

Épisiotomie : Une coupure propre vaut mieux qu'une déchirure, vraiment ?



Le mythe : Une coupure propre vaut mieux qu'une déchirure.

La réalité :

« Comme toute intervention chirurgicale, l'épisiotomie présente certains risques : risque d'hémorragie importante, de formation d'hématome et d'infection. Il n'y a aucune preuve que l'épisiotomie de routine réduit le risque de traumatisme périnéal grave, améliore la guérison du périnée, empêche la souffrance foetale ou réduit le risque d'incontinence urinaire d'effort. »

L'épisiotomie de routine ou prophylactique (à différencier de l'épisiotomie pour indication spécifique telle qu'une souffrance foetale) est l'exemple-type de la procédure qui persiste en **obstétrique** malgré un manque total de preuves qui la justifieraient et un corpus considérable de preuves contre. Toutes les déclarations qui font autorité en faveur de l'épisiotomie sont issues d'un article ancien de 75 ans (DeLee 1920) qui ne produisait pas la moindre trace de preuve. Très récemment, William's Obstetrics (Cunningham, MacDonald, et Gant 1989) établit que «les raisons de la popularité [de l'épisiotomie] parmi les obstétriciens sont claires. Elle substitue une incision chirurgicale droite et nette à une déchirure lacérée qui se produit sinon fréquemment. C'est plus facile à recoudre et se soigne mieux qu'une déchirure. » Human Labor and Birth (Oxorn-Foote 1986) ajoute que l'épisiotomie empêche les «dommages au cerveau de l'enfant » en allégeant la poussée de la tête sur le périnée. Une édition antérieure de William's Obstetrics (Pritchard, MacDonald, et Gant 1985) affirme qu'elle réduit la fréquence des cystocèles (une herniation de la vessie postérieure à travers le mur rectal antérieur) et l'incontinence d'effort (perte d'urine involontaire déclenchée par le rêve, l'éternuement, etc.), bien que l'édition de 1989 admette que ce bénéfice n'est pas prouvé. Cet ouvrage donne ensuite une liste de «questions importantes pour l'obstétricien à propos de l'épisiotomie », dont aucune n'est «faut-il la faire ou non ? ».

Dans une branche de la médecine pleine de paradoxes, de contradictions, d'incohérences et d'illogismes, l'épisiotomie les dépasse tous. L'argument majeur en faveur de l'épisiotomie est qu'elle «protège le périnée d'une déchirure », protection accomplie en tranchant à travers la peau du périnée, le tissu conjonctif et le muscle. Les obstétriciens supposent que les déchirures spontanées occasionnent plus de dégâts, mais maintenant que les chercheurs se penchent sur le sujet, **chaque étude démontre que les déchirures profondes sont presque toutes des extensions d'épisiotomies**. C'est logique : comme le sait quiconque a essayé de déchirer un morceau de tissu, un matériau intact est très

résistant jusqu'à ce qu'on le découpe. Ensuite, il se déchire facilement. En empêchant les muscles du plancher pelvien d'être trop étirés, les épisiotomies sont aussi censées empêcher la descente du plancher pelvien. Cette descente du plancher pelvien est cause d'insatisfaction sexuelle après l'accouchement (le problème était pour l'homme bien sûr, d'où le «point du mari » autrefois toujours pratiqué, un resserrement extrême par la suture qui faisait de la vie sexuelle des femmes une vie de souffrance). Elle cause également incontinence urinaire et prolapsus utérin. Mais les femmes âgées qui subissent actuellement des opérations pour incontinence et prolapsus ont toutes eu de généreuses épisiotomies. Dans tous les cas, **l'épisiotomie** n'est pas pratiquée avant que la tête soit pratiquement prête à sortir. A ce moment-là, les muscles du plancher pelvien sont déjà complètement distendus. Personne n'a jamais expliqué non plus comment, en coupant un muscle puis en le recousant, on peut préserver sa tonicité.

La plus absurde des rationalisations est sans doute le dommage causé au cerveau en raison de la «**poussée de la tête sur le périnée** ». Le périnée d'une femme est une matière douce, élastique, pas du béton. Personne n'a pu démontrer que l'épisiotomie protège le bien-être neurologique foetal, pas même chez les enfants prématurés les plus petits et les plus fragiles, sans parler des enfants nés à terme et en bonne santé (Lobb, Duthie, et Cooke 1986, The 1990, résumés ci-dessous)

En revanche, comme les auteurs cités plus hauts à propos de «la réalité » le soulignent, l'épisiotomie, comme toute autre intervention chirurgicale, présente un **risque d'hémorragie, de mauvaise cicatrisation et d'infection**. Les infections sont douloureuses. Les points de suture doivent alors être retirés pour drainer la cicatrice, et le périnée doit être recousu plus tard.

Dans leur revue de la littérature, Thacker et Bauta (1983) ont mis en évidence que les infections de la cicatrice et les abcès s'élèvent de 0,5%

à 3%. De plus, deux infections gangreneuses extrêmement rares appelées nécrotisation faciitis et clostridial myonecrosis rapportés par la littérature. Ces infections tuent beaucoup de femmes qui les contractent et mutilent celles qui survivent. Dans William's Obstétrics (Cunningham, Mac Donald and Gant, 1989), on peut lire en caractères gras : « la mortalité est presque universelle sans traitement chirurgical, et elle s'approche de 50% même si dans les cas où une excision agressive est réalisée ». Ces infections sont rares, mais elles représentent une part substantielle de la mortalité maternelle. Entre 1969 et 1974, elles ont causé 27% des décès maternels dans le Comté de Kern, Californie (Ewing, Smale and Eliot, 1979). Une femme sur quatre y survécut, après 23 jours à l'hôpital. Shy et Eschenbach (1979) rapportent quatre cas dans le Comté de King, Washington, entre 1969 et 1977. Trois femmes en sont décédées, ce qui représente 20% du taux de mortalité maternelle sur ces deux années. La quatrième femme a survécu, après avoir perdu la presque totalité de sa vulve lors d'une excision chirurgicale et d'un débridement. Neuf autres cas sont reportés, dont sept femmes sont décédées, et deux ont subi d'importantes opérations chirurgicales et des hospitalisations prolongées (Soper, 1986 ; Sutton et al., 1985 ; Ewing, Smale et Elliott, 1979 ; Golde et Ledger, 1977). Etant donné que tous les décès concernaient des femmes en bonne santé avec un travail sans complications, leur épisiotomie les a littéralement tuées.

Manifestement **une infection** peut aussi démarrer de la cicatrice d'une déchirure, mais un nombre significatif des femmes qui n'ont pas d'épisiotomie conservent leur périnée intact. Il semble aussi qu'il y ait un lien entre l'étendue de la déchirure et ces infections mortelles. 9 cas sur 17, c'est-à-dire plus de la moitié, concernaient des déchirures du 3e ou 4e degré (déchirure ou coupure chirurgicale à l'intérieur ou au travers du sphincter anal). Il faut répéter que les femmes qui n'ont pas d'épisiotomie ne souffrent presque jamais de déchirure profonde.

Malgré 20 ans de preuves accumulées en défaveur de l'épisiotomie, la

plupart des médecins et des sages-femmes s'accrochent toujours à une utilisation très généreuse de l'épisiotomie. L'expérience canadienne contrôlée et randomisée sur plusieurs centres (Klein et al. 1992, résumé ci-dessous) ne convainc pas les médecins de l'abandonner. Le taux d'épisiotomie fut réduit d'un tiers dans la partie de l'étude appelée **«utilisation restreinte de l'épisiotomie»**. Plus de la moitié (57%) des primipares de ce groupe d'«utilisation restreinte de l'épisiotomie » continuait d'avoir une épisiotomie, tout comme près d'un tiers (31%) des multipares.

« L'intensité avec laquelle les médecins adhéraient à la croyance que l'épisiotomie est bénéfique aux femmes est bien illustrée par le comportement de plusieurs médecins participant à l'expérience. Plusieurs ne voulurent pas ou ne purent pas réduire leur taux d'épisiotomie conformément au protocole. »

Si l'épisiotomie manque de justification scientifique, qu'est-ce qui pousse à l'utiliser ?

Comme l'écrit Robbie Davis-Floyd (1992), anthropologue médicale, l'épisiotomie correspond à des croyances culturelles inconscientes au sujet des femmes et de l'accouchement. Elle renforce des croyances à propos du corps féminin qui serait défaillant et peu digne de confiance, et à propos des dangers que celui-ci fait courir aux femmes et aux bébés. Ainsi, DeLee (1920), convaincu de ces croyances, écrit :

On dit que le travail est une fonction naturelle, et beaucoup le croient toujours... Pourtant, c'est décidément un processus pathologique... Si une femme tombe sur une fourche à foin et que le manche traverse son périnée, nous appelons cela pathologique-anormal. Mais si un grand bébé est conduit à travers le plancher pelvien, nous disons que c'est naturel, et donc normal. Si un bébé devait se coincer la tête dans une porte, très doucement mais suffisamment pour se causer une

hémorragie cérébrale, nous dirions que c'est décidément pathologique. Mais si la tête d'un bébé est projetée contre un plancher pelvien serré, et qu'une hémorragie cérébrale le tue, nous disons que c'est normal.

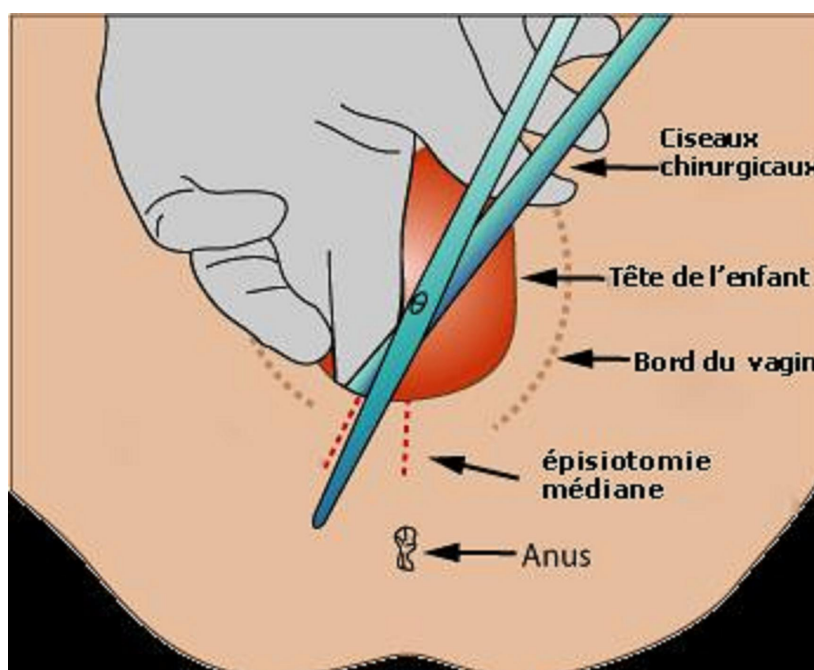
Après avoir inventé le problème, il profère une solution : Dès que la tête passe à travers le col dilaté, anesthésier la femme à l'éther, couper une large épisiotomie médio-latérale, extraire le bébé avec des forceps et retirer manuellement le placenta, puis donner à la femme scopolamine et morphine pour le long travail de suture et pour «**prolonger la narcose pendant plusieurs heures post-partum pour abolir son souvenir du travail** ». La réparation inclut de tirer vers le bas le col avec des forceps pour l'examiner, et de reconstruire laborieusement le vagin pour restaurer les «conditions virginales ». Peu de médecins souhaitent aller aussi loin que DeLee, mais ces croyances à propos des femmes pervertissent toujours l'obstétrique, et nourrissent la pratique de l'épisiotomie.

L'épisiotomie remplit un autre objectif. Davis-Floyd observe que c'est la chirurgie qui domine dans la hiérarchie des valeurs de la médecine occidentale, et l'obstétrique est une spécialité de la chirurgie. L'épisiotomie transforme un accouchement normal –et même une naissance naturelle dans une salle d'accouchement- en un acte chirurgical.

Davis-Floyd souligne aussi que l'épisiotomie, la destruction et reconstruction des organes génitaux des femmes, permet aux hommes de contrôler les «aspects puissamment sexuels, créatifs et menaçant pour l'homme de la femme ». C'est ce qui se cache derrière l'emphase de DeLee à propos de la restauration chirurgicale des «conditions virginales ». Cela explique en partie que la plupart des expériences sur l'épisiotomie ont été menées dans des pays européens où les accouchements normaux sont conduits par des sages-femmes, et non aux Etats-Unis ou au Canada, où l'accouchement est conduit (jusque récemment) par des médecins-hommes : En Europe, les femmes ne sont pas menacées dans

leur subconscient par la naissance. Klein et al. constatent un plus grand succès de l'usage « restreint » de l'épisiotomie dans les expériences britanniques. Elles ont débouché sur moins d'épisiotomie et plus de périnées intacts. Ils l'expliquent par le « confort plus grand qu'ont les sages-femmes britanniques à assister des naissances avec l'intention de préserver un périnée intact ».

En bref, l'épisiotomie de routine a une fonction rituelle mais ne remplit aucun objectif médical. Si un lecteur pense autrement, je le défie de trouver une étude crédible conduite dans les quinze dernières années qui soutienne ses croyances.



Note : Il y a deux types d'épisiotomies : médiane (directement vers le rectum), et médio-latérale (vers le bas puis sur le côté). Aux Etats-Unis et au Canada, les médecins pratiquent généralement l'épisiotomie médiane, alors qu'en Europe, les médecins et sages-femmes préfèrent la médio-latérale. Selon Williams Obstetrics (Cunningham, MacDonald et Gant, 1989), l'épisiotomie médiane est moins douloureuse, cicatrise mieux, et risque moins de causer une dyspareunie (souffrance lors du coït), et elle cause moins de pertes sanguines, mais elle risque plus de s'étendre jusqu'au rectum. L'épisiotomie médio-latérale a les caractéristiques

inverses. En raison de ces différences, je noterai quel type d'épisiotomie a été réalisée pour chaque référence résumée ci-dessous.

En raison de ces différences, j'ai exclu les études sur l'épisiotomie médio-latérale, chaque fois que des données étaient disponibles sur l'épisiotomie médiane. Sur beaucoup de sujets cependant, elles n'étaient pas disponibles. (Pour ceux qui vivent dans les pays où l'épisiotomie médio-latérale est la norme, les conclusions sur les bénéfices et risques de l'épisiotomie étaient similaires, quel que soit le type). C'est parce que jusque très récemment, les médecins américains et canadiens étaient tellement convaincus de la valeur de l'épisiotomie qu'ils ne ressentaient pas la nécessité de tester leur théorie. C'était moins vrai des sages-femmes européennes, et par extension, des médecins avec lesquels elles travaillent.

Henci Goer – Chapitre 14, Episiotomy. In Obstetrical Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature (Les mythes obstétricaux à l'épreuve de la réalité scientifique). Westport: Bergin & Garvey, 1995, p.275-293.

Traduit de l'anglais par A-V. Brunner – [Source](#)

» L'espoir qui reste à l'humanité, c'est qu'un jour les parents puissent vraiment agir dans l'intérêt des enfants, qu'ils deviennent assez conscients pour être du côté de l'enfant et pour l'aider à se développer dans la liberté, l'intelligence et l'amour » A.S Neill