

EPU Paris VII



# *Journée de Gastroentérologie*

Vendredi 6 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris  
Porte Maillot - Niveau 3

*Organisateurs scientifiques*

Professeurs Benoît COFFIN  
et Marc LÉMANN

*Renseignements et inscriptions*

**BCA**

5, boulevard du Général Leclerc  
92113 Clichy Cedex - France  
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr  
T : +33 (0)1 41 06 67 70  
F : +33 (0)1 41 06 67 79

## **PRISE EN CHARGE DES LESIONS SPINCTERIENNES ANALES DU POST-PARTUM : DU CURATIF AU PREVENTIF**

**Laurent ABRAMOWITZ**

Unité de proctologie médico-chirurgicale  
Hôpital Bichat Claude Bernard  
95, Rue de Passy  
75016 PARIS

[laurent.abramowitz@bch.ap-hop-paris.fr](mailto:laurent.abramowitz@bch.ap-hop-paris.fr)

Rappelons en pré-requis que 10% des primipares développent une incontinence anale après leur premier accouchement et 20 % ont une rupture sphinctérienne échographique [1-2]. Fort heureusement la plupart de ces jeunes femmes voient leur incontinence anale régresser avec le temps, mais le deuxième accouchement par voie basse est responsable d'une incontinence anale dans 40 % des cas si celui-ci est survenu sur un anus avec sphincter rompu [3-4].

## **QUAND ET COMMENT EXPLORER UNE INCONTINENCE ANALE DU POST-PARTUM?**

L'incontinence anale du post-partum régressait 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 habituellement prescrite par l'obstétricien dans le post-partum. C'est pour cette raison qu'il est classique de recommander de n'explorer les patientes que si les symptômes persistent au delà de 6 mois [5].

En cas de symptômes mineurs à modéré persistants (incontinence aux gaz et rare fuites de selles), la manométrie anorectale se justifie afin de quantifier l'évolution ultérieure après traitement médical. Si l'incontinence est plus importante (incontinence aux selles avec port de protections, retentissement sur la vie sociale) un bilan plus complet devient nécessaire avec une manométrie anorectale et une échographie endo-anale dans le cadre d'un bilan potentiellement pré-chirurgical. L'utilité des explorations électrophysiologiques du périnée est débattue. Sa seule indication pourrait se situer avant une réparation sphinctérienne chirurgicale, afin d'informer la patiente du pronostic probablement plus réservé en cas de neuropathie pudendale [5].

## **TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ANALE DU POST-PARTUM**

Il repose en premier sur la rééducation périnéale du post-partum qui souffre cependant de deux écueils. Le premier est qu'elle est rarement mise en pratique, par défaut de prescription, ou de réalisation par la parturiente. Le deuxième est que ce type de rééducation n'est ni standardisé ni validé. C'est pourquoi, en cas d'incontinence anale il est plus adapté de prescrire une rééducation spécifique par biofeedback de l'anوس à réaliser par un personnel (médical, infirmier ou kinésithérapeute) motivé et spécialement formé à ce type de traitement. On pourra y associer une régularisation du transit (« compacter » les selles si celles-ci sont liquides, évacuation rectale quotidienne contrôlée avec des lavements ou des suppositoires exonérants). Exceptionnellement, lorsque l'incontinence anale est majeure, qu'elle persiste dans le temps et malgré la rééducation anale on peut être amené à réaliser

une réparation sphinctérienne si une rupture du sphincter externe a été mise en évidence par une échographie endo-anale avec un retentissement fonctionnel confirmé par une manométrie ano-rectale.

## **POUVONS-NOUS PREVENIR CES LESIONS ?**

Cette question est dans la pratique de plus en plus débattue. Ainsi, dans une étude récente, les auteurs rapportaient 11% de patientes se présentant à la consultation de périnéologie d'une maternité de Dublin adressée pour avis concernant les modalités d'un 2<sup>ème</sup> accouchement après un premier accouchement traumatique [6].

Les facteurs de risques identifiés sur lesquels nous pouvons agir sont : les forceps, et l'épisiotomie trop médiane. Les forceps ont leurs indications mais il serait sûrement possible de les remplacer dans un bon nombre de cas par des ventouses qui ont montré leur moindre nocivité vis à vis du périnée. Cependant, si on peut se féliciter de la bonne réalisation en médio-latérale des épisiotomies en France, l'absence d'utilisation des ventouses doit être un sujet de réflexion.

L'éducation des jeunes obstétriciens et la mise en avant du risque sphinctérien obstétrical sont fondamentaux. Ainsi, le taux de déchirure du périnée stade 3 ou 4 est passé de 2,5 à 9,3% respectivement 6 mois avant et durant une étude centré sur l'évaluation du risque obstétrical [7]. On peut alors penser que l'amélioration du diagnostic de ces ruptures sphinctériennes immédiatement après l'accouchement permettra une réparation qui, même si elle n'est pas parfaite, diminuera les conséquences de cette rupture.

Il est également démontré que les deux premiers accouchements vaginaux sont les plus traumatiques pour le périnée [2, 4]. Or, seule la césarienne programmée préserve le périnée [1-2]. Celle-ci ayant une morbidité de moins en moins importante, parfois considérée comme négligeable par certains obstétriciens, il paraît donc raisonnable d'élargir ses indications à certaines patientes dans l'optique de diminuer les traumatismes du périnée et non plus exclusivement pour des raisons obstétricales. On pourrait proposer une césarienne à des parturientes aux antécédents de pathologies anales (incontinence anale avérée, lésion ano-périnéale sévère de maladie de crohn, pathologie neurologiques touchant le périnée) ou chirurgies ano-rectales (chirurgie anale pour incontinence, malformation anale congénitale opérée, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, cure de fistule, sphinctérotomie...) [5].

Les indications potentielles de césarienne chez les secondipares sont probablement encore plus nombreuses. D'une part en cas d'antécédent de pathologie ou chirurgie anale mais également en cas d'antécédent de premier accouchement traumatique avec notion de forceps, déchirure du périnée ou d'incontinence anale (même transitoire) du post-partum.

On pourra s'aider d'une manométrie ano-rectale et d'une échographie endo-anales (que l'on peut réaliser sans risque durant une grossesse) dont les anomalies serviront d'arguments pour discuter de l'indication d'une césarienne avec l'accoucheur. Une baisse de la pression de repos et une déchirure du sphincter interne sont des éléments importants à rechercher car la rupture du sphincter interne n'est actuellement pas réparable. L'aggravation de telles lésions nous laisserait donc très peu de ressource thérapeutiques.

Il est primordial d'avoir une discussion au cas par cas avec l'obstétricien. Chez certaines parturientes, il existe une indication relative de césarienne pour l'obstétricien (légère disproportion materno-fœtale...) et pour le gastro-entérologue (antécédent d'incontinence anale transitoire après le premier accouchement mais avec échographie et manométrie normale), l'association de ces deux indications relatives pouvant alors faire pencher la balance vers une césarienne programmée.

Enfin, ces « indications proctologiques » de césariennes ne s'appuient sur aucune étude prospective mais uniquement sur des séries épidémiologiques. Il convient donc d'informer les parturientes appartenant aux populations à risques que nous venons de définir (tableau 1), des risques potentiels d'incontinence anale après un accouchement par voie vaginale afin qu'elles puissent prendre part à la décision sur leur propre accouchement.

Tableau 1 : Parturientes chez qui l'on doit discuter un accouchement par césarienne

- Antécédent de chirurgie colo-proctologique (pour incontinence anale, malformation anale congénitale opérée, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, fistulotomie, sphinctérotomie...)
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de crhon.
- Incontinence anale avérée.
- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée.
- Secondipare avec :
  - Premier accouchement traumatique (forceps, déchirure du périnée, incontinence anale transitoire du post-partum).
  - Déficit significatif à la manométrie ou à l'échographie endo-anale.
  - Association de deux indications relatives obstétricale et proctologique.
  - Demande de la parturiente après information des risques d'une voie basse.

## REFERENCES

1. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM et all. 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 all. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery ? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 590-98.
  3. 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.
  4. Faltim DL, Sangalli MR, Roche B, Floris L, Boulvain M, Weil A. Does a second delivery increase the risk of anal incontinence? *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:684-8.
  5. Lehur PA, Leroi AM. Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ;24 :299-314.
  6. 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.
- Groom K, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gyn R B* 2002; 101:19-21.