

# Anus

## Grossesse et accouchement

Laurent Abramowitz

Unité de proctologie médico-chirurgicale  
de l'hôpital Bichat, Paris

# Incontinence anale du post-partum

# Prévalence Inc anale

---

- France (1) : 11% > 45 ans
- Damon et al (2): Pop générale >18 ans = 5,1%
- Minnesota (3):
  - 7% à 30 ans
  - 22% à 60 ans } dont 55 % de modérée à sévère
- Impact sur QdV souvent majeur
  - Métier ou activités (enseignante, routier...)
  - Sévérité IA

(1) Denis et al. Gastroenterol Clin Biol 1992;16:344-50.

(2) Damon et al. Gastroenterol Clin Biol 2006

(3) Bharucha et al. Gastroenterology 2005;129:42-9.

# Principales étiologies de l'incontinence anale

---

- Chirurgie ano-rectale
- Dyschésie chronique
- Accouchement par voie vaginale
- Diarrhée
- Diabète
- ...

# Principales étiologies de l'incontinence anale

---

- Chirurgie ano-rectale
- Dyschésie chronique
- **Accouchement par voie vaginale**
- Diarrhée
- Diabète
- ...

# Plan

---

- Introduction
- Épidémiologie
- Lésions anatomiques
- Facteurs de risque
- Prise en charge
- Prévention
- Conclusions

# Introduction

---

- Révélation il y a 20 ans (St Marks Hospital)
- Contexte très difficile
  - Obstétricien, sage femme (échec !)
  - Patiente (honte, retentissement psychique...)
- Tabou → Poser la question

# Épidémiologie

---

- Primipare → 13 % d'IA *de novo* (1, 2)
- 1 à 2 % pour les selles  
(700 000 acc/an)
  
- Secondipares également (3-4)

(1) Sultan et al. N E J M 1993; 329:1905-11.

(2) Oberwalder et al. Méta-analyse. B J Surj 2003; 1333-37.

(3) Abramowitz et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.

(4) Fynes et al. Lancet 1999; 354: 983-6.



# Épidémiologie

## Évolution au cours du temps

---

- Amélioration lors des premiers mois (1) :
  - stade 3 et 4
  - A 1 mois : 21 % d'IA (4 % d'Inc selles)
  - A 1 an : 7 % d'IA (0 % d'Inc selles)
- Aggravation 20 ans après acc (2) :
  - Si dech périnée : 29 % Inc selles
  - Si pas dech périnée : 3 % Inc selles

(1) Sander P et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999; 10: 177-81.

(2) Haadem K et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 601-3.

# Lésions anatomiques

---

- **Sphincters anaux**
  - Même si pas de déch clinique
  - Ext > Int
  - 1ère cause d'IA après acc
  - Seulement 25 à 50 % des rpts → IA
- **Nerf honteux interne**
  - Lésions associées à baisse CV
  - Régressent dans post-partum immédiat
  - De moins en moins réversibles avec les acc, la dyschésie...

17/04/1966

FOCL 2-4.5

SUPINE/PR

STEP 0.5

STEP INC.

STEP DEC.

WRITE

ERASE

ARE

PRM

VOL

SUR

ELL

DIST

SIZE 1 .5 CM/DIV

ST7E 1 5 CM/DTV

16 02 1943

02-10-09

FREQ 7.0 M

FOCL 2-4.5 C

■ SUPINE/PRO

STEP 0.5 C

■ STEP INC.

■ STEP DEC.

■ WRITE

■ ERASE

■ ARE C

■ PRM C

■ VOL C

■ SUR C

■ ELL C

■ DIST C

SIZE 1 .5 CM/DIV

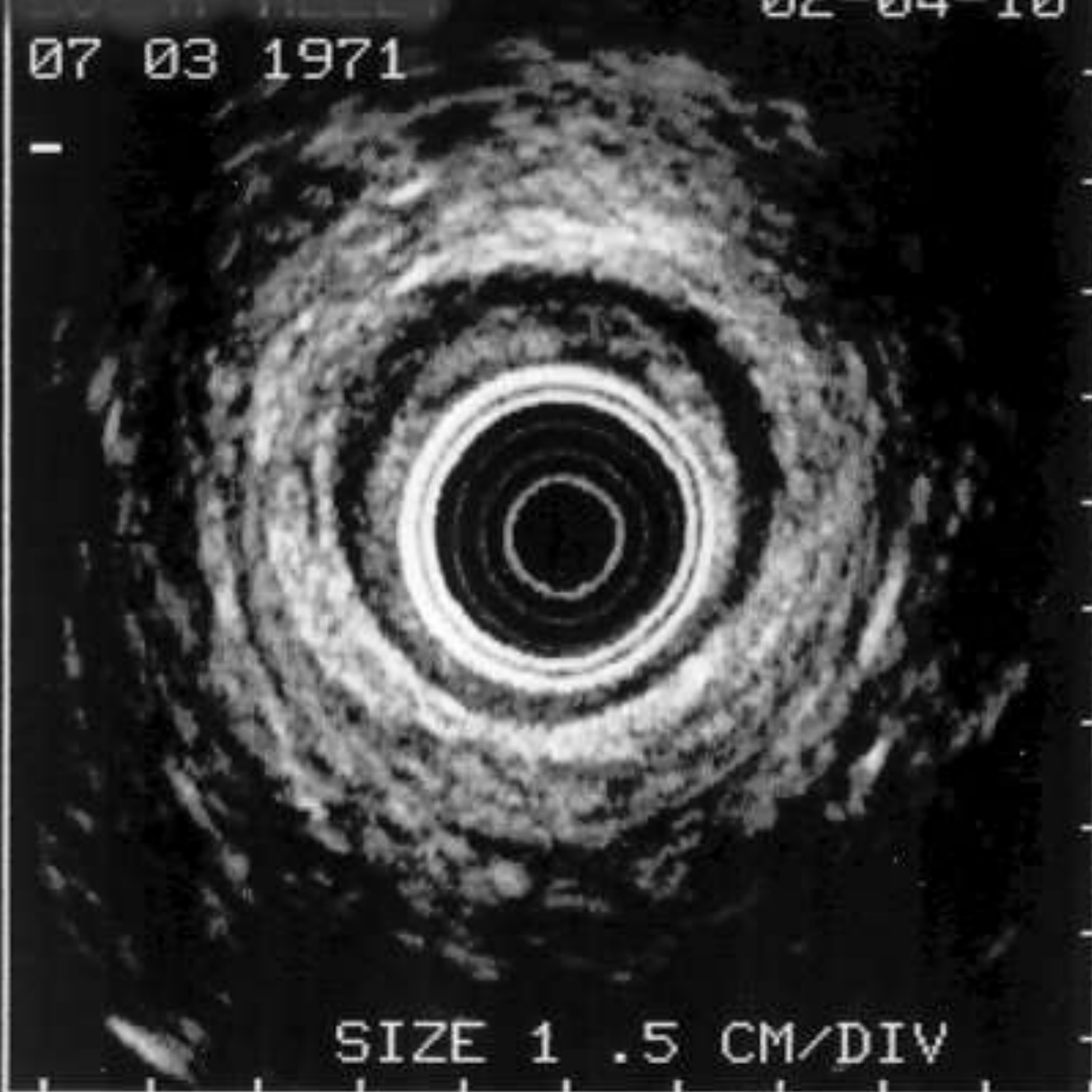
07 03 1971

02-04-10

FREQ 7.0 M

FOCL 2-4.5 C

SIZE 1 .5 CM/DIV





# Facteurs de risques d'IA

---

- Déch périnée (OR = 4)
  - Forceps (OR = 4,5)
  - Les 2 premiers acc
  - Épisiotomie médiane
- 
- IA transitoire

# Quand faut-il explorer dans le post-partum?

---

- Si IA (gaz  $\pm$  fécale) persistante
  - malgré le temps (> 6 mois)
  - malgré la rééducation
- En pré-thérapeutique



# Quelles explorations ?

---

- Manométrie ano-rectale
- Echo-endo anale
- Temps de latence du nerf honteux interne
- Viscérogramme (conventionel / IRM)

# Manométrie ano-rectale ?

---

- Évalue la fonction
  - Contraction volontaire
  - Tonus repos
- Orientation diagnostique (SI ou SE)
- (Quantifie l'efficacité thérapeutique)
  
- Recherche d'un anisme

# Echo-endo anale

---

- Tube rigide
- Rpt SE et/ou SI rarement sangle pubo-R
- Localise
  - antéro droit → 75 %
  - antéro gauche → 25 %
- Quantifie la rupture
  - angulation (pronostique)





# Temps de latence du nerf honteux interne

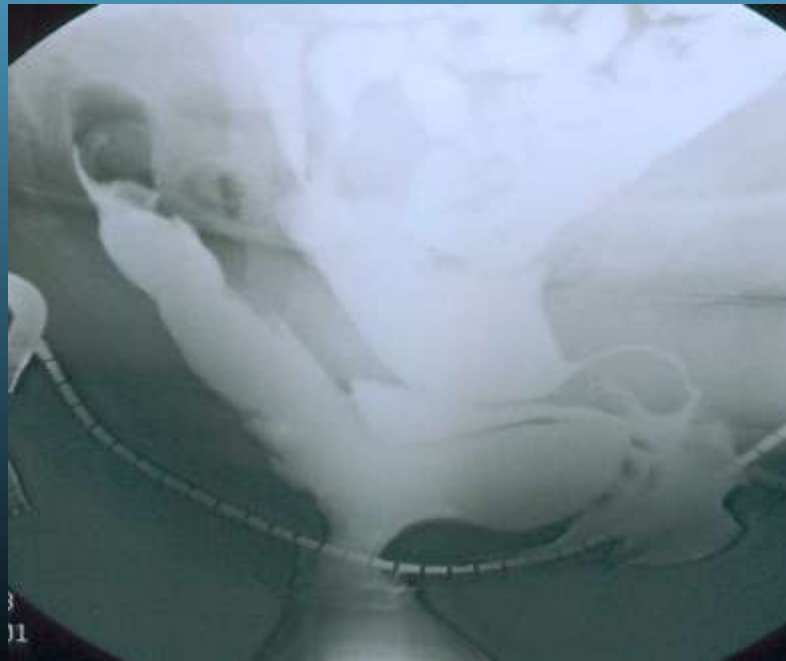
---

- Éventuellement avant sphinctérorraphie  
→ Pronostic ?
- Avant électrostimulation ?
- Donc pas d'indication

# Colpo-cysto-défécographie avec opacification du grêle / IRM

---

- Cas exceptionnel de descente aiguë d'organe après accouchement



# CAT dans le post-partum

---

- Systématiquement: rééducation du périnée (10 séances remboursées)
  - Très peu réalisée (pas le temps, pas agréable, débordée...)
  - Réalisation hétérogène, difficilement standardisable
  - Action sur tout le périnée (IU, vagin et anus)



# CAT dans le post-partum

---

- Si incontinence anale persistante:
  - ⇒ rééducation anale (biofeedback)
  - ⇒ +/- compacter et évacuation rectale régulière
  - ⇒ explorations
- Si incontinence majeure: chirurgie (exceptionnelle)

# Résultats de la chirurgie

---

- Chirurgie à froid :
  - 76 % à 15 mois (1)
  - 50 % à 5 ans (2)

(1) Engel et col. Br J Surg 1994.

(2) Malouf et col. Lancet 2000.

# Alternatives à la sphincterorraphie ?

---

- Neuromodulation des racines sacrées
  - Pas d'étude dans ce cas particulier
  - A discuter si IA avec Wexner  $> 10$
- TENS et associés
- Donc → pauvreté des traitements

# Comment diminuer l'IA du post-partum mais surtout celle de la femme mûre ?

---

- Préserver le (capital) périnée de la femme.



- Réduire le traumatisme de l'accouchement.

# Traumatisme des sphincters anaux et accouchement

---

- Facteurs de risques (1) (2)
  - 1er et 2ème accouchement
  - Forceps
  - Déchirure du périnée
  - Episiotomie mal faite
- Facteur protecteur
  - Césarienne

(1)Fynes et al. The Lancet, sept 1999.

(2)Abramowitz et al. Dis Colon Rectum, Mai 2000.



# Donc:

---

- Diminuer le nombre de forceps et / ou les remplacer par une ventouse (si possible)
- Encore améliorer formation des accoucheurs
- Discuter une césarienne à la place d'une voie basse

# Chez qui discuter d'une césarienne ?

---

- Pour toutes (dès le 1er acc) ?



Impossible : morbidité de la  
césarienne

# Morbidité de la césarienne programmée = 2,6 %

---

- Décès
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Hématome pariétal
- Plaie vésicale et digestive
- Infections
- Rupture utérine
- Placenta accréta
- Trouble relation mère enfant



# Risque d'IA après 2ème accouchement voie basse

---

- Si IA transitoire après 1er acc
- Si rpt sphincter avant 2ème acc

40 %

# Césarienne à discuter (obstétricien)

---

- Si ATCD de chirurgie anale (fistule, sphinctérotomie...)
- Au cours de la 2ème grossesse
- Après un 1er accouchement traumatique
  - Forceps
  - Déchirure périnée

# Arguments pour proposer une césarienne (proctologue) pour 2ème acc

---

- Cliniques:
  - Incontinence anale
- Para-cliniques:
  - Rupture du SI et/ou SE (écho endo-anale)

# Arguments pour proposer une césarienne pour 2ème acc

---

- Association à une indication obstétricale même discutable ?
- Désir d'un nombre de grossesses limitées
- Demande de la patiente après information des risques de la voie basse ET de la césarienne

# Conclusions

---

- L'IA doit être recherchée
- Et prise en charge

# Conclusions

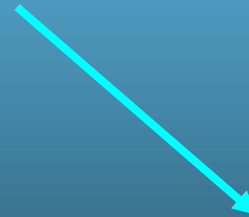
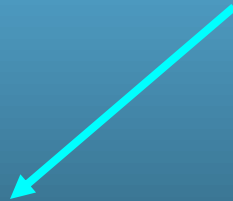
---

- Nous avons la possibilité de diminuer l'incidence de l'IA en agissant en amont (prévention primaire)
- En évitant d'aggraver les lésions d'un 1er acc lors du 2ème

# Conclusions

---

- Discussion au cas par cas
- Mettre en balance



Risque  
fonctionnel

fréquent

Risque mortalité ou  
morbidité sévère

rare