

> Episiotomie et incontinence anale

*Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.
Midline episiotomy and anal incontinence : retrospective cohort study.
Br Med J 2000 ; 320 : 86-90.*

*Anne-Marie Leroi,
CHU Rouen.*

□ Résumé de l'article

Cette étude avait deux objectifs :

- préciser le risque d'apparition d'une incontinence anale après un accouchement par voie vaginale, en fonction de la présence ou non d'un traumatisme périnéal ou de la réalisation d'une épisiotomie médiane ;
- déterminer si les patientes ayant eu une épisiotomie médiane ont un risque de développer une incontinence anale dans le post-partum comparable aux patientes qui ont eu une déchirure périnéale de même extension.

Il s'agissait d'une étude rétrospective pour laquelle un questionnaire a été en voyé par la poste à toutes les femmes primipares ayant accouché à terme entre août 1996 et février 1997, au Brigham and Women's Hospital de Boston.

Dans ce questionnaire, les patientes étaient interrogées sur l'existence, 3 mois et 6 mois après leur accouchement, d'une incontinence pour les selles et les gaz.

626 patientes ont répondu à ce questionnaire (taux de réponse = 70 %). Ces patientes ont été séparées en 3 groupes :

- 1^{er} groupe : patientes ayant eu une épisiotomie médiane (n = 209) ;
- 2^e groupe : patientes ayant eu une déchirure périnéale du 2^e, 3^e, ou 4^e degré (n = 206) ;
- 3^e groupe : patientes n'ayant eu aucun traumatisme périnéal ou une déchirure du 1^{er} degré (n = 211).

Les résultats de cette étude ont montré que l'incontinence fécale était plus fréquente après épisiotomie médiane que lorsque le périnée était intact, 3 mois (8,8 % versus 2,4 %) et 6 mois (4,3 % versus 1,5 %) après l'accouchement. Comparativement aux patientes ayant eu une déchirure périnéale, le risque de développer une incontinence fécale était trois fois supérieur à 3 mois et à 6 mois chez les patientes ayant eu une

épisiotomie médiane, et deux fois supérieur à 3 et 6 mois pour l'incontinence aux gaz. Une épisiotomie non-extensive (incision chirurgicale du 2^e degré) triplait le risque d'incontinence fécale et doublait approximativement le risque d'incontinence aux gaz 3 mois après l'accouchement, comparée à une déchirure périnéale du 2^e degré. Le risque d'incontinence lié à l'épisiotomie médiane était indépendant de l'âge maternel, du poids de l'enfant, de la durée du travail, de l'existence d'une délivrance instrumentale et des complications du travail.

Les auteurs ont conclu que la réalisation d'une épisiotomie médiane non seulement ne protégeait pas le périnée postérieur au cours de l'accouchement, mais s'accompagnait d'un risque accru d'incontinence anale.

□ Commentaires de l'article

Les résultats de cette étude sont intéressants, même si la méthodologie est discutable. Le fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective a pu introduire un biais dans l'interprétation des données. En particulier, l'absence de randomisation des patientes ayant accouché avec ou sans épisiotomie, rend difficile la distinction entre les effets de l'épisiotomie elle-même et les effets des différents facteurs qui ont conduit l'obstétricien à réaliser l'épisiotomie.

Les auteurs ont tenté de limiter ce biais par une analyse statistique de régression logistique prenant en compte plusieurs facteurs susceptibles d'interférer entre eux (âge maternel, poids de l'enfant, durée du travail). Par ailleurs, afin de réaliser des groupes de patientes relativement homogènes, les patientes multipares, ayant des grossesses multiples, accouchant de façon prématurée, ou les accouchements par siège, ont été éliminés de l'étude.

Ces résultats sont également à moduler en fonction du type d'épisiotomie réalisée. Dans cette étude, il s'agissait d'une épisiotomie médiane. Il est possible que les

épisiotomies latérales soient moins délétères pour le sphincter anal et soient donc liées à un risque moindre d'incontinence anale du post-partum.

La cause de l'incontinence anale du post-partum chez les patientes ayant eu une épisiotomie n'est pas déterminée. Il aurait été intéressant d'explorer les patientes incontinentes, en particulier par une échographie endo-anale, à la recherche d'une lésion sphinctérienne, et de comparer l'aspect échographique après lésion périnéale réparée et après épisiotomie.

On peut supposer que la réparation périnéale après déchirure est plus "efficace" que la réparation de l'épisiotomie ; et donc qu'une lésion périnéale réparée entraîne moins d'incontinence anale qu'une épisiotomie. Ce dernier point serait important à préciser car il pourrait conduire à une modification de la réparation périnéale chez les patientes ayant eu une épisiotomie, de façon à limiter au maximum le risque d'incontinence anale du post-partum.

□ A propos de l'épisiotomie

Parce que les épisiotomies sont réputées diminuer la durée du travail, les traumatismes périnéaux et, en particulier, les déchirures périnéales du 3^e degré, ainsi que la souffrance fœtale (mécanique et hypoxique), elles sont réalisées de façon quasi-systématique aux Etats-Unis et, à moindre degré, en Europe. Or, une revue exhaustive de la littérature publiée sur ce sujet en 1995, montre que si les épisiotomies préviennent les lacérations périnéales antérieures, elles ne protègent pas efficacement des autres complications précédemment citées et en particulier des traumatismes périnéaux postérieurs (1). Les épisiotomies médianes non seulement ne protégeraient pas le périnée postérieur, mais elles augmenteraient le degré des traumatismes périnéaux postérieurs, le risque de lésion sphinctérienne anale (2). Une des rares études prospectives, comparant le recours systématique à une épisiotomie médio-latérale versus le recours sélectif au même type d'épisiotomie, a montré que les traumatismes périnéaux sévères étaient en général peu fréquents, particulièrement dans le groupe des épisiotomies sélectives.

Les auteurs concluent qu'il est préférable d'éviter le recours aux épisiotomies systématiques (3). Sultan et coll. ont montré la fréquence des lésions sphinctériennes

anales infra-cliniques (découvertes échographiquement) et associées à la présence de troubles anorectaux dans le post-partum (4). L'existence de telles lésions paraît significativement liée à l'utilisation de forceps et cela malgré la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale (4).

Enfin, l'accouchement par voie vaginale peut provoquer un étirement des muscles du plancher pelvien et, de façon concomitante, une augmentation du temps de latence terminale des nerfs pudendaux, témoignant d'une souffrance pudendale plus ou moins réversible (5-7). Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie mette à l'abri de ce type de complications (5-7).

Afin de diminuer les conséquences périnéales des accouchements par voie basse, la priorité dans les années à venir serait de multiplier les études prospectives, si possible randomisées, chez un nombre suffisant de patientes, afin d'établir de manière précise le rôle des différents facteurs obstétricaux, et en particulier les modalités de réalisation des épisiotomies, dans la survenue des traumatismes périnéaux.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Woolley R. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv* 1995 ; 50 : 806-35.
- (2) Klein Mc, Gauthier RJ, Jorgensen SH et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation ? *Online J Curr Clin Trials* 1992 ; 1.
- (3) Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine versus selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993 ; 342 : 1517-18.
- (4) Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 1905-11.
- (5) Snooks SJ, Swash M, Henry MM et al. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Int. J Colorect Dis* 1986 ; 1 : 20-24.
- (6) Snooks SJ, Swash MM, Mathers SE et al. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor. A 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 1358-60.
- (7) Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour. Prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994 ; 101 : 22-28.