

[For or against episiotomy? Against episiotomy]

Xavier Fritel, Alain Pigné

► To cite this version:

Xavier Fritel, Alain Pigné. [For or against episiotomy? Against episiotomy]. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Elsevier Masson, 2001, 29 (9), pp.634-5. <inserm-00370109>

HAL Id: inserm-00370109

<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00370109>

Submitted on 23 Mar 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.

Contre l'épisiotomie

Dr Xavier Fritel, Pr Alain Pigné.
Service de Gynécologie et Obstétrique.
Hôpital Rothschild, 33 bd de Picpus 75012 Paris, France.

L'épisiotomie a été promue au début du XX^e siècle pour prévenir les lésions périnéales de l'accouchement. Malheureusement l'évaluation de cette mesure préventive montre un résultat incertain, nul ou contraire.

L'épisiotomie est sensée éviter la survenue d'un périnée complet. Mais aucun essai randomisé (éviter l'épisiotomie versus éviter la déchirure) n'a jamais été capable de démontrer cet effet protecteur supposé que se soit pour l'épisiotomie médiane ou pour l'épisiotomie médiolatérale [Sleep 1984, Klein 1992, Argentine 1993].

Pire, pour l'épisiotomie médiane, les enquêtes transversales montrent qu'elle multiplie par 5 environ le risque de survenue d'un périnée complet [Green 1989, Combs 1990, Shiono 1990, Helwig 1993, Labrecque 1997, Angioli 2000]. Un travail récent a comparé les patientes ayant subi une déchirure périnéale simple sans épisiotomie et celles ayant bénéficié d'une épisiotomie médiane sans périnée complet [Signorello 2000]. Même en l'absence de périnée complet, l'épisiotomie médiane multipliait par 3 le risque d'incontinence faecale à 3 mois du postpartum (8,8 contre 3,3%).

Pour l'épisiotomie médiolatérale et le risque de périnée complet la littérature n'est guère plus favorable. Les travaux randomisés existants (éviter la déchirure versus éviter l'épisiotomie) non pas démontré de rôle protecteur de l'épisiotomie médiolatérale vis-à-vis du sphincter anal des parturientes [Sleep 1984, Argentine 1993]. La plus grande étude transversale, qui porte sur 50210 accouchements par voie vaginale d'un singleton pesant plus de 500 gr, montre que l'épisiotomie médiolatérale (13361 furent réalisées) multipliait par deux le risque de périnée complet (OR = 2,3 ; IC95% = 2,1-2,5) [Angioli 2000]. Les deux autres études transversales sont en faveur d'un effet protecteur de l'épisiotomie médiolatérale avec un Odds ratio entre 0,2 et 0,4 [Shiono 1990, Anthony 1994]. Anthony estime que pour éviter un périnée complet, il faudrait réaliser 48 épisiotomies systématiques chez la primipare et 106 chez la multipare. Les travaux non randomisés qui

comparent une politique d'épisiotomie libérale à un politique restrictive ne retrouvent pas d'augmentation de la fréquence des périnéés complets malgré une réduction du nombre d'épisiotomies médiolatérale [Blondel 1985, Henriksen 1994, Colette 1991, Anthony 1994]. Dans le travail d'Anthony, les maternités qui utilisaient peu l'épisiotomie médiolatérale (moins de 11%) n'avaient pas plus de périnée complet que les maternités utilisant souvent l'épisiotomie (plus de 50%). Tout ce passe comme si l'éventuel effet protecteur de l'épisiotomie médiolatérale était concentré chez les 11% de femmes ou elle semble indispensable.

Les études randomisées montrent que la réduction du nombre d'épisiotomies augmente le pourcentage de périnéés intacts, qu'elle diminue la douleur en post-partum immédiat, et que la reprise des rapports sexuels s'effectue plus tôt dans le groupe où l'on a essayé d'éviter l'épisiotomie [Sleep 1984, Argentine 1993].

Par rapport à un périnée intact, la force musculaire du périnée est plus faible en post-partum immédiat en cas d'épisiotomie médiane ou médiolatérale [Klein 1994, Rockner 1991].

Aucun travail prospectif ne retrouve de bénéfice à long terme sur l'incontinence urinaire et le prolapsus génital d'une utilisation libérale de l'épisiotomie. Dans le West Berkshire perineal management trial qui est le seul essai randomisé sur l'épisiotomie médiolatérale et l'incontinence urinaire, il n'y a pas de différence à 3 ans de l'accouchement entre le groupe épisiotomie restrictive (329 patientes), et le groupe épisiotomie libérale (345 patientes) [Sleep 1987]. Nous avons réalisé avec Jean-Patrick Schaal (Hôpital Saint-Jacques Besançon) un travail comparant une maternité appliquant une politique d'épisiotomie systématique chez la primipare (99%) à une maternité préférant une politique sélective (51%). Les premières analyses montrent que, quatre ans après le premier accouchement, il n'y a pas de différence pour la prévalence de l'incontinence urinaire.

En conclusion, l'épisiotomie médiane fait plus de mal que de bien et doit être abandonnée. L'épisiotomie médiolatérale a peut-être un effet protecteur du sphincter anal.

Mais si cet effet existe, il reste faible et ne justifie pas une utilisation libérale de l'épisiotomie.

Références

- Angioli R, Gómez-Marín O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1083-5
- Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssel EJC, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:1064-7
- Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342:1517-8
- Blondel B, Kaminski M. Episiotomy anal third-degree tears. *Br J. Obstet Gynaecol* 1985;92:1297-8
- Colette C. Conséquences d'une fluctuation provoquée du taux des épisiotomies. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991;86:303-5
- Combs A, Robertson P, Laros K. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:100-4
- Helwig JT, Thorp JM, Bowes WA. Does midline episiotomy increase the risk of third and fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol* 1993;82:276-9
- Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *BMJ* 1994;309:1255-8
- Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online J Curr*

Clin Trials 1992;Doc 10

- Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick, 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
- Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *CMAJ* 1997;156:797-802
- Röckner G, Jonasson A, Olund A. The effect of medio lateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:51-4
- Shiono P, Klebanoff M, Carey C. Midline episiotomies : more harm than good? *Obstet Gynecol* 1990;75:765-9
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000;320:86-90
- Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J* 1984;289:587-90
- Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *BMJ* 1987;295:749-51