez les femmes qui ont souffert d'un périnée complet [14,15]. Aucune étude n'a examiné le lien entre dyspareunie postnatale et neuropathie honteuse ou lésion du levator ani.

La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50% selon les études et le mode d'accouchement (Tableau 1) [9,13,16,18-30]. Dans une étude qui portait sur 62 femmes suivies après leur accouchement, la durée moyenne des symptômes de dyspareunie était de 4 mois et la médiane de 5 mois et demi [20]. Le suivi longitudinal montre que la prévalence de la dyspareunie postnatale de novo diminue rapidement passant de 30% à 12 semaines à 17% à 24 semaines dans une étude, et de 24% à 6 mois à 8% à 12 mois dans une autre étude [5,7]. Barrett et al ont questionné 484 primipares à 3 et 6 mois du postpartum [26]. L'analyse en composante principale montrait que les troubles sexuels se regroupaient en 3 domaines : la dyspareunie (douleur à la pénétration, douleur pendant le rapport, étroitesse vaginale, manque de lubrification), le trouble du plaisir (difficulté à atteindre l'orgasme, perte du désir sexuel, perte du tonus vaginal) et le trouble postcoïtal (orgasme douloureux, saignement ou irritation après le rapport). Seul le premier domaine, la dyspareunie, était modifié par le mode d'accouchement (vaginal versus césarienne) à 3 mois et la différence n'était plus significative à 6 mois. La dyspareunie était plus fréquente après accouchement instrumental (84% à 3 mois). Il n'y avait pas de différence entre césarienne programmée (62% à trois mois) et césarienne en travail (48% à 3 mois). L'essai randomisé de Sleep et al (éviter l'épisiotomie versus éviter la déchirure périnéale) montre une reprise plus rapide des rapports

sexuels dans le groupe éviter l'épisiotomie, mais 3 mois et 3 ans après il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour la reprise des rapports et la dyspareunie [16,17]. Dans une population de 627 primipares interrogées 4 ans après leur premier accouchement, nous n'avons pas retrouvé de différence dans la prévalence de la dyspareunie selon la politique d'épisiotomie de la maternité (systématique versus restrictive) ou bien le mode d'accouchement [31]. L'essai randomisé de Hannah et al (césarienne programmée versus accouchement vaginal pour la présentation du siège à terme) ne montre pas différence pour l'absence de rapport ou pour la dyspareunie à 3 mois et 2 ans, que l'analyse soit faite en intention de traiter ou en tenant compte de la voie d'accouchement effective [22,23]. L'enquête de Dean et al porte sur 2765 femmes qui ont répondu à un questionnaire portant sur la fonction sexuelle 6 ans après l'accouchement, il n'existait aucune différence en fonction du mode d'accouchement pour l'intérêt porté au sexe, le désir, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la dyspareunie [32]. La seule différence significative portait sur le tonus vaginal ressenti qui est été considéré comme meilleur par les femmes accouchées par césarienne seulement (score moyen à 3,46 contre 3,21 chez les femmes accouchées par voie vaginale spontanée seulement).

Dans un échantillon de 2109 femmes âgées de 40 à 69 ans, l'activité sexuelle n'est pas associée à la parité [33]. Dans une enquête transversale qui porte sur 2640 femmes âgées de 50 à 61 ans, la dyspareunie (définie par la question « avez-vous mal lors des rapports sexuels ? » ; « jamais » ou « rarement » versus « quelquefois », « souvent » ou « tout le temps ») n'est pas associée au mode d'accouchement (13% si accouchement vaginal spontanée, 12% si forceps et 18% si césarienne) et diminue avec la parité (14% chez la femme sans enfant, 13% chez la femme accouchée une fois, 14% deux fois, et 11% trois fois ou plus) [34]. Dans leur enquête, MacLennan et al retrouvent une prévalence maximale de la dyspareunie chez la femme sans enfant et une prévalence décroissante en fonction de la parité

[35].Witting et al ont interrogé un échantillon de 2081 femmes âgées de 33 à 43 ans en utilisant le FSFI (Female Sexual Function Index) [36]. La fonction sexuelle évaluée par ce score était meilleure chez la multipare. Botros et al ont interrogé 271 paires de jumelles en utilisant le PISQ-12 [37]. Chez 29 paires discordantes pour la parité le score était meilleur chez les nullipares, cependant l'effet de la parité portait essentiellement sur le désir et l'excitation sexuelle, diminués chez la femme avec enfant. Il n'existait aucune différence en fonction du mode d'accouchement.

Conclusion

Des douleurs au moment des rapports sexuels sont fréquemment rapportées par les accouchées. Les déchirures périnéales retardent la reprise des rapports. Les déchirures les plus graves peuvent laisser des séquelles à long-terme. Cependant la prévalence de la dyspareunie diminue rapidement dans le post-partum immédiat et après plusieurs mois la majorité des femmes ont repris une activité sexuelle similaire à celle d'avant la conception. A distance de l'accouchement il n'existe pas de différence pour la prévalence de la dyspareunie entre les femmes accouchées par césarienne et celles accouchées par les voies naturelles.

Références

- 1 AlMufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996;347:544.
- 2 Ryding EL. Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63:679-82.
- 3 Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *BJOG* 1981;88:882-9.
- 4 Glazener C. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:330-5.
- 5 Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, Bolis P. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol* 2008;87:313-8.
- 6 Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one US academic hospital. *J Sex Med* 2007;4:115-23.
- 7 Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J* 2005;16:263-7.
- 8 Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *J Sex Med* 2008;5:155-63.
- 9 Berthet J, Pache P, Racinet C. Evaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985;14:769-73.
- 10 Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881-90.
- 11 Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 2008;35:98-106.
- 12 Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health* 2009;54:98-103.

-
- 13 Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, Weber A, for the Pelvic Floor Disorders Network. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1040-4.
 - 14 Haadem K, Ohrlander S, Lingman G. Long-term ailments due to anal sphincter rupture caused by delivery, a hidden problem. *Eur J Obstet gynecol Reprod Biol* 1988;27:27-32.
 - 15 Mous M, Muller SA, de Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery : faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG* 2008;115:234-8.
 - 16 Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-90.
 - 17 Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *BMJ* 1987; 295: 749-51.
 - 18 Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick MS, Luskey GW, Joshi AK. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8.
 - 19 Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *BJOG* 1998; 105:156-61.
 - 20 Goetsch MF. Postpartum dyspareunia, an unexplored problem. *J Reprod Med* 1999;44:963-8.
 - 21 Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29:83-94.
 - 22 Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, Amankwah K, Cheng M, Helewa M, Hewson S, Saigal S, Whyte H, Gafni A; Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002;287:1822-31.
 - 23 Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:917-27.

-
- 24 Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L, Soothill PW, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:4-10.
- 25 Bahl R, Strachan B, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity at 3 years after instrumental delivery and cesarean delivery in the second stage of labor and the impact of a subsequent delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192: 789-94.
- 26 Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:332-9.
- 27 Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:42-6.
- 28 Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005;32:306-11.
- 29 Molkenboer JFM, Debie S, Roumien FJME, Smits LNJ, Nijhuis JG. Maternal health outcomes two years after term breech delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:319-24.
- 30 Lal M, Pattison HM, Allan TF, Callender R. Postcesarean pelvic floor dysfunction contributes to undisclosed psychosocial morbidity. *J Reprod Med* 2009;54:53-60.
- 31 Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery, a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247-52.
- 32 Dean N, Wilson D, Herbison P, Glazener C, Aung T, MacArthur C. Sexual function, delivery mode, pelvic floor exercises and incontinence: A cross-sectionnal study six years post-partum. *Aus N Zeal J Obstet Gynaecol* 2008;48:302–11.
- 33 Addis IB, van den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH, for the reproductive risk factors for incontinence study at Kaiser (RRISK) study group. *Obstet Gynecol* 2006;107:755-64.
- 34 Fritel X, Ringa V. Enquête sur les troubles périnéaux chez 2640 femmes âgées de 50 à 61 ans. Données non-publiées issues de la cohorte GAZEL.

-
- 35 MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
- 36 Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, von der Pahlen B, Varjonen M, Ålgars M, Sandnabba NK. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008;34:89-106.
- 37 Botros SM, Abramov Y, Millar JJR, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg RP. Effect of parity on sexual function, an identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107:765-70.

Tableau 1

Les troubles génito-sexuels du postpartum en fonction des modalités de l'accouchement.

	N	Mode d'accouchement	Post-partum	Symptômes	p
Sleep [16] 1984 (NP1)	438	intention d'éviter l'épisiotomie	3 mois	18% de dyspareunies	ns
	457	intention d'éviter la déchirure périnéale		22%	
Sleep [17] 1987 (NP1)	329	intention d'éviter l'épisiotomie	3 ans	13% de dyspareunies	ns
	345	intention d'éviter la déchirure périnéale		16%	
Klein [18] 1994 (NP3)	100	périnée intact	3 mois	5% de non-satisfaction sexuelle	0,02
	183	déchirure périnéale spontanée		16%	
	263	épisiotomie non compliquée		16%	
	61	périnée complet		21%	
Brown [18] 1998 (NP3)	927	vaginal spontané	6 mois	24% de problème sexuel	0,006
	155	vaginal avec forceps		39%	
	118	césarienne en urgence		29%	
	125	césarienne programmée		27%	
Goetsch [20] 1999 (NP3)	48	vaginal	2-8 semaines	50% de dyspareunie	ns
	14	césarienne		29%	
Signorello [9] 2001 (NP3)	211	périnée intact ou 1 ^{er} degré	3 mois	33% de dyspareunie	0,001
	336	déchirure périnéale du 2 nd degré		48%	
	68	périnée complet		61%	
Thompson [21] 2002 (NP3)	211	périnée intact ou 1 ^{er} degré	6 mois	19% de dyspareunie	ns
	336	déchirure périnéale du 2 nd degré		24%	
	68	périnée complet		27%	
Thompson [21] 2002 (NP3)	887	vaginal spontané	8 semaines	18% de problème sexuel	0,001
	175	instrumental		31%	
	233	césarienne		23%	
Thompson [21] 2002 (NP3)	887	vaginal spontané	16 semaines	20% de problème sexuel	0,002
	175	instrumental		33%	
	233	césarienne		23%	
Thompson [21] 2002 (NP3)	887	vaginal spontané	24 semaines	18% de problème sexuel	0,01
	175	instrumental		28%	
	233	césarienne		19%	
Hannah [22] 2002 (NP2)	798	intention de voie vaginale	3 mois	19% de dyspareunie	0,43
	798	intention de césarienne		17%	
Hannah [22] 2002 (NP2)	529	vaginal		18% de dyspareunie	0,88
	1067	césarienne		18%	
Hannah [23] 2004 (NP2)	460	intention de voie vaginale	2 ans	8,5% de dyspareunie	0,84
	457	intention de césarienne		8,8%	
Liebling [24] 2004 (NP3)	167	forceps au bloc opératoire	6 semaines	26% de dyspareunie	0,001
	187	césarienne à dilatation complète		8,6%	
Liebling [24] 2004 (NP3)	147	forceps au bloc opératoire	1 an	17% de dyspareunie	0,07
	167	césarienne à dilatation complète		10%	
Bahl [25] 2005 (NP3)	133	forceps d'essai	3 ans	28% de dyspareunies	ns
	150	césarienne à dilatation complète		27%	
Barrett [28] 2005 (NP3)	365	primipare vaginal	3mois	76% de dyspareunie	0,001
	119	primipare césarienne		53%	
Barrett [28] 2005 (NP3)	365	primipare vaginal	6 mois	44% de dyspareunie	0,27
	119	primipare césarienne		39%	
Klein [26] 2005 (NP3)	150	primipare, vaginal	3 mois	31% de dyspareunie	ns
	38	primipare, césarienne		32%	
Buhling [27] 2006 (NP3)	115	vaginal spontané	6-30 mois	3,5% de dyspareunie	0,001
	316	vaginal avec épisiotomie/déchirure		11%	
	114	instrumental		14%	
	58	césarienne		3,4%	
Molkenboer [29] 2007 (NP3)	140	intention de voie vaginale	2 ans	17% de dyspareunie	0,96
	43	intention de césarienne		17% de dyspareunie	

Brubaker [13] 2008 (NP3)	200 198 61	vaginal spontané périnée complet césarienne programmée	6 mois	38% de dyspareunie 35% 30%	0,38
Fritel [31] 2008 (NP2)	320 307	maternité « contre » l'épisiotomie maternité « pour » l'épisiotomie systématique	4 ans	18% de dyspareunie 21%	0,45
Lal [30] 2009 (NP3)	100 184	vaginal césarienne	10 mois	46% de dyspareunies 28%	0,001

(NP1) Essai randomisé. (NP2) Objectif secondaire issu d'un essai randomisé ou étude comparative quasi-randomisée. (NP3) Enquête exposé versus non-exposé. (ns) non-significatif.