

Complications anales durant la grossesse et le post-partum

1^{re} partie – Incontinence anale

➔ **Laurent Abramowitz**

(✉) Proctologie médico-chirurgicale du service de gastro-entérologie, CHU Bichat Claude Bernard. Tél. : 01 40 25 72 53

Et cabinet libéral, Paris. Tél. : 01 40 50 11 22

E-mail : laurent.abramowitz@bch.aphp.fr

Introduction

Alors que le risque d'incontinence urinaire après un accouchement est connu et systématiquement recherché depuis des décennies, l'incontinence anale est toujours taboue et encore peu prise en charge alors qu'il a été identifié depuis plus de vingt ans [1]. Le contexte est en pratique difficile car il s'agit de femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ces troubles fonctionnels. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Ce tabou est responsable d'une absence de verbalisation des patientes qui n'osent en parler que si on leur pose clairement la question. Or, la pratique nous montre que, souvent, les médecins aussi n'osent pas aborder ce problème. C'est l'objectif de cette présentation de définir les patientes à risque qui doivent avoir un dépistage et une prise en charge en général très simple en première intention.

L'identification des facteurs de risque de traumatismes du périnée peuvent laisser espérer une action en amont afin de diminuer le risque d'incontinence anale après les accouchements et surtout à distance chez les femmes plus âgées.

Nous n'aborderons pas les exceptionnelles complications de type prolapsus rectaux ou rectocèles qui surviennent plus tardivement chez les femmes.

Épidémiologie

Incidence de l'incontinence après un accouchement

Après un premier accouchement, 13 % des femmes ont une incontinence

anale *de novo* [1-3]. Il s'agit le plus souvent de fuites de gaz avec un retentissement qui peut être très invalidant dans la vie professionnelle, lors des loisirs ou des relations intimes. Dans 1 à 2 % des cas, il s'agit de pertes de selles [1-3], avec un retentissement encore plus important sur la qualité de vie. Ce pourcentage est à rapporter aux 700 000 accouchements par an en France. Ces patientes ont par ailleurs, souvent une incontinence urinaire associée avec 3,5 % de femmes ayant cette double peine [4].

Évolution en fonction de la parité

L'étude princeps du St Mark's Hospital [1] avait analysé prospectivement une cohorte de 79 primipares et de 48 multipares ayant accouché par voie vaginale. Les primipares et les multipares avaient développé une incontinence *de novo* dans respectivement 13 et 6 % des cas. Le premier accouchement avait alors été considéré comme étant le plus traumatisant pour le périnée.

Puis, deux autres séries prospectives [2, 5], avec dans chacune 59 secondipares accouchant par voie vaginale, ont ensuite démontré qu'un deuxième accouchement pouvait également provoquer une incontinence anale *de novo* avec la même incidence qu'après le premier.

Les facteurs de risques d'un nouveau traumatisme du périnée, lorsque le premier accouchement a occasionné une déchirure du périnée, ont été analysés sur une cohorte danoise. Chez 159 446 femmes, 7 336 (4,6 %) ont présenté une déchirure du périnée lors de leur premier accouchement et 521 (7,1 %) ont récidivé lors du deuxième. Après analyse multivariée, les facteurs de risques de nouvelle déchirure du périnée étaient : le poids du bébé (OR = 2,94 ;

Objectifs pédagogiques

- Épidémiologie des complications, classification par ordre de fréquence
- Peut-on les prévenir ?
- Principes thérapeutiques en post-partum, et en cas d'allaitement
- Traitement médical des principales complications
- Place de la chirurgie proctologique en post-partum ?

Conflits d'intérêts

Financement d'études, de formations et consultant pour les laboratoires Pierre Fabre, Bayer, Abbvie, Servier, Techni-Pharma, Sanofi.

95 % CI 2,31-3,75 par kg augmenté), l'utilisation de ventouse (OR = 2,96 ; 95 % CI 2,03-4,31), une dystocie des épaules (OR = 1,98 ; 95 % CI 1,11-3,54), la durée d'accouchement (OR = 1,08 par année ; 95 % CI 1,02-1,15), l'année de 2^e accouchement (OR = 1,06 ; 95 % CI 1,03-1,09) et le premier accouchement avec déchirure du périnée très sévère (stade 4) (OR = 1,72 ; 95 % CI 1,28-2,29) [6]. Par contre, les accouchements ultérieurs semblent moins pourvoyeurs d'incontinence anale du post-partum [2].

Évolution de la continence en fonction du temps

Il n'existe pas d'étude prospective sur 20 à 30 ans pour répondre précisément à cette question sur le long terme. L'expérience clinique et les quelques études rétrospectives qui ont analysé le devenir de l'incontinence anale du post-partum semblent montrer qu'elle diminue en fréquence et en intensité durant les mois qui suivent l'accouchement. Mais il est probable que les accouchements traumatiques successifs provoquent des lésions qui deviennent irréversibles et vont être en partie responsables d'une incontinence anale chez la femme plus âgée.

Ainsi, dans une étude de cohorte [7], 48 femmes ayant présenté une déchirure du périnée stade 3 ou 4 (stade 3 = rupture du sphincter externe reconnue par l'obstétricien ; stade 4 = rupture du sphincter externe et de la muqueuse anale reconnue par l'obstétricien) ont été interrogées sur leur continence anale un mois puis un an après leur accouchement. À un mois, 10 femmes (21 %) souffraient d'incontinence anale (dont 8 pour les gaz). À un an, il n'était plus observé d'incontinence fécale et 3 patientes (7 %) rapportaient une incontinence aux gaz. Cette incontinence semble persister d'autant plus fréquemment au-delà d'un an qu'elle est associée à une incontinence urinaire ou qu'elle apparaît après un nombre d'accouchements répété [8].

Cinq à 10 ans après une déchirure du périnée, le risque d'IA est multiplié par 2,32 (95 % CI 1,27-4,26) avec 19 % d'IA sévère et 9 % qui doivent se protéger [9]. À plus long terme, une incontinence anale avec fuite dans les sous-vêtements était observée chez 12 parturientes sur 41 (29 %) qui avaient présenté une déchirure du périnée 20 ans auparavant, contre une seule chez les 38 parturientes (3 %) avec accouchement non compliqué [10].

Physiopathologie

Les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo-rectale).

Lésions neurologiques

Le nerf pudendal est sensitivo-moteur, bilatéral et issu des racines sacrées S2, S3 et S4. Snooks *et al.* [11] ont montré en 1984 qu'il peut être étiré durant les efforts de poussée de la parturiente. En effet, les femmes accouchant par voie vaginale avaient un allongement du temps de latence du nerf significativement plus important que celles qui accouchaient par césarienne ou qu'une population contrôle n'ayant pas accouché. Les résultats étaient identiques dans le groupe contrôle et les césariées. Ces lésions du nerf pudendal étaient prédominantes à gauche et associées à une baisse de la contraction volontaire. Deux mois après l'accouchement, il n'existait plus de différence du temps de latence du nerf pudendal entre les patientes qui avaient accouché par voie vaginale et la population témoin ou les césariées. Par contre 5 ans après leur accouchement, ce temps de latence était de nouveau significativement plus élevé par rapport à une population contrôle de nulipares. Cette lésion du nerf pudendal était de nouveau associée à une baisse de la contraction volontaire [12]. Deux autres séries [5, 13] ont montré que, lors des 2 ou 3 premiers accouchements, les lésions du nerf pudendal étaient cumulatives. Il semble donc que, malgré la régression des lésions de ce nerf après le premier accouchement, les accouchements successifs provoquent des dommages cumulatifs responsables d'une baisse de la contraction sphinctérienne au long court.

Lésions musculaires

Trois muscles permettent d'avoir une continence normale. La sangle pubo-rectale qui est un muscle strié et forme l'angle ano-rectal de 90° lorsqu'il est contracté en-dehors de la défécation. Elle n'est qu'exceptionnellement lésée après un accouchement, sauf en cas d'épisiotomie trop profonde (Fig. 1). Les deux autres sont les sphincters interne

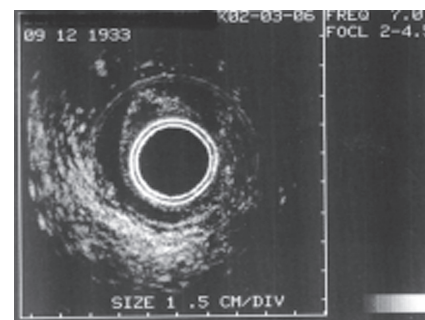


Figure 1. Vue échographique d'une rupture de la branche gauche de la sangle pubo-rectale

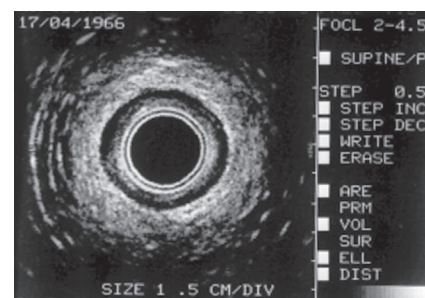


Figure 2. Vue échographique normale des sphincters internes et externes de l'anus. Le sphincter interne correspond à l'anneau hypo-échogène (noir) et le sphincter externe est hyper-échogène (blanc)

et externe (Fig. 2). Les déchirures du périnée stade 3 et 4, qui par définition touchent le sphincter externe, sont pourvoyeuses d'incontinence anale malgré la réparation périnéale effectuée par l'obstétricien immédiatement après l'accouchement [14]. L'IA est alors proportionnelle à l'importance de la déchirure périnéale [15]. La qualité de la réparation est bien sûr essentielle, dans un contexte difficile car cette chirurgie est réalisée en urgence sur un tissu dilacéré, œdématisé et hémorragique.

Il faut aussi signaler la méconnaissance possible de ruptures sphinctériennes profondes. Ainsi, il y a 20 ans l'équipe du St Marks Hospital [1], en réalisant une échographie endo-anale avant et après l'accouchement, avait montré que les sphincters de l'anus pouvaient être rompus (Fig. 3 et Fig. 4), même si l'obstétricien n'avait pas mis en évidence de déchirure du périnée. Plus récemment, des parturientes ont systématiquement été examinées par leur sage-femme et leur obstétricien après l'accouchement puis une deuxième fois par un obstétricien senior en salle de travail. Les sages-femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de

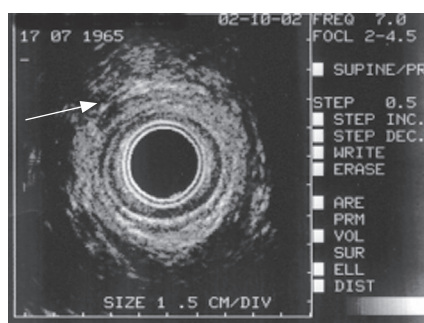


Figure 3. Vue échographique d'une rupture du sphincter externe dans le cadran antéro-droit (flèche blanche)

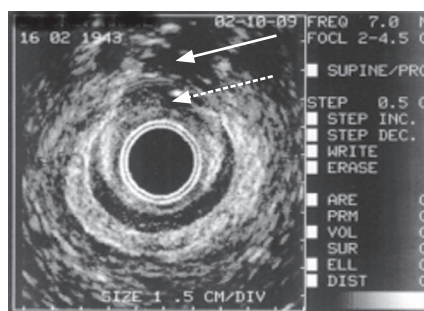


Figure 4. Vue échographique d'une double rupture antérieure médiane des sphincters externe (flèche pleine) et interne (flèche en pointillé)

déchirure sphinctérienne dans 87 % des cas (26/30) et les obstétriciens dans 28 % des cas (8/29) [16].

Le sphincter externe est plus souvent touché que l'interne [2, 17-18], il est alors lésé dans le quadrant antéro-droit dans 75 % des cas [2].

Chez ces femmes jeunes, 25 à 50 % [1-3] des ruptures sphinctériennes diagnostiquées lors d'une échographie endo-anale après l'accouchement sont associées à une incontinence anale du post-partum. La majorité des patientes qui ont ainsi cette rupture sphinctérienne ne souffrent pas immédiatement d'incontinence anale mais ont fragilisé leur capital périnéal.

D'autres mécanismes ?

Une nouvelle approche avec une échographie 3D endo-vaginale et trans-périnéale a permis de montrer que le volume du canal anal s'accroît de 20 % et sa longueur s'allonge de 3 mm entre le début et la fin de la grossesse. Trois mois après l'accouchement, ces modifications disparaissent [19]. Les auteurs attribuent ces augmentations à des modifications de la muqueuse anale qui a pu être évaluée grâce à l'abord endo-vaginal. Or, cet accroissement



Figure 5. À gauche : cicatrice de rupture du périnée stade 3 en Y inversé. À droite : vue échographique de l'anus de la patiente avec une rupture du sphincter externe dans le cadran antéro-droit (flèche blanche)

était moins important chez les femmes qui développent une incontinence anale après l'accouchement. Ces auteurs pointent également le rôle potentiel d'une évolution de l'angle ano-rectal par les modifications physiologiques survenant sur la sangle pubo-rectale durant la grossesse [19].

Facteurs de risques

Ce handicap touche toutes les populations [20] sans facteur ethnique identifié. Les facteurs de risque spécifiques de lésion du nerf pudendal, des sphincters anaux ou d'IA du post-partum diffèrent parfois ; beaucoup sont communs et sont à rechercher systématiquement dans tout bilan d'incontinence anale.

Facteurs de risque de lésion du nerf pudendal

L'utilisation de forceps est sans doute le principal pourvoyeur de lésion de ce nerf [11]. Il semble également que le premier accouchement soit le plus traumatisant [11-13]. Un bébé de plus de 4 kg et une durée d'expulsion prolongée (> 30 min) semblent également des facteurs favorisants [21].

Facteurs de risque de lésion des sphincters de l'anus

Même s'ils sont parfois indispensables, les forceps sont, ici aussi, les principaux facteurs favorisants de lésions des sphincters anaux, avec une rupture qui

est mise en évidence (lorsqu'elle est recherchée systématiquement par échographie endo-anale) dans 63 à 80 % des cas [1-2, 22] après leur utilisation (risque relatif compris entre 8 et 12 selon les séries). L'expérience de l'opérateur joue un rôle prépondérant avec une moindre nocivité de ces instruments lorsqu'ils sont utilisés par des obstétriciens expérimentés. Le taux de rupture sphinctérienne n'était ainsi que de 12 % dans une équipe d'obstétriciens seniors [23].

En cas de déchirures du périnée stade 3 ou 4, il persiste une rupture sphinctérienne dans 40 à 100 % des cas [2, 24-26] si on la recherche par une échographie endo-anale systématique (Fig 5), alors que le sphincter externe a été suturé en fin d'accouchement. Cette persistance d'une rupture échographique est fortement liée au risque d'IA à long terme après l'accouchement [27, 28]. Nous avons par ailleurs observé [2] que les déchirures du périnée cotées stade 1 ou 2 par l'obstétricien (respectant donc en théorie le sphincter) étaient souvent associées à une rupture sphinctérienne ignorée (stade 1 : 9 ruptures sphinctériennes chez 48 parturientes et stade 2 : 4 ruptures sphinctériennes chez 4 parturientes).

Le rôle de l'épisiotomie est sujet à controverse probablement à cause de son absence de standardisation. Il est clair que l'épisiotomie médiane (anglo-saxonne) ne préserve pas le périnée alors qu'il est probable que l'épisiotomie médio-latérale, telle qu'elle est réalisée en France, doit être utile pour

éviter une ou des déchirures périnéales non contrôlées et très difficilement réparables complètement.

La parité joue également un rôle. Le premier accouchement semble le plus traumatique [1, 24], mais l'on s'est ensuite rendu compte que le deuxième pouvait l'être tout autant [2, 5].

Les modalités d'accouchement telles que la durée d'expulsion dépassant une heure ou une péridurale pourraient favoriser la survenue d'une rupture sphinctérienne (OR (95 % IC) avec un risque de respectivement 1,7 (1,14-2,48) et 7,7 (4-14,7)) [22].

Enfin, l'hérédité semble aussi jouer un rôle avec un risque multiplié par 2 pour les filles de femmes ayant eu une déchirure du périnée [29].

Facteurs de risque d'incontinence anale dans le post-partum

Une déchirure du périnée [2, 28] et une rupture sphinctérienne diagnostiquée en échographie [2, 3] sont logiquement des facteurs de risque indépendants d'incontinence anale dans le post-partum et à long terme [9, 15, 30]. Ce risque est ainsi multiplié par 2 [9] à 4 [31] avec une augmentation de ce risque qui est proportionnelle à la gravité de la déchirure du périnée [15]. Six ans après une déchirure du périnée, 10 % des femmes avaient une incontinence fécale alors que seulement 3 % ($p < 0,01$) en souffraient en l'absence de déchirure [15].

De nouveau, le forceps joue un rôle prépondérant puisqu'il est observé 4 à 7 fois plus d'incontinence anale du post-partum après leur utilisation [2, 22].

L'épisiotomie médiane, encore réalisée dans certains pays anglo-saxons, augmente également de 5,5 fois le risque d'incontinence anale. Il a même été démontré qu'une déchirure du périnée provoquait trois fois moins d'incontinences anales qu'une épisiotomie médiane [32]. Le rôle de l'épisiotomie médio-latérale est moins univoque. Il est probable qu'une épisiotomie non systématique, réalisée à bon escient (au moment où la tête du bébé est engagée, le périnée devient tellement ischémié qu'il va se rompre sans aucun contrôle), transforme une déchirure du périnée inéluctable en une plaie contrôlée et dirigée épargnant le sphincter externe [2].

Il semble également qu'une durée d'expulsion [22] ou de travail [2] pro-

longée et la péridurale (en prolongeant la durée d'expulsion) [22] puissent favoriser l'IA après l'accouchement.

L'obésité est un facteur diversement apprécié puisqu'il est associé à une diminution de risque d'incontinence anale après l'accouchement pour certains ou favorisant pour d'autres.

Enfin, une incontinence anale transitoire dans le post-partum est un facteur prédictif de récurrence après l'accouchement suivant [5, 14].

En pratique, les 2 principaux facteurs de risque d'IA à rechercher après un accouchement sont les forceps et une déchirure du périnée.

Comment explorer et traiter une incontinence anale du post-partum ?

Nous l'avons vu, l'incontinence anale du post-partum régresse le plus souvent durant les mois qui suivent l'accouchement. Cette amélioration symptomatique s'effectue soit spontanément, soit aidée par les 10 séances de rééducation du périnée [33], remboursées par la sécurité sociale en France et habituellement prescrites par l'obstétricien dans le post-partum. Elle permet de renforcer l'ensemble du périnée (antérieur, médian et postérieur). Mais elle est rarement mise en pratique par défaut de prescription, ou de réalisation par la parturiente qui est souvent très occupée au moment où elle devrait être réalisée c'est-à-dire, 2 à 3 mois après l'accouchement (reprise du travail, bébé à s'occuper...).

En cas de persistance de fuites anales au-delà de 6 mois, une prise en charge spécifique est nécessaire. Le bilan de première ligne est exclusivement clinique [33, 34], mais complet : interrogatoire (éléments du Wexner (Tableau I), antécédents...), inspection de la marge anale (disparition des plis radiés

de l'anus, béance anale, cicatrice du périnée...), toucher rectal (évaluation du tonus et de la contraction volontaire, recherche d'une rectocèle...), anoscopie (pathologie canalaire associée) et rectoscopie (lésions rectales, stase fécale et type de selles...), sans oublier l'examen du périnée moyen (colpocèle...) et antérieur (fuites d'urines, cystocèle...). La prise en charge consiste à associer une rééducation spécifique de l'anus de type biofeedback à une régulation du transit [34]. La rééducation doit être réalisée par un rééducateur (kinésithérapeute, médical, sage-femme ou infirmier) motivé et spécialement formé à ce type de prise en charge. Il semble qu'il faille privilégier les techniques de biofeedback plutôt que l'électrostimulation [35], même si les opérateurs spécialisés dans ce domaine associent souvent plusieurs techniques en fonction des patientes. Ce type de rééducation a récemment démontré son efficacité dans une étude randomisée multicentrique coordonnée par des Lyonnais [36]. Certains réalisent une manométrie anorectale pour guider la rééducation. Outre le renforcement de l'anus, la régulation du transit est essentielle. Il s'agit de traiter une diarrhée ou le plus souvent d'assurer une vidange rectale régulière et efficace [34].

Dans la très grande majorité des cas, cette première ligne suffit chez ces jeunes femmes. En cas de persistance de symptômes invalidants, des explorations peuvent se discuter pour orienter la suite de la prise en charge [34] :

- la manométrie anorectale peut être utile en cas de doute sur un asynchronisme (contraction paradoxale du sphincter externe ou de la sangle pubo-rectale lors de la défécation) qui pourra bénéficier d'une rééducation spécifique ;
- une échographie endo-anale permet d'identifier, localiser et quantifier une rupture sphinctérienne externe qui pourrait bénéficier d'une réparation chirurgicale (sphinctérorraphie) ;

Tableau I. Score de Jorge et Wexner

Fréquence des pertes	Jamais	< 1/mois	< 1/sem et ≥ 1/mois	< 1/jour et ≥ 1/sem	≥ 1/jour
Solide	0	1	2	3	4
Liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Protection	0	1	2	3	4
Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4

- une colpocystodéfécographie avec opacification du grêle ou une IRM dynamique peut être utile en cas d'anomalies de plusieurs étages du périnée à l'examen clinique (recto-cèle profonde avec manœuvres défécatoires endo-vaginales ± associée à une cystocèle compétitive...), dont la cure chirurgicale pourrait traiter la patiente (incontinence anale par regorgement secondaire à une stase de matières rectales) ;
- les explorations électrophysiologiques du périnée ne semblent pas utiles en dehors d'études cliniques car elles ne permettent pas d'orienter la décision thérapeutique.

En dehors d'anomalies anatomiques du périnée, exceptionnelles chez une jeune femme, la discussion s'effectue en réunion multidisciplinaire de périnéologie souvent entre une sphincterorraphie et une neuromodulation des racines sacrées. La réparation donne de bons résultats à court et moyen termes mais qui s'altèrent très nettement avec le temps [37]. La neuromodulation a été évaluée chez 8 patientes souffrant d'IA du post-partum avec rupture sphinctérienne qui devait être opérée. Six ont été améliorées avec une diminution du nombre de pertes fécales passant de 5,5 (4,5-18) à 1,5 (0-5,5) après un suivi médian de 26,5 mois [6-40] [38], les alternatives pouvant être le TENS (stimulation rétro-tibiale) ou les lavements de PERISTEEN qui n'ont pas été évalués spécifiquement dans le post-partum.

Prévention

Dans un service hospitalier d'obstétrique et de périnéologie de Dublin (Irlande), 11 % des patientes consultent pour avis concernant les modalités d'un 2^e accouchement après un premier traumatisme [39]. Dans notre structure, l'essentiel des demandes d'échographies endo-anales proviennent des maternités pour avis sur le mode d'accouchement.

Cette prévention doit d'abord être primaire. En effet, parmi les 574 175 accouchements du registre des accouchements de Norvège, Suède, Danemark et Finlande, ce dernier pays était celui ayant un nombre très significativement moindre de déchirure du périnée (0,7 à 1 % *versus* 4,2 à 2,3 %) alors qu'il était le seul à avoir mis en place un programme de formation sur cette théma-

tique auprès des accoucheurs. Dans cette même étude, l'instauration de ce programme spécifique de formation a significativement fait chuter le taux de déchirure de 4,1 à 2,3 % en Norvège. [40]. Outre la formation des accoucheurs pour acquérir une bonne technique de l'accouchement (formation sur mannequin ou logiciels dédiés, meilleure connaissance de l'anatomie du périnée...), les principaux facteurs traumatisants sur lesquels nous pouvons aussi agir sont les forceps et l'épisiotomie trop médiane. Les forceps ont leurs indications mais il est parfois possible de les remplacer par des ventouses qui ont montré leur moindre nocivité vis-à-vis du périnée [1, 41]. Nous observons d'ailleurs, en France, une large diffusion de cet outil dans les salles de naissance alors qu'il était très peu diffusé il y a 15 ans. Par ailleurs, l'épisiotomie médio-latérale est encore un sujet très polémique au sein de la collectivité obstétricale française. Ce débat reste en partie très dogmatique car ce geste est peu standardisable quant à la manière et le moment où il est réalisé durant l'accouchement. Cependant, un peu trivialement et surtout de façon pragmatique, nous pensons que lorsqu'un bébé n'arrive pas à sortir, il vaut probablement mieux un élargissement dirigé du vagin par une épisiotomie « bien faite » plutôt qu'une déchirure incontrôlée du périnée.

Cette prévention est également secondaire avec un questionnement sur le mode d'accouchement à conseiller lorsqu'une parturiente a subi un potentiel traumatisme du périnée : durant un accouchement préalable, lors d'une chirurgie ano-rectale...

Dans ce cas de figure, la césarienne programmée est maintenant discutée car ce mode d'accouchement est celui qui préserve le plus le périnée [1-2, 11], avec une morbidité qui a largement chuté. Elle est globalement évaluée à 2,6 % (augmentation modérée du risque de mort fœtale *in utero*, placenta pathologique, infertilité, phlébite, embolie pulmonaire...). Ce risque est alors mis en balance avec celui de la voie basse. Des auteurs ont calculé qu'il faudrait 2,3 césariennes pour éviter un cas d'incontinence anale et qu'à l'inverse le risque relatif de décès maternel était de 2,6 avec une césarienne programmée [42]. Cette étude illustre le dilemme qui existe entre la césarienne programmée avec des complications potentiellement graves mais

rares et l'accouchement par voie basse avec une complication assez fréquente (l'incontinence) mais ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Le seul moyen de trancher serait une étude randomisée qui est actuellement en cours dans notre centre et 5 maternités parisiennes.

Cependant, avec les données dont nous disposons, la césarienne est actuellement discutée pour un premier accouchement, en cas d'IA préexistante et d'antécédent de fistulotomie, sphinctérotomie, lésions anales sévères de Crohn, anastomoses iléo/colo-anales, malformation ano-rectale.

Pour un deuxième accouchement, nous avons vu que l'incidence de l'IA *de novo* était identique après le 2^e et le 1^{er} [2-5]. Les principaux facteurs de risque devant faire discuter une césarienne sont alors une rupture sphinctérienne et un antécédent d'incontinence anale transitoire après le 1^{er} accouchement [5]. Pour les autres accouchements, le risque de nouvelle rupture *de novo* est beaucoup plus faible mais une incontinence peut survenir par altération du nerf pudendal.

En pratique clinique, les deux principaux éléments à rechercher pour discuter une indication proctologique de césarienne sont :

- une incontinence anale, afin d'éviter d'aggraver cette invalidité, chez une femme jeune, que l'on sait difficilement soigner à l'heure actuelle ;
- une rupture sphinctérienne par échographie endo-ale qui est alors souvent demandée en début de 3^e trimestre d'une 2^e grossesse. Une rupture significative et indiscutable fait actuellement pencher la balance vers un accouchement par césarienne.

En l'absence de guidelines EBM, il est nécessaire d'informer les parturientes appartenant aux populations à risques (Tableau II), des dangers potentiels d'incontinence anale après un accouchement par voie vaginale mais aussi de ceux liés à une césarienne programmée afin qu'elles puissent prendre part à la décision sur leur propre accouchement.

Conclusions sur l'IA du post-partum

L'incontinence anale du post-partum touche un dixième des parturientes. Elle est le plus souvent secondaire à une rupture sphinctérienne et/ou à

Tableau II. Parturientes chez qui l'on doit discuter un accouchement par césarienne pour préserver l'anus

- Antécédent de chirurgie colo-proctologique (pour incontinence anale, malformation ano-rectale, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, fistulotomie, sphinctérotomie...).
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de Crohn.
- Incontinence anale avérée.
- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée.
- Secondipare avec :
 - premier accouchement traumatique (forceps associés à une rupture sphinctérienne (diagnostiquée par écho anale), déchirure du périnée ($\geq$ stade 2), incontinence anale transitoire du post-partum) ;
 - rupture sphinctérienne significative à l'échographie endo-anale.
- Demande d'une parturiente ayant eu un premier accouchement traumatique et informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement.



Figure 6. Thrombose hémorroïdaire externe du post-partum.

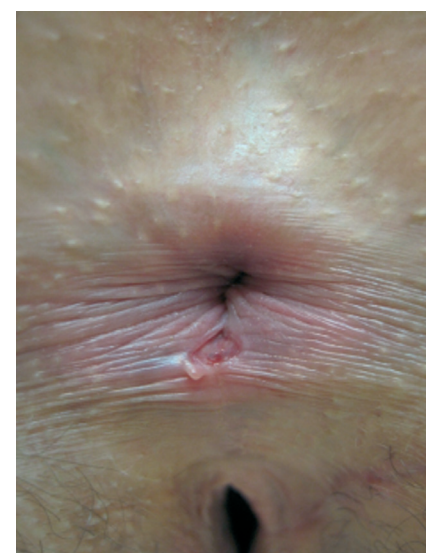


Figure 7. Fissure anale antérieure du post-partum

La FA survient donc préférentiellement durant les semaines suivant l'accouchement avec une incidence variant de 10 à 15 % selon les auteurs.

Facteurs favorisants de la fissure anale chez la parturiente

Trois équipes ont étudié les facteurs pouvant favoriser la survenue d'une FA chez la parturiente. En 1953 [44], la primiparité, l'épisiotomie et les forceps étaient des facteurs de risque de FA sans que ces affirmations ne soient argumentées par une quelconque statistique (malgré une publication dans le Lancet...). L'étude de Corby *et al.* [45] mettait en exergue le rôle de la constipation avec 62 % de constipées chez les patientes avec FA *versus* 29 % chez

une lésion du nerf pudendal. Celles-ci régressent le plus souvent avec le temps mais des accouchements difficiles répétés sont l'une des principales causes d'incontinence anale de la femme d'âge mûr. Les facteurs favorisant sont les déchirures du périnée, les forceps et les épisiotomies médianes.

En cas d'incontinence anale persistante 6 mois après l'accouchement, une prise en charge spécialisée est nécessaire. Dans le cadre d'une prévention primaire et le plus souvent secondaire il est parfois légitime de discuter un accouchement par césarienne programmée pour préserver l'anus.

2^e partie – Lésions de la marge anale

Introduction

Un tiers des parturientes développe une lésion anale après un accouchement. Il s'agit essentiellement de thromboses hémorroïdaires (TH) (Fig. 6) et de fissures anales (FA) (Fig. 7) [43] pouvant être responsables soit d'un inconfort majeur, soit de douleurs importantes. Alors que le diagnostic est facile et les traitements essentiellement médicaux, l'expérience nous montre que bon nombre de ces patientes souffrent de retard diagnostic et de traitements souvent inadaptés. Cette mise au point a pour objectif de définir l'épidémiologie de ces lésions anales et leurs traitements dans le cas particulier de la parturiente.

Fissure anale de la parturiente

Épidémiologie

Les études de Martin [44] et Corby *et al.* [45], à plus de 40 ans d'intervalle, rapportaient la même incidence de 10 %. Ces deux équipes ont réalisé un examen proctologique durant la

consultation de la sixième semaine du post-partum. Ils retrouvaient une discrète prédominance antérieure des fissures. Martin [44] ayant questionné les parturientes *a posteriori* sur la date de début de leurs symptômes, retrouvait un début de symptomatologie se répartissant tout au long des six semaines de suivi du post-partum. Corby *et al.* [45] ont effectué une manométrie anorectale qui ne retrouvait pas d'augmentation de la pression de repos, contrairement à ce qui est observé chez les patients souffrant de FA en dehors du post-partum, ce qui suggérait aux auteurs une physiopathologie spécifique à la parturiente.

À Bichat [43], nous avons réalisé un examen proctologique systématique chez 165 parturientes durant le dernier trimestre de grossesse et avant le troisième mois du post-partum. Durant le troisième trimestre de grossesse, 2 patientes ont présenté une FA (1,2 %) et 25 (15,2 %) dans le post-partum. Parmi elles, 10 FA étaient antérieures, 12 postérieures et 3 antérieures et postérieures. Ces fissures survenaient à distance de l'accouchement et étaient réparties tout au long des deux mois de surveillance de notre étude (Fig. 8).

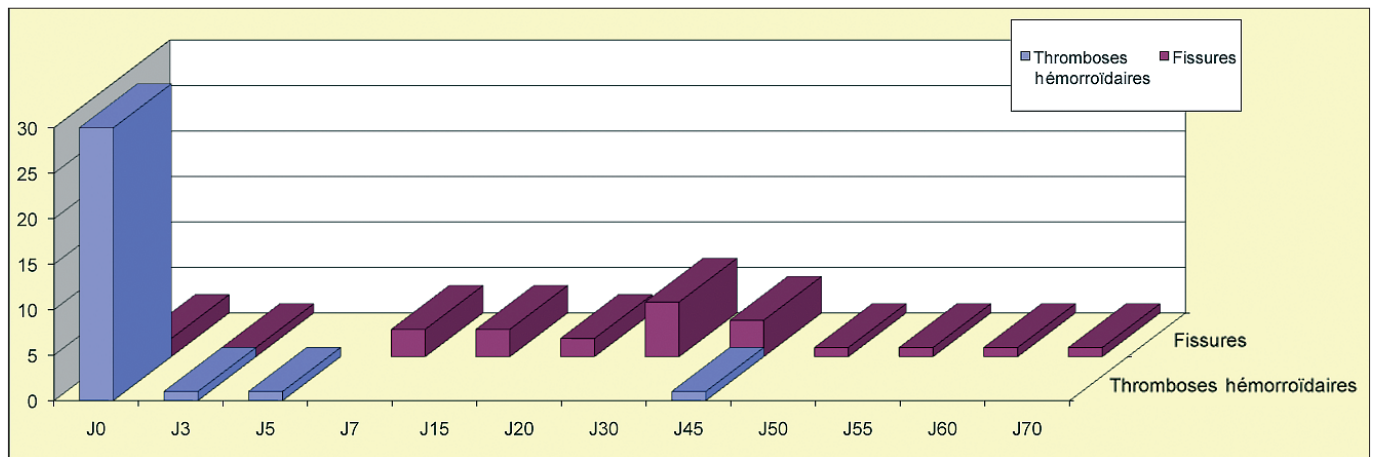


Figure 8. Diagramme montrant les moments de survenue des fissures anales et des thromboses hémorroïdaires après un accouchement

celles n'en souffrant pas ($p < 0,01$). Pour ces auteurs, aucun facteur obstétrical ne semblait affecter l'incidence de cette pathologie. Dans notre série [43], la constipation terminale est de très loin le principal facteur de risque de survenue d'une FA dans le post-partum avec un risque (95 %, IC) multiplié par 5,7 (2,7-12) chez les patientes souffrant de dyschésie pendant cette période. Il semble également que certains éléments reflétant le traumatisme de l'accouchement favorisent (dans une moindre mesure) la survenue d'une FA dans le post-partum. Ainsi, un poids de bébé important, un terme d'accouchement tardif et une durée d'expulsion prolongée étaient associés à un plus grand nombre de FA après l'accouchement ($p < 0,05$).

En conclusion, la dyschésie semble être le principal facteur de risque de FA durant le post-partum, les accouchements traumatisants ressortant avec moins de puissance.

Traitement de la fissure anale chez la parturiente

Le traitement est médical dans la grande majorité des cas. Il soulage les symptômes rapidement en quelques jours à 1 à 2 semaines et guérit généralement les lésions en plusieurs semaines. Le traitement associe une régulation du transit (il s'agit le plus souvent de constipation à traiter par laxatifs osmotiques ou huileux ou des mucilages) à des topiques lubrifiants et cicatrisants du canal anal (suppositoire et pommade). On peut considérer qu'il y a échec de la prise en charge médicale après 6 à 8 semaines d'un traitement bien conduit. Il y a alors indication à un traitement chirurgical

(rare chez la parturiente). On réalise le plus souvent une fissurectomie pouvant être associée à une anoplastie (uniquement pour les fissures postérieures) sans sphinctérotomie afin de ne pas léser un anus ayant déjà pu l'être lors de l'accouchement. Cette technique a démontré son efficacité et sa faible morbidité [46]. Son faible risque d'incontinence anale postopératoire doit faire privilégier cette technique, notamment dans ce contexte. Différents produits (toxine botulique, dérivés nitré, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion...) ont été testés pour provoquer une sphinctérotomie chimique afin de permettre la revascularisation puis la cicatrisation de la fissure anale. Leur indication est très discutée en France [47]. Dans le cas particulier de la fissure du post-partum sans hypertonie sphinctérienne, on ne peut en attendre de bénéfice significatif.

Pathologie hémorroïdaire de la parturiente

Épidémiologie

Toutes les études sur le sujet ont mis en évidence que la principale pathologie hémorroïdaire de la parturiente est la thrombose hémorroïdaire. Deux travaux prospectifs réalisés en France, il y a 22 et 30 ans, rapportaient les résultats d'un examen proctologique systématique à la recherche d'une THE [48-49]. L'incidence était plus faible (12 %) pour Rouillon JM *et al.* [48], probablement en raison d'un examen proctologique effectué quelques heures après l'accouchement alors que Pradel *et al.* [49] avaient examiné leurs patientes

entre le 1^{er} et le 5^e jour du post-partum laissant peut-être plus de temps à la thrombose pour apparaître (34 %). Néanmoins, Pradel *et al.* [49] avaient un nombre important de perdues de vue (35 %), ce qui peut en partie expliquer leur taux élevé de THE. Nous pensons que la réelle incidence se trouve entre ces deux extrêmes. À l'hôpital Bichat [43], sur 165 femmes examinées prospectivement, 13 (7,9 %) étaient porteuses d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 33 (20 %) dans le post-partum. Dans 91 % des cas, les THE sont apparues dans les heures suivant l'accouchement.

Facteurs favorisant la thrombose hémorroïdaire externe chez la parturiente

L'interprétation des études disponibles doit être prudente du fait de leur nature rétrospective ou de leurs faibles nombres d'effectifs. Mac Arthur *et al.* [50] considéraient que les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et une macrosomie fœtale accroissaient le risque de complications hémorroïdaires. La césarienne semblait protéger de cette pathologie. Ces notions sont confirmées par Rouillon *et al.* [48] qui retrouvent le temps de travail et un gros bébé comme facteurs de risque auxquels ils associent les antécédents personnels et familiaux de pathologie hémorroïdaire. Dans notre série [43], certains éléments reflétant la nature traumatique de l'accouchement (une macrosomie fœtale, une déchirure des petites lèvres maternelle) étaient plus souvent associés à des THE ($p < 0,05$). De même, nous n'avons observé qu'une seule patiente avec THE parmi les

25 parturientes césariées de la cohorte (4 %) alors qu'il y en avait 32 parmi les 140 (23 %) ayant accouché par voie vaginale ($p < 0,089$). Enfin, la survenue des THE immédiatement après l'accouchement par voie basse avec une nette différence entre le pourcentage de thromboses avant et après l'accouchement (7,8 vs 20 %) ($p < 0,0001$) souligne le rôle de l'accouchement lui-même.

Cependant, le principal facteur sur lequel nous pouvons agir est la dyschésie qui, comme dans la population générale, est le facteur favorisant prépondérant de la THE. En effet, dans notre série [43] parmi les 33 accouchées souffrant de THE, 12 (36,4 %) avaient une dyschésie avant cette complication, alors que nous n'en avons observé que 22 (20,6 %) parmi les 107 accouchées indemnes de lésion anale ($p < 0,0001$). De plus, aucune patiente ayant développé une incontinence anale après l'accouchement n'avait souffert de THE ($p = 0,036$).

Traitement de la thrombose hémorroïdaire de la parturiente

Les prescriptions médicamenteuses chez ces patientes doivent toujours être prudentes à cause du potentiel risque tératogène ou du passage dans le lait maternel. Les mises en garde, précautions et autorisations de prescriptions que nous allons aborder proviennent du Vidal et d'un site dédié très régulièrement remis à jour : le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : www.lecrat.org).

La thrombose hémorroïdaire est le plus souvent externe mais peut toucher les hémorroïdes internes. L'incision ou l'excision de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces deux gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non œdématisées [51], c'est en définitive assez rarement le cas durant la grossesse et le post-partum immédiat parce qu'il existe très souvent une composante très œdémateuse, des thromboses multiples et parfois une participation hémorroïdaire interne associée : le traitement est donc le plus souvent médical.

Il doit toujours contenir un régulateur du transit [51], le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées. Il faut privilégier les osmotiques et les mucilages qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque

durant la grossesse et l'allaitement. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires [52], mais leur prescription est contre-indiquée durant le troisième trimestre de grossesse et non conseillé en début de grossesse. On les prescrit alors en cure courte de 3 à 7 jours en fonction de l'importance de la douleur et de l'œdème. Durant la période où les AINS sont contre-indiqués, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40 mg/j pendant 3 à 5 jours en cas de thrombose œdématisée.

Les veinotoniques peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée [53].

Même s'il n'existe pas d'études confirmant l'efficacité des topiques locaux dans la thrombose hémorroïdaire, ils sont largement prescrits avec une efficacité reconnue par des avis d'experts [51, 52]. Ayant une action purement locale, ils peuvent être prescrits sans risque chez les parturientes quelle que soit l'étape de la grossesse ou du post-partum. La douleur et l'œdème étant les principaux symptômes à traiter, il est logique de privilégier ceux contenant des corticoides et/ou un anesthésique local.

Enfin, l'ordonnance de ces femmes consultant pour douleur doit contenir des antalgiques. Le paracétamol seul peut être prescrit sans restriction chez ces parturientes selon la posologie habituelle. La codéine peut être prescrite en cure courte durant toute la grossesse. En cas d'allaitement, la codéine doit être évitée mais peut être utilisée en cure courte en l'absence d'autre alternative. Durant la grossesse, le tramadol ne doit être prescrit qu'en cas d'échec de la codéine et en cure courte. Il peut être également prescrit 2 à 4 jours maximum en cas d'allaitement. En pratique, les thérapeutiques agissant sur l'inflammation locale, les antalgiques de niveau 1 et la régulation du transit sont souvent suffisantes pour traiter la douleur et permettent d'éviter de prescrire un antalgique de niveau 2. Par ailleurs, la régression des phénomènes locaux est plus longue (quelques jours à plusieurs semaines) avec persistance possible d'une marisque séquellaire. La connaissance de cette histoire naturelle justifie parfois la poursuite de thérapeutiques médicamenteuses (laxatifs et topique)

sur une période plus longue. En l'absence d'amélioration franche de la douleur en quelques jours, voire d'aggravation, une hémorroïdectomie peut être discutée [51]. L'indication doit être mûrement pesée et partagée avec la patiente parce que le risque de récurrence des complications hémorroïdaires du post-partum est rare. Si cette intervention ne peut être évitée durant la grossesse, elle doit être réalisée le plus tard possible (après le 6^e mois) et dans un établissement pouvant prendre en charge la patiente sur le plan obstétrical en coordination avec un obstétricien.

Traitement du prolapsus et des saignements hémorroïdaires de la parturiente

Exception faite du saignement de la thrombose hémorroïdaire qui s'extériorise (peu de temps avant la guérison spontanée), le prolapsus et le saignement des hémorroïdes internes ne semblent pas être des pathologies spécifiques de la femme enceinte. Lorsqu'ils sont observés durant la grossesse ou le post-partum, ils sont donc en rapport avec une maladie hémorroïdaire chronique existant avant la grossesse qui ne nécessite pas de traitement en urgence durant la grossesse. Il faut alors se contenter de réguler le transit et d'y associer des topiques locaux. Les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles [51, 52].

Conclusions des lésions de la marge anale

La thrombose hémorroïdaire externe et la fissure anale touchent un tiers des femmes qui accouchent (respectivement 20 et 15 %). Le diagnostic est aisé (simple inspection et écartement de la marge anale) et le traitement médical est très efficace.

Références

1. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
2. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:590-8.

3. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* 2003 Nov;90(11):1333-7.
4. Espuna-Pons M, Solans-Domènech M, Sanchez E, GRES P. Double incontinence in a cohort of nulliparous pregnant women. *Neurourol Urodyn* 2012;31(8):1236-41.
5. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354: 983-6.
6. Jango H, Langhoff-Ross J, Rosthoj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures: a population-based cohort study. *BJOG* 2012;119:1640-7.
7. Sander P, Bjarnesen J, Mouritsen L, Fuglsang-Frederiksen A. Anal incontinence after obstetric third-/fourth-degree laceration. One-year follow-up after pelvic floor exercises. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10: 177-81.
8. Ryhammer AM, Bek KM, Laurberg S. Multiple vaginal deliveries increase the risk of permanent incontinence of flatus and urine in normal premenopausal women. *Dis Colon Rectum* 1995;38:1206-9.
9. Evers EC, Blomquist JL, Mc Dermott KC, Handa VL. Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207: 425.e1-6.
10. Haadem K, Gudmundsson S. Can women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:601-3.
11. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;8: 546-50.
12. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990;77: 1358-60.
13. Ryhammer AM, Laurberg S, Hermann AP. Long-term effect of vaginal deliveries on anorectal function in normal perimenopausal women. *Dis Colon Rectum* 1996;39: 852-9.
14. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynecol* 1992;99:724-6.
15. Sundquist JC. Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;715-8.
16. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG* 2006;113:195-200.
17. Damon H, Henry L, Bretones S, Mellier G, Minaire Y, Mion F. Postdelivery anal function in primiparous females. Ultrasound and manometric study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:472-7.
18. Faltim DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95:643-7.
19. Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T. Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;39:690-7.
20. Naidoo TD, Moodley J, Esterhuizen TE. Incidence of post-partum anal incontinence among Indians and black Africans in a resource-constrained country. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(2):156-60.
21. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:22-8.
22. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998;92:955-61.
23. de Parades V, Etienney I, Thabut D, Beaulieu S, Tawk M, Assemekang B, et al. Anal sphincter injury after forceps delivery: myth or reality? A prospective ultrasound study of 93 females. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:24-34.
24. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *Br Med J* 1994;308:887-91.
25. Kammerer-Doak DN, Wesol AB, Rogers RG, Dominguez CE, Dorin MH. A prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1317-22.
26. Pinta TM, Kylanpaa ML, Salmi TK, Teramo KA, Luukkainen PS. Primary sphincter repair: are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum* 2004 Jan;47(1): 18-23.
27. Damon H, Bretones S, Henry L, Mellier G, Mion F. Long-term consequences of first vaginal delivery-induced anal sphincter defect. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1772-6.
28. Starck M, Bohe M, Valentin L. The extent of endosonographic anal sphincter defects after primary repair of obstetric sphincter tears increases over time and is related to anal incontinence. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:188-97.
29. Baghestan E, Irgens LM, Bordaahl PE, Rasmussen S. Familial risk of obstetric anal sphincter injuries: registry-based cohort study. *BJOG* 2013;120:831-8.
30. Pollack J, Nordenstam J, Brismar S, Lopez A, Altman D, Zetterstrom J. Anal incontinence after vaginal delivery: a five-year prospective cohort study. *Obstet Gynecol* 2004;104: 1397-402.
31. Johannessen HH, Wibe A, Stordahl A, Sandvik L, Backe B, Morkved S. Prevalence and predictors of anal incontinence during pregnancy and 1 year after delivery: a prospective cohort study. *BJOG* 2013;DOI:10.1111/1471-0528.12438.
32. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 2000;320:86-90.
33. Lehur PA, Leroi AM. Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24: 299-314.
34. Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL, Leroi AM, Meurette G, Pigot F, Damon H. Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French national society of coloproctology. *Colorectal Disease* in press.
35. Mahony RT, Malone PA, Nalty J, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Randomized clinical trial of intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy with intra-anal electromyographic biofeedback augmented with electrical stimulation of the anal sphincter in the early treatment of postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:885-90.
36. Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL, Piche T, Abramowitz L, Eléouet M, Etienney I, Godeberge P, Valancogne G, Denisi A, Mion F, Schott AM. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: A multicentre randomized study. *Alim Pharm Ther* 2014. In press.
37. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000;355(9200):260-5.
38. Jarret M, Dudding T, Nicholls RJ, Vaisey CJ, Cohen R, Kamm M. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence related to obstetric anal sphincter damage. *Dis Colon Rectum* 2008;01-6.
39. Fitzpatrick M, Cassidy M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Experience with an obstetric perineal clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;100(2):199-203.
40. Laine K, Rotvold W, Staff C. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? Large and consistent rupture rate variations between the nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012;92:94-100.
41. Combs CA, Robertson PA, Laros RK. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163: 100-4.
42. Mc Kenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1251-6.
43. Abramowitz L, Sobhani I, Benifia JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:650-5.
44. Martin JD. Post-partum anal fissures. *Lancet* 1953;271-3.
45. Corby H, Donnelly VS, O'Herlihy C, O'Connell PR. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. *Br J Surg* 1997; 84:86-8.
46. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, Suduca JM, Denis Soudan D, Varastet M, Staumont G, for the GREP and the CREGG. Sphincter-sparing anal fissure surgery: A one-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy. *Colorectal Dis* 2013 Mar;15(3):359-67. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.03176.
47. Siproudhis L, Sébille V, Pigot F, Hémerly P, Juguet F, Bellissant E. Lack of efficacy of botulinum toxin in chronic anal fissure. *Aliment Pharmacol Ther* 2003 Sep 1;18(5): 515-24.
48. Rouillon JM, Blanc P, Garrigues JM, Viala JL, Michel H. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses

- hémorroïdaires du post-partum. Gastroenterol Clin Biol 1991;15:A 300.
49. Pradel E, Terris G, Juilliard F, De la Lande PH, Chartier M. Grossesse et pathologie anale. Étude prospective. Méd Chir Dig 1983;12: 523-5.
50. Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1991;98: 1193-204.
51. Société Nationale Française de Colo-Proctologie, Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D, Staumont G. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol Clin Biol 2001;25:674-702.
52. SNFCP, Higuéro T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Lacroix Duhoux C, Pigot F, Pillant-Le Moul H, Senéjoux A, Ghislain G, Suduca JL, Vinson-Bonnet B, Siproudhis L. Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire en 2013. In press.
53. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Guyatt G. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. Br J Surg 2006;93: 909-20.

LES CINQ POINTS FORTS

L'accouchement est l'un des facteurs majeurs d'incontinence anale.

Les principaux facteurs de risque d'incontinence anale sont la déchirure du périnée et les forceps.

Une césarienne est parfois programmée pour diminuer le risque d'incontinence anale.

Un tiers des parturientes souffre de fissure anale ou de thrombose hémorroïdaire externe.

Le traitement de la dyschésie est une priorité pour les prévenir.

Questions à choix multiple

Question 1

Quels sont les principaux mécanismes d'incontinence anale secondaire à un accouchement ?

- ☐ A. La péridurale
- ☐ B. Les forceps
- ☐ C. La fissure anale
- ☐ D. Une déchirure du périnée
- ☐ E. L'âge de la patiente

Question 2

Quelles sont les parturientes chez qui il est possible de discuter d'une césarienne ?

- ☐ A. Incontinence anale avérée
- ☐ B. Fissure anale
- ☐ C. Secondipare avec rupture du sphincter externe de 36°
- ☐ D. Après un premier accouchement avec déchirure du périnée stade 3.
- ☐ E. Fistules ano-périnéales de Crohn

Question 3

Quels sont les principales lésions anales de la parturiente ?

- ☐ A. Les fissures anales
- ☐ B. Les suppurations périnéales
- ☐ C. Les saignements hémorroïdaires internes
- ☐ D. Les thromboses hémorroïdaires
- ☐ E. Le prolapsus rectal