

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple Un But Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



Année universitaire 2019-2020

Thèse N° /

TITRE

**PATHOLOGIES ANALES AU COURS DE LA
GROSSESSE ET DU POST-PARTUM AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DE BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 28/11/2020

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. POUDIOUGO ABDOUL MOUÏNOU**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Youssouf TRAORE

Membres : Dr Idrissa TOUNKARA

Dr Amadou TRAORE

Co directeur de thèse : Dr Seydou Z DAO

Directeur de thèse : Pr Adégné TOGO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je rends grâce:

**-Au Seigneur de l'Univers, Le Tout Miséricordieux,
Le très miséricordieux, celui qui par lui-même subsiste :**

C'est par votre miséricorde que ce travail est ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi s'il devrait me conduire à soigner les humains, au succès et à la gloire un jour, faites en sorte que je reste moi-même, humain, humble et compatissant avec les hommes ; que je sois protégé contre mon propre mal et le mal des autres.

Prophète Mohammad (SAW): le Messager d'ALLAH est un excellent
Modèle à suivre. Que la paix et la Grâce d'ALLAH soient sur vous.

Je dédie ce travail à :

Mon père Hamidou Abdoulaye POUDIOUGO

Ce travail est le fruit de vos efforts. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que votre volonté de nous voir réussir. Grâce à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Père puisse le Tout Puissant, le Créateur, l'Omniscient vous accorde la santé et la longévité. AMEN !!!

Ma mère Fatimata Togo

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

En reconnaissance de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Tu as guidé mes premiers pas dans les études et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Si j'ai pu réussir aujourd'hui c'est grâce à votre courage. Que Dieu vous accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer à jouir de vos bénédictions. AMEN !!!

Ma Tante Aminata Keita

Votre conseil ainsi que vos Bénédictions m'ont été vraiment utiles. Merci pour tout.

Remerciements

Aux membres de la famille Guindo à Sotuba Mali univers, Coulibaly à Lafiabougou, Poudiougou à Bakaribougou, Dembele, Traore du Point G, Togo, Dolo, Samake et Doumbo a Niono : Je me suis toujours senti membre à part entière de cette famille à travers vos gestes. Merci infiniment pour vos soutiens constants, vos amabilités. Soyez rassurée de mon profond amour.

Mes frères et sœurs : Mouhamadoumahadi Poudiougou, Hassanatou Poudiougou, Nadjiyoulahi Poudiougou, Hadiyatou Poudiougou, Abdoulaye Poudiougou, Souaibou Poudiougou, Mariam Poudiougou, Daouda Poudiougou, Moussa Poudiougou, Hafizata Poudiougou, Saoudatou Poudiougou.

Ce que vous avez fait pour moi est fait devant Dieu, je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

Mes amis : Hamidou Dolo, Boubacar Samake, Oumar Togo, Boubacar Tangara, Moustapha Ouédraogo, Mahamadou Traore, Fatoumata Keita, Dedeou Wankara. Grâce à vous je crois en l'amitié. Soyez assurés de ma profonde sympathie.

A tous les personnels du service de gynécologie obstétrique et chirurgie générale du Centre de Sante de Référence de la Commune II grâce à vous j'ai appris la bonne conduite, la sagesse, et le respect dans le travail en équipes. Je n'oublierai jamais ces moments agréables que nous avons passés ensemble.

A mes collègues thésards en chirurgie générale, en gynécologie obstétrique et ceux qui traitent le thème « Pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum ». Que Dieu nous aide à prospérer tout au long de notre carrière.

Mes aînés du Point G (cité verte) : Dr Chaka Doumbia, Dr Adama Famoussa Traore, Dr Kalifa Kanté, Dr Seydou Bengaly, Dr Moussa Sanogo, Dr Boubacar Sylla et tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici : Merci pour les conseils et les bons moments passés ensembles.

Mes amis à la faculté : Dr Katenemé Ouattara, Dr Ousmane Abel Poudiougou, Dr Tata Toure, Dr Mamoudou Sissoko, Dr Amadou Dembele, Dr Jean, Alimatou Djourte, Fatoumata Thereta, Youssouf Traore, Awa Traore, Marie Celestine Traore, et tous ceux qui n'ont pas leur nom ici

A tous les personnels de la Clinique DEFI SANTE : Dr Soumare Modibo, Dr Barry kassum, Astan Camara: Merci pour l'encadrement, vos soutiens et les leçons de vie.

La 10eme promotion du numerus clausus : pour tout le temps passé ensemble.

Au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré : Pr Bakary T. DEMBELE, Pr Adégné TOGO, Pr Alassane TRAORE, Pr Lassana KANTE, Dr Amadou Traore, Dr Zakaria Saye, Dr Seydou Pamatek.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, trouvez ici ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et Présidente du Jury
Professeur Youssouf TRAORE**

- **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous. Recevez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Membre du Jury
Docteur Idrissa TOUNKARA

- **Ancien interne des hôpitaux**
- **Praticien hospitalier**
- **Chirurgien généraliste**
- **Chef de service de chirurgie générale du CSRéf commune II.**
- **Maître -assistant à la FMOS**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maître ;

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme juge de ce travail.

Votre esprit critique, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre pragmatisme nous ont beaucoup émerveillés.

Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération.

A notre Maître et Membre du Jury
Docteur TRAORE Amadou

- **Médecin Lieutenant-colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA)**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).**

Cher Maître ;

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie, votre simplicité, votre abord facile et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et scientifiques nous ont émerveillés.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et co-directeur de thèse
Docteur Seydou Z DAO**

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII**
- **Chargé de recherche à la FMOS**
- **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée
Approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université Paris
Descartes.**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître,

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissé indifférent.

Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour au CSRéf de la Commune II.

Votre disponibilité et votre rigueur font de vous un exemple à suivre.

Cher Maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici la manifestation de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre Maître et Directeur de Thèse
Professeur Adégné TOGO**

- **Professeur titulaire de chirurgie digestive à la FMOS**
- **Spécialiste en cancérologie digestive**
- **Proctologue**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**

Cher Maître

Ce travail est le vôtre, vous n'avez ménagé aucun effort pour sa réussite.

C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves. Vos immenses qualités de maître formateur ; votre courage et abnégation dans le travail font de vous un modèle à suivre.

Cher Maître, puisse Allah l'Omnipotent vous accorde une longue vie afin que vous continuez à former les jeunes cadres de la santé. Veuillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
Ant	: Antérieur
ATCD	: Antécédent
Coll	: Collaborateurs
CSRéf	: Centre de Santé de Référence
C II	: Commune II
Eff	: Effectif
FA	: Fissure anale
Fig	: Figure
FMOS	: Faculté de Médecine, et d’Odonto-Stomatologie
H	: Heure
IA	: Incontinence Anale
IC	: Intervalle de Confiance
IF	: Incontinence Fécale
IMC	: Indice de Masse Corporelle
IU	: Incontinence urinaire
N	: Nombre
OR	: Odds Ratio
P	: Probabilité
RR	: Risque Relatif
SA	: Semaine d’Aménorrhée
SE	: Sphincter Externe
SI	: Sphincter Interne
TH	: Thrombose Hémorroïdaire
THE	: Thrombose Hémorroïdaire Externe
TR	: Toucher Rectal
%	: Pourcentage
>	: Supérieur
<	: Inferieur
≥	: Supérieur ou égale
≤	: Inferieure ou égale

PLAN

I.	INTRODUCTION.....	15
II.	OBJECTIFS.....	17
	2.1 Objectif général.....	17
	2.2 Objectifs spécifiques.....	17
III.	GENERALITES.....	18
	3.1 Définition.....	18
	3.2 Rappel anatomique.....	18
	3.3 Les pathologies anales.....	30
IV.	METHODOLOGIE.....	46
	4.1 Cadre d'étude.....	46
	4.2 Lieu d'étude.....	46
	4.3 Type d'étude.....	47
	4.4 Période d'étude.....	47
	4.5 Population d'étude.....	47
	4.6 Echantillonnage.....	47
	4.7 Collecte des données.....	48
	4.8 Variables étudiées.....	48
	4.9 Déroulement de l'enquête.....	48
	4.10 Analyse et traitement des données.....	49
	4.11 Définitions opérationnelles.....	49
	4.12 Aspects éthique	49
V.	RESULTATS.....	51
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	74
VII.	CONCLUSION.....	86
VIII.	RECOMMANDATIONS.....	87
	REFERENCES.....	88
IX.	ANNEXES	

INTRODUCTION

I. Introduction :

Si la grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureux de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections anales [1]. Un tiers des femmes développent une lésion anale après un accouchement. Il s'agit essentiellement de thromboses hémorroïdaires (TH) et de fissures anales (FA) pouvant être responsables soit d'un inconfort majeur, soit de douleurs importantes [2]. Moins de 50% des femmes sont informées de ces pathologies potentielles [3].

Dans la plupart des cas, leur diagnostic est tardif et leur prise en charge est inadaptée ou inappropriée.

L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner.

En France, une étude réalisée à l'hôpital Bichat chez 165 femmes enceintes, en 2002 retrouvait à l'examen proctologique, une prévalence de 44,4% de pathologies anales [2].

Mac Arthur et al [4] en 1991 considèrent que les accouchements traumatiques avec extraction par forceps, une durée d'expulsion prolongée et un accouchement d'un gros fœtus accroissent le risque de complications hémorroïdaires.

Le post-partum immédiat est la période la plus propice aux thromboses avec 20% versus 8% des femmes au cours du troisième trimestre de la grossesse

La fissure anale est la deuxième affection proctologique la plus fréquente avec 13% contre 47% pour les hémorroïdes [5].

La fissure anale survient cependant le plus souvent après l'accouchement. La même étude de 2003 a mis en évidence 1,2% de fissures anales pendant le troisième trimestre et 15,2% durant le post-partum immédiat [2].

Mac Arthur et al [6] en 2001 ont rapporté dans leur étude une prévalence de l'incontinence anale aux gaz ou aux selles de 5% à 10% pendant la grossesse et le post-partum. Elle semble maximale en fin de grossesse [6]. Une déchirure sphinctérienne a été retrouvée dans la moitié des incontinenances anales du post-partum [7].

La pathologie anale est probablement sous-estimée en Afrique du fait des tabous, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'information [8]. La constipation est le facteur de risque principal de ces pathologies proctologiques [2].

La prévalence de la constipation est augmentée au cours de la grossesse affectant environ un tiers des femmes [9].

Au Maroc en 2010, Ollende C et al [10] ont trouvé une fréquence de 19% de maladie hémorroïdaire sur 100 femmes examinées dans le post-partum immédiat dans le service de gynécologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V(HMIMV) de Rabat.

Au Mali, aucune étude n'a porté sur l'aspect épidémiologique diagnostique et thérapeutique de la pathologie anale chez la femme enceinte et dans le post-partum, c'est ainsi que nous avons entrepris ce travail au CSRéf de la Commune II du District de Bamako.

II. Objectifs

1. Objectif général :

- Etudier les pathologies anales au cours de la gravido-puerperalité au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer l'incidence des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le post-partum au CSRéf de la Commune II.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Identifier les facteurs de risque des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum au CSRéf de la Commune II.
- Décrire les aspects cliniques des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le post-partum au CSRéf de la Commune II.
- Décrire la prise en charge des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum au CSRéf de la Commune II.

III. Généralités

3.1 Définitions

Le mot **proctologie** vient du grec proktos « anus » et logos « science, étude ». La proctologie est la spécialité des maladies de l'anus et du rectum [11].

La grossesse : C'est l'espace de temps compris entre la fécondation et l'accouchement(ou avortement) pendant lequel l'embryon puis le fœtus se développe dans l'utérus de la mère [12].

Maladie hémorroïdaire : est une ectasie des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [13].

La fissure anale: c'est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal [14].

Une incontinence anale : est définie par l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus jusqu'à la possibilité de le faire ou/et quand cela est socialement possible [15]. Il s'agit donc d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides [16].

L'incontinence fécale (IF) : est définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides par l'anus, à l'exclusion de pertes isolées de gaz ou de glaires [15,16].

L'abcès anal : est une cavité remplie de pus, située à proximité de l'anus ou du rectum [17].

3.2 Rappels anatomiques

3.2.1 RAPPEL ANATOMIQUE DE L'UTERUS : [18]

3.2.1.1 Anatomie descriptive :

3.2.1.1.1 Définition :

L'utérus, mot latin, métrô en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminin destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturation. Il subit des modifications morphologiques et fonctionnelles profondes pendant la grossesse mais d'ordinaire sa muqueuse est le siège de modifications cycliques qui aboutissent aux règles ou menstrues.

3.2.1.1.2 Situation :

C'est un organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

3.2.1.1.3 Caractères morphologiques de l'utérus gravide :

L'utérus gravide est un utérus contenant le concept.

A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : corps, le segment inférieur et le col.

Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

- Les ventres constitueraient le corps;
- Les tendons, le segment inférieur ;
- Et les insertions, le col.

Comme tout tendon, le segment inférieur transmet et module les contractions du corps vers le col.

➤ **Le corps utérin :**

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement

➤ **Situation du fundus utérin :** En début de grossesse, il est pelvien.

A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm :

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic.
- A terme, il est à 32cm du pubis.

➤ **Le segment inférieur**

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique

créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines.

Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

A terme il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur.

➤ **Le col utérin**

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Les orifices (interne et externe) restent fermés jusqu'au début du travail sauf souvent chez la multipare où l'orifice externe peut rester déhiscent.

3.2.1.1.4 Rapports anatomiques de l'utérus gravide :

➤ **Les rapports anatomiques du corps utérin**

Au cours de la grossesse les rapports de l'utérus augmentent avec l'âge gestationnel :

- En avant la paroi abdominale.
- En arrière la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale
- En haut le grand omentum et le colon transverse
- A droite le colon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme
- A gauche les anses et le colon sigmoïde qui recouvre l'annexe gauche

➤ **Les rapports anatomiques du segment inférieur :**

- **La face antérieure :** La vessie est le rapport essentiel. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel
- **La face postérieure :** Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto utérin devenu plus profond, au rectum.
- **Les faces latérales :** Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien.

3.2.2 RAPPEL ANATOMIQUE DU RECTUM

3.2.2.1 Anatomie descriptive

3.2.2.1.1 Configuration externe

Le canal anal fait suite au rectum, il est oblique en bas et en arrière, déterminant avec le rectum un angle ouvert en arrière. Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond, dans sa partie inférieure au sphincter externe. Il est en rapport avec :

- En arrière, le muscle élévateur de l'anus ;
- Sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- En avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée :

La muqueuse qui le tapisse est divisée en deux étages par la ligne pectinée située à sa partie moyenne.

La ligne pectinée est formée par les valvules anales, replis transversaux semi-lunaires.

Les valvules forment avec la paroi du canal anal les cryptes de Morgagni au fond desquelles s'ouvrent les glandes anales. A ce niveau, il existe dans la sous muqueuse des dilatations veineuses (plexus hémorroïdaire interne). Au-dessous de la ligne pectinée se trouve la zone cutanée lisse qui se termine avec la marge anale. La marge anale se distingue de la peau environnante par sa finesse, son plissement et sa pigmentation brune. A ce niveau, il existe le plexus hémorroïdaire externe, sous cutané.

Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien avec le muscle releveur de l'anus.

3.2.2.1.2 Configuration interne

- **le pecten anal** : Caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité en bas par la ligne ano- cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mat, puis bleu [19]. Les colonnes anales de Morgagni sont constituées par des replis semi - circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de **5 à 8**, longues de 1cm et épaisses de **1 à 2 mm**, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose [20].

- **la zone ano cutanée** : Lisse et haute de **1cm**, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe.
- **la zone cutanée** : Continue avec la peau du périnée. Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées.
- **la portion sus pectinéale** : Présente les colonnes de Morgagni. La sous muqueuse est occupé par le plexus hémorroïdaire interne d'où sa coloration rouge foncée qui tranche nettement avec la teinte rose, pâle de la muqueuse rectale sus - jacente.

La portion sous - pectinéale est de coloration grise bleutée.

Crânial

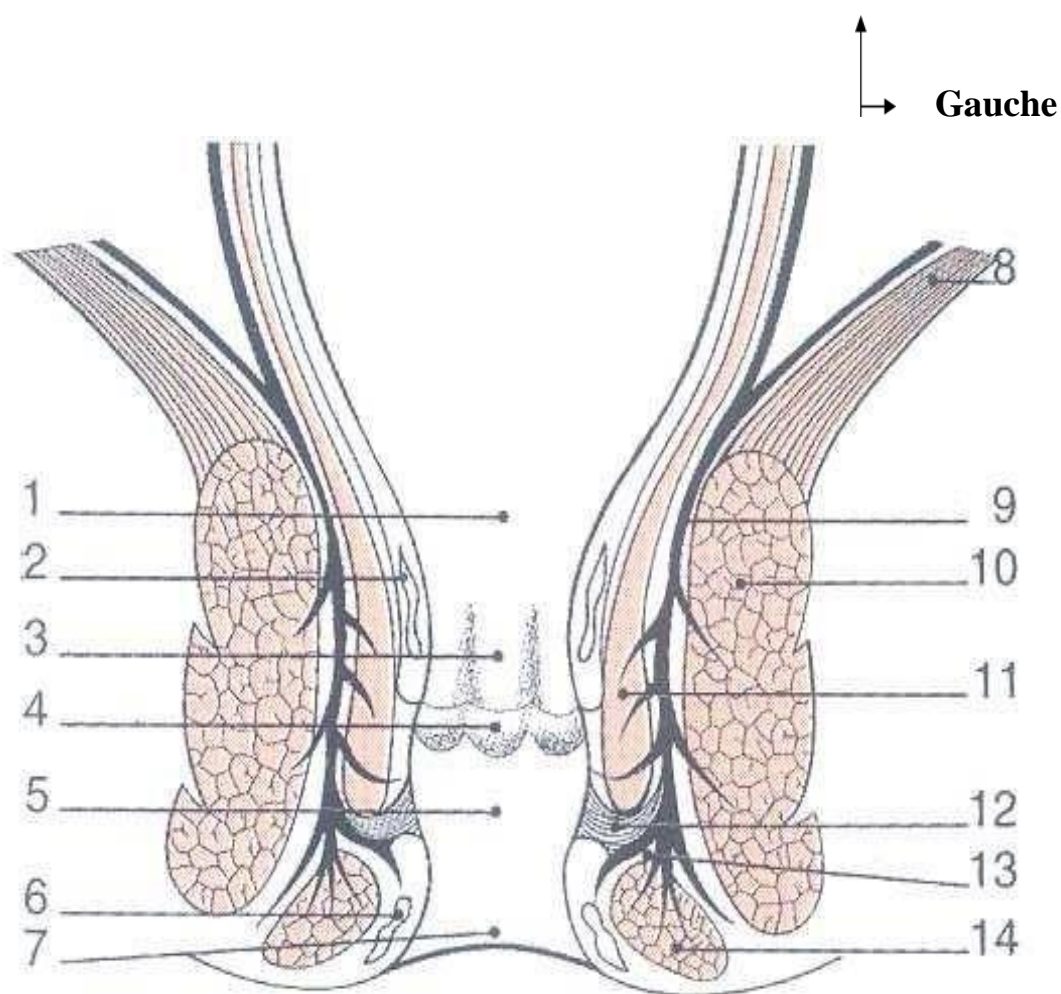


Figure 1: Coupe frontale du canal anal [21]

1. Muqueuse de type rectal;
2. Espace péri anal sous muqueux (plexus hémorroïdaire interne) ;
3. Muqueuse de type intermédiaire;
4. Ligne pectinée (valvule de Morgagni) ;
5. Pecten;
6. Espace péri anal sous-cutané (plexus hémorroïdaire externe) ;
7. Zone Cutanée lisse;
8. Muscle releveur de l'anus;
9. Couche longitudinale complexe
10. Sphincter externe (faisceau profond) ;
11. Sphincter interne;
12. Ligament de Park ;
13. Septum intermusculaire ;
14. Sphincter externe (faisceau sous-cutané).

3.2.2.1.3 Appareil sphinctérien

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [22].

a- Le sphincter interne ou muscle sphincter ani - internus

Il est constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neuro-végétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [20].

b- Le sphincter externe ou muscle ani-externus

Il se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum ; et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l'anus en trois parties [23]

c- Le muscle releveur de l'anus ou muscle levatorani

Principal muscle du diaphragme pelvien, il est pair et constitué du :

- **muscle pubo-coccygien** : s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;
- **muscle ilio-coccygien** : s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ces deux muscles convergent en descendant vers la région retro-anales en croisant les faces anales du rectum [19].

d- Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani

il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [19].

e- Le corps caverneux et le muscle canalisani

Le corps caverneux se trouve dans le 1/3 supérieur du canal en dessous de la ligne ano-rectale. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : **3H**, **7H** et **11H** où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans les corps caverneux.

Le muscle canalisani naît du sphincter aniinternus sous forme d'écrous et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal.

f- La couche longitudinale complexe : cette couche est dite complexe parce que les éléments qui la constituent sont d'origine variée.

3.2.2.1.4 Espaces cellulux péri anaux :

On distingue différents espaces cellulux péri-anaux qui peuvent favoriser l'expansion des infections.

- a- L'espace circum- anal sous-muqueux :** Est situé dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs du canal entre la muqueuse anale et le sphincter interne, limité en bas par le ligament de Parks et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous- muqueuse du rectum.
Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la muscularissub-mucosaeani, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'Hermann et Desfosses.

- b- L'espace péri-anal sous – cutané :** Est situé dans le $\frac{1}{3}$ inférieur du canal anal, limité en dedans par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de Morgan. Il contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdaire externe et les glandes sudoripares et sébacées.

- c- La fosse ischio-rectale :** Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum.

- d- L'espace postérieur du releveur de Courtney :** Est normalement virtuel, situé latéralement et en arrière entre les plans supérieurs et inférieurs du releveur. Il constitue une voie d'extension contrôlable des suppurations aboutissant à la création de fistule en fer à cheval.

- e- L'espace inter-sphinctérien :** Est situé entre le sphincter interne et le sphincter externe. Il contient la couche longitudinale complexe et est le siège des abcès et des diverticules intra – muraux.

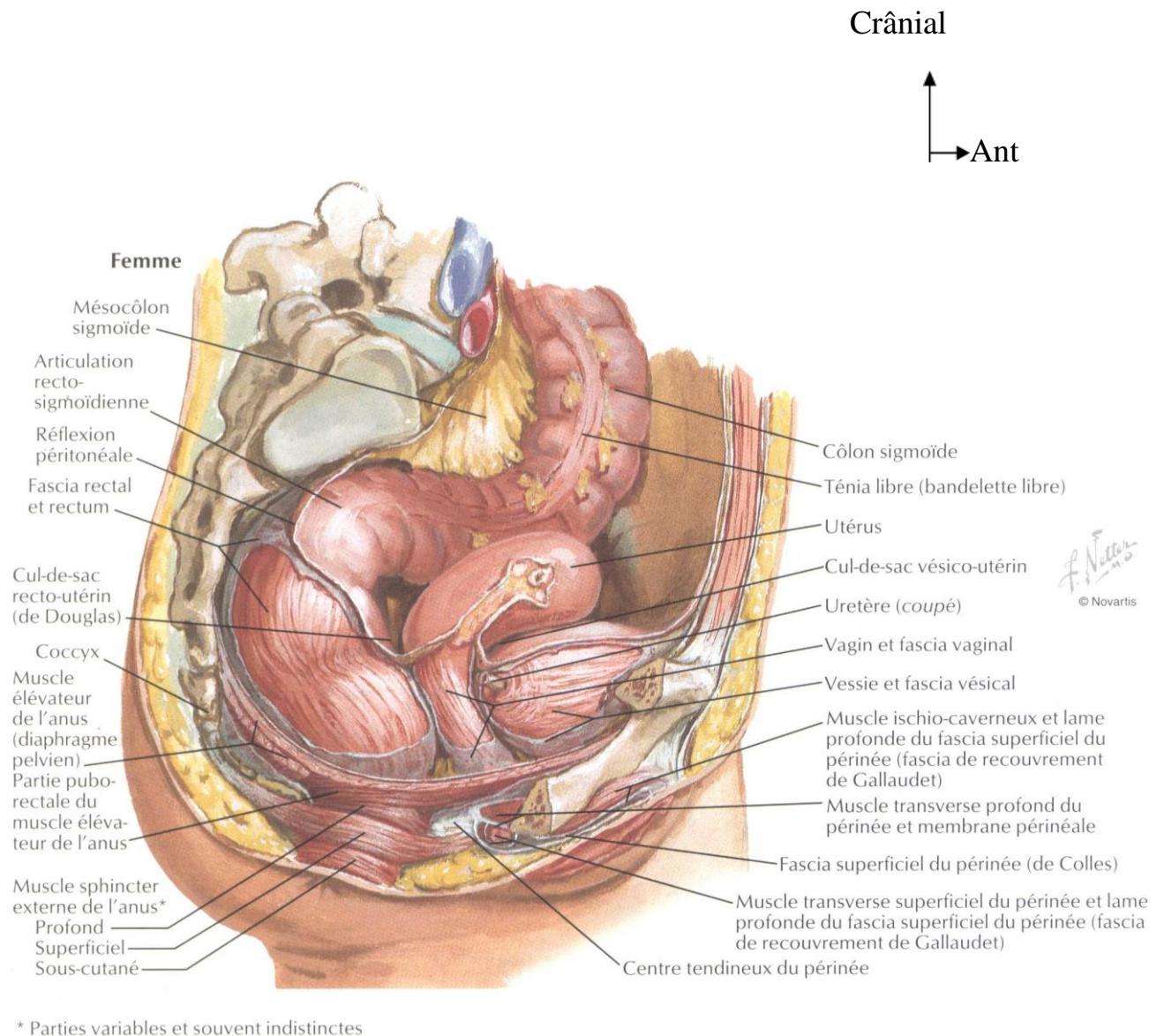


Fig. 2 : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme [24]

3.2.2.2 Vascularisation

3.2.2.2.1 Vascularisation artérielle

- L'artère rectale supérieure ou artère rectalissuperior

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à **8 cm** de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ses branches sont constamment retrouvées à **3H, 7H et 11H** où elles peuvent être palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

- **L'artère rectale moyenne (artère rectalis media)** : elle naît de l'artère iliaque interne, descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum et se termine à ce niveau en **3** ou **4** branches.

- **L'artère rectale inférieure**

Elle naît de l'artère honteuse interne au niveau de l'épine sciatique. Elle se dirige vers le canal qu'elle irrigue.

- **L'artère sacrale médiane** : elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte [25].

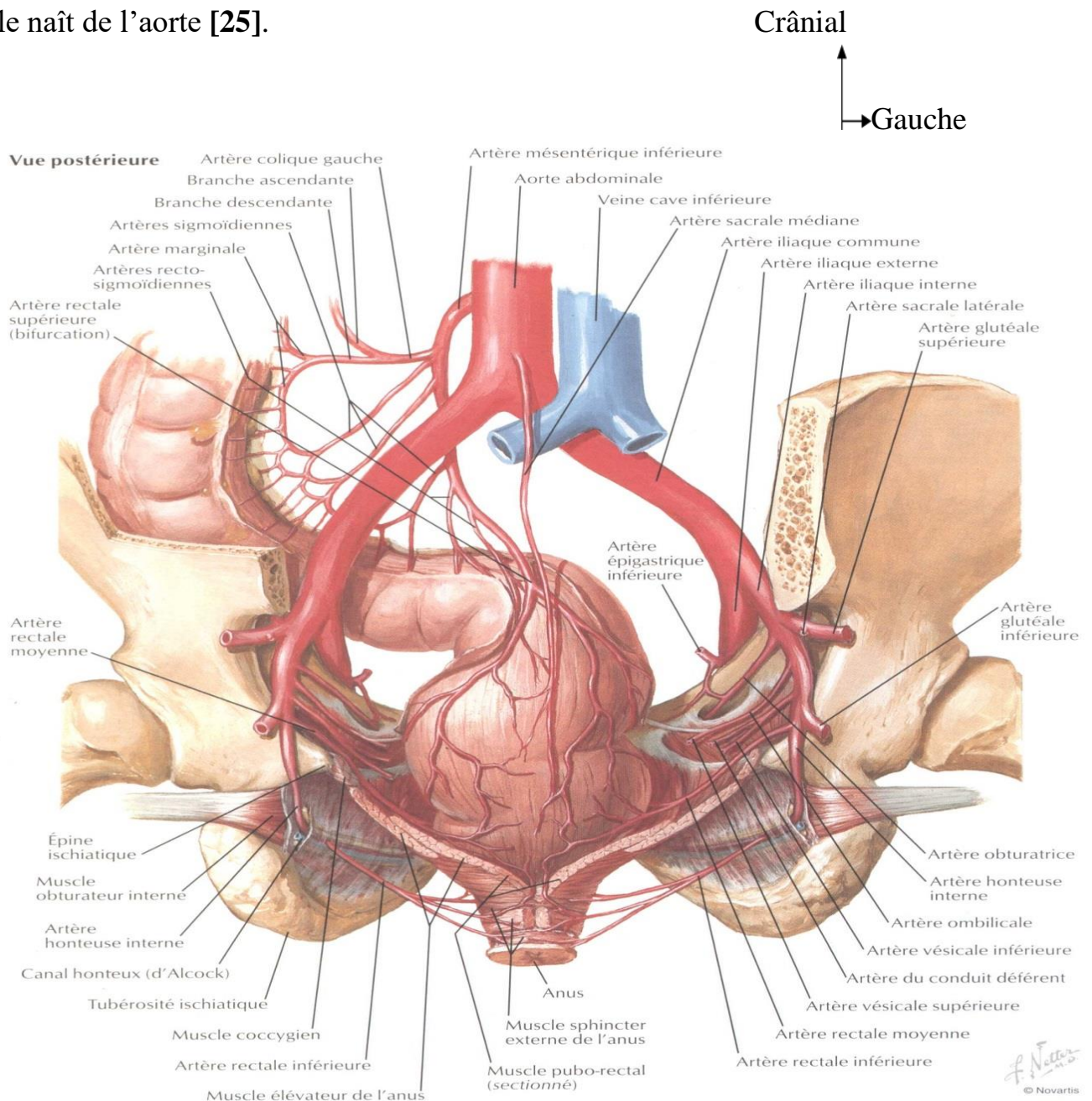


Figure. 3 : Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal [26]

3.2.2.2 Vascularisation veineuse :

Elle constitue un shunt porto-cave.

- Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes.
- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [27].

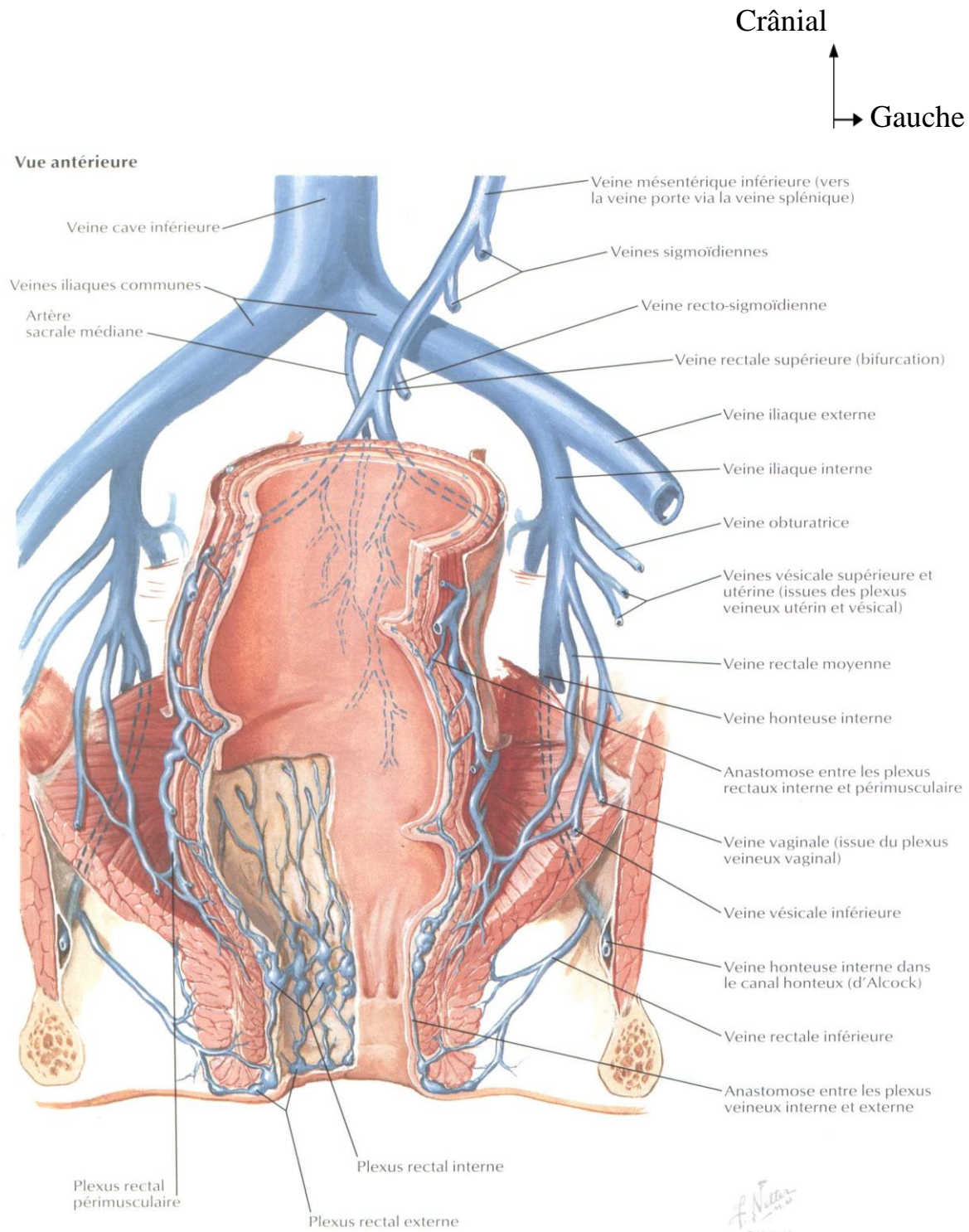


Figure. 4 : Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal [26]

3.2.2.2.3 Vascularisation lymphatique

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : les nœuds lymphatiques mésentériques inférieurs.
- Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguino-superficiels [27].

3.2.2.3 Innervation du canal anal [28]

Complexe et intriquée, somatique et splanchnique, elle est également un point particulier de cette jonction recto-anale.

Au niveau de la zone cutanée, l'innervation est très riche ce qui rend compte de son extrême sensibilité à la douleur.

L'innervation du canal anal est assurée par les nerfs somatiques, les nerfs splanchniques, les voies et centres nerveux médullaires et les centres supérieurs.

3.2.2.4 Les rapports [29]

Le canal anal, en traversant le diaphragme pelvien, est cravaté en arrière par le muscle pubo-rectal.

- Dans le périnée postérieur, il est entouré par le sphincter externe de l'anus.
 - En arrière, les rapports sont identiques chez l'homme et la femme, ils s'effectuent avec les muscles releveurs dont les fibres s'unissent sur la ligne médiane en formant le raphé ano-coccygien.
 - Latéralement, le canal anal répond aux fosses ischio-rectales, lieu de propagation des suppurations ano-périnéales.
 - Elle est limitée en haut par le muscle pubo-rectal, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur, en bas par les plans superficiels du périnée contenant une graisse abondante ainsi que le paquet vasculo-nerveux honteux interne qui chemine contre la paroi pelvienne dans le canal d'Alcock.
- Cette région constitue le site d'infiltrations, utilisée comme support de techniques d'anesthésie en chirurgie proctologique, antalgiques dans 10 certaines algies pelviennes ou manifestations douloureuses chroniques attribuées à une neuropathie pudendale (nerf honteux interne) décrite sous le terme de syndrome du canal d'Alcock.
- En avant, Chez la femme, les rapports s'effectuent avec le triangle ano-vulvaire délimité par la paroi antérieure du canal et la cloison recto-vaginale contenant également le noyau fibreux central du périnée moins développé que chez l'homme.

3.2.2.5 Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif [30]

La femme enceinte a souvent un surcroît d'appétit ; la consommation alimentaire est alors augmentée. Le changement dans le choix des aliments est fréquent, lié aux envies ou au dégoût de certains mets.

La fonction gastrique est ralentie : l'activité sécrétoire de l'estomac est réduite, sa tonicité et sa mobilité sont affaiblies. L'atonie intestinale atteint le grêle et le colon. La constipation est fréquente.

La vésicule participe à l'atonie de la musculature lisse intestinale et se vide lentement.

3.3 Les pathologies anales

3.3.2 La maladie hémorroïdaire

3.3.2.1 Signes cliniques et physiopathologie

La maladie hémorroïdaire peut se manifester sous tous ses modes d'expression clinique au cours de la grossesse : rectorragies, prolapsus, thromboses. La prévalence de la maladie augmente avec l'âge, elle n'est pas liée au sexe.

Les femmes souffrant de cette affection ont eu fréquemment une ou plusieurs grossesses [1].

On distingue les hémorroïdes externes situées dans l'espace sous cutané du canal anal, sous la ligne pectinée et les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous muqueux du canal anal, au-dessus de cette ligne [31].

➤ **Les hémorroïdes internes** se manifestent principalement par un saignement (rectorragie) et/ou un prolapsus ou procidence [32].

- **La rectorragie** : elle est indolore, variable dans sa fréquence et augmente avec la taille et l'inflammation des paquets hémorroïdaires [33]. Le saignement hémorroïdaire est classiquement rythmé par la défécation, fait de sang séparé des selles et s'écoulant le plus souvent en fin de défécation [34].

- **Le prolapsus hémorroïdaire** : s'extériorisant à la marge anale, il peut être perçu comme la sensation d'une masse lors de la défécation [27] permanent ou intermittent [34] et parfois peut être responsable d'un suintement ou d'un saignement pouvant provoquer une irritation cutanée péri anale cause de prurit. [32].

➤ **Les hémorroïdes externes** se manifestent principalement par les thromboses. La symptomatologie (tuméfaction plus ou moins œdématiée et

bleutée, douleur d'intensité variable) dure quelques jours et régresse spontanément [32].

En cicatrisant, les thromboses hémorroïdaires externes peuvent faire place à des marisques.

3.3.2.2 Diagnostic

L'examen physique permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire face à d'autres pathologies.

Le malade sera examiné en position genou – pectoral ou en décubitus latéral gauche en lui demandant de pousser [28]. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, congestifs, parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H, 11H et quatre petits paquets intermédiaires.

- **A l'inspection**

Après un bon éclairage, on recherchera une ou plusieurs procidences souvent les trois classiques [19] (3 heures, 7 heures, et 11 heures) des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissures, fistules, abcès).

- **Au toucher rectal**

On apprécie la tonicité du sphincter, la présence éventuelle d'une masse rectale. A l'issue de l'examen clinique il est possible de classer les hémorroïdes en différents stades (ou grades), mais cette classification ne tient malheureusement pas compte des épisodes de thromboses [20].

Stades cliniques

1 : Hémorroïdes visibles uniquement à l'anuscopie, difficile à palper au TR.

2 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction spontanée.

3 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction manuelle.

4 : Prolapsus irréductible.

Les facteurs favorisant les thromboses hémorroïdaires au cours de la grossesse sont multiples :

La constipation est un facteur favorisant admis de la maladie hémorroïdaire. Chez la femme enceinte la constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus ralentit le transit, les modifications hormonales diminuent les contractions intestinales ainsi qu'à la supplémentation en fer [35].

La dyschésie est un facteur indépendant augmentant le risque de survenue d'une crise hémorroïdaire au cours de la grossesse [2]. Il existe un bouleversement

hormonal au cours de la grossesse or on sait que le tissu hémorroïdaire est riche en récepteurs œstrogéniques et sensibles aux variations hormonales [1]. Le ligament de Parks, qui constitue le ligament suspenseur des hémorroïdes au canal anal, se relâche au cours de la grossesse sous l'effet de cette imprégnation œstro-progestative [1].

Enfin, la gêne au retour veineux en fin de grossesse liée à l'utérus gravide et l'augmentation du volume sanguin circulant de 25 à 40 % favorisent la survenue d'une pathologie hémorroïdaire.

En l'absence de traitement, la maladie peut évoluer vers des complications qui sont :

- **Les rectorragies abondantes** : elles sont faites de sang rouge, déclenchées par les selles. Elles arrosent les selles et leur répétition peut créer une anémie chez le patient.

- **Les thromboses hémorroïdaires**

- **Thrombose externe** : il s'agit d'une urgence, Elle réalise une tuméfaction bleutée sous cutanée dure et douloureuse. Elle est souvent entourée d'une zone œdémateuse. On observe des zones noirâtres contenant des caillots de sang.
- **Thrombose interne** : quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intra-canalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées. Quand elle est extériorisée ou prolabée, elle est difficile voire impossible à réduire. La douleur est permanente et exacerbée par la défécation.

3.3.2.3 Traitement :

La prévention de la maladie hémorroïdaire pendant la grossesse passe par une alimentation riche en fibres permet d'éviter certains désagréments tels que les hémorroïdes.

Les prescriptions médicamenteuses chez ces gestantes 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 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 [36].

Le traitement est donc le plus souvent médical. Il doit toujours contenir un régulateur du transit [36], 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 [37], mais leur prescription est contre-indiquée durant le troisième trimestre de grossesse et non conseillée 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 veïnotoniques peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée [37].

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.

Concernant le traitement instrumental, il comprend différentes méthodes effectuées à titre ambulatoire à travers de l'anuscopie, réalisées en dehors des thromboses hémorroïdaires, de fissure anale et de suppurations anopérinéales.

Ce sont des traitements qui n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne ; en provoquant soit une fibrose cicatricielle, soit en réduisant le volume hémorroïdaire [38].

On dispose de différentes techniques :

- **Injections sclérosantes (quinine urée)**
- **Photo-coagulation à l'infrarouge**
- **Ligature élastique**

Seule la photo-coagulation à l'infrarouge peut être réalisée chez la femme enceinte [39]. Le traitement chirurgical comprend des interventions partielles

réalisées le plus souvent en urgence et d'autres complètes (cure de la maladie hémorroïdaire) réalisées à froid [38]. En effet, les interventions partielles sont réalisées sous simple anesthésie locale.

3.3.3 La fissure anale

3.3.3.1 Signes cliniques et physiopathologie

La fissure anale est une ulcération chronique dont la pathogénie reste encore discutée, le diagnostic de fissure anale est généralement facile, basé sur un syndrome douloureux typique : selle - intervalle libre - douleur et la constatation d'une fissure parfois difficile à mettre en évidence en raison d'un spasme sphinctérien intense.

Les fissures de l'anus posent deux problèmes pratiques importants, à la fois diagnostiques et thérapeutiques. Une des causes les plus fréquentes de la douleur anale, avec l'abcès anal, la thrombose du prolapsus (étranglement hémorroïdaire), c'est une des trois grandes urgences douloureuses de la proctologie.

3.3.3.2 Le diagnostic :

Le diagnostic est généralement facile, il repose sur la triade classique : douleur, contracture, ulcération et doit donc être suspecté sur :

- **le caractère retardé de la douleur** : celle-ci est provoquée ou exacerbée par la selle ; elle est suivie d'une rémission de quelques minutes et s'installe alors souvent, très vive, durant des heures ;

- **son association à la contracture sphinctérienne** : cette contracture n'est pas toujours manifeste et peut manquer, ou en tout cas être très discrète, à peine visible et perceptible une fois sur deux.

Ce qui est essentiel, c'est qu'elle est déclenchée par la moindre tentative d'examen. Il faut donc faire preuve de patience et de douceur pour gagner la confiance du malade.

Le diagnostic est évident lorsque l'on a découvert l'ulcération ou fissure proprement dite. Il s'agit d'une excoriation ovalaire, en forme de raquette, s'effilant dans le canal anal vers la ligne pectinée. Elle est masquée fréquemment par une « marisque » dite sentinelle et présente souvent à son pôle profond une papille hypertrophiée.

Le siège le plus fréquent est postérieur, il est parfois, surtout chez la femme, antérieur plus rarement latéral ou double, antérieur et postérieur.

L'aspect des bords et du fond de la fissure est variable suivant les différents stades évolutifs.

- **Les fissure jeunes** : parfois saignantes, les bords sont nets et fins, le fond est plan avec dans bien des cas une papille hypertrophiée intra canalaire.

- **Dans les fissures anciennes évoluées** : les bords sont scléreux, décollés, le fond est creusant, et même strié transversalement par les fibres du sphincter interne, reconnaissable par sa couleur blanc-nacré.

- **Dans les fissures infectées** : les bords sont largement suppurants et décollés. L'aspect est celui d'une véritable fistule anale, avec un abcès à la crypte.

Paradoxalement, l'examen est alors faciles, car ces formes sont souvent indolores et ne s'accompagnent pas de contracture. La sémiologie clinique varie selon le sexe.

Les fissures de la femme sont très souvent antérieures, rythmées par les épisodes de la vie génitale et fréquentes au cours de la grossesse.

Chacun de ces trois éléments de la triade symptomatique : douleur, contracture et ulcération peuvent faire discuter le diagnostic de fissure.

- La douleur peut évoquer un état inflammatoire (cryptite, papillite), une véritable névralgie ano-rectale, parfois d'ailleurs associée, et alors poser des problèmes thérapeutiques particuliers,

L'irradiation peut se faire vers les fesses, les organes génitaux externes, les cuisses. Les autres signes sont constants : saignements (85% des cas), prurit marginal (60% des cas), constipation réflexe (25% des cas). Le déplissement des plis radiés de l'anus permet de voir la fissure en forme de raquette à bords nets, à fond rouge, souvent commissurale postérieure [5].

La particularité chez la femme enceinte est la localisation antérieure des fissures du fait de la faiblesse du septum recto vaginal et aussi l'absence d'hypertonie sphinctérienne [40].

Comme facteur de risque l'étude de Corby et al mettaient en exergue le rôle de la constipation avec 62 % de constipées chez les patientes avec FA versus 29 % chez celles n'en souffrant pas ($p < 0,01$) [41].

Dans la période du **postpartum**, les facteurs de risque sont :

- L'accouchement après 39,7 semaines,
- Le poids du bébé,
- Une incontinence fécale en postpartum
- Et la durée de l'expulsion (20 minutes) [42].

3.3.3.3 Traitement

Le traitement conservateur comprend : un laxatif, l'application d'anesthésiant local (lidocaïne sous forme de suppositoires ou de crème), un bain chaud de siège et l'application locale de nifédipine (0,2-0,5 %). Elle présenterait moins d'effets

secondaires (céphalées) et serait plus efficace que le trinitrate de glycéryl topique [42]. Chez la femme enceinte, le traitement médical est largement justifié. Il permet le plus souvent une cicatrisation sinon définitive, du moins suffisante pour ne recourir à un traitement ambulatoire instrumental ou chirurgical qu'après l'accouchement.

En cas d'échec, une intervention chirurgicale qui consiste à réaliser 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 [43].

3.3.4 Incontinence anale

3.3.4.1 Signes cliniques et physiopathologie :

On distingue deux types d'incontinence anale.

L'incontinence passive : le patient ne perçoit pas le besoin d'exonération. Ce type d'incontinence peut être rencontré en cas de lésions du sphincter interne, de prolapsus rectaux ou d'atteinte neurologique.

L'incontinence active : le patient perçoit le besoin d'exonérer, souvent de manière urgente. Elle peut être rencontrée en cas de rupture du sphincter externe ou d'atteinte du réservoir rectal : dans ce cas, ce sont des troubles de la compliance [44].

- **L'interrogatoire** consiste à mettre en exergue les symptômes présentés par la patiente et à récolter des informations concernant les causes possibles d'incontinence anale. Pour cela, il faut se renseigner sur les antécédents gynécologiques, obstétricaux et chirurgicaux de la patiente [45, 46]. Au cours de cet interrogatoire, il est fondamental d'évaluer la qualité de vie de la patiente pour permettre de mesurer l'impact sur sa vie de tous les jours et ainsi de se rendre compte de la gêne occasionnée. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état total de bien-être à la fois physique, mental et social [47]. Dans le cas de l'incontinence anale ces trois aspects sont touchés ; en effet les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont telles que les patients ont du mal à en parler et à consulter au moment opportun pour se faire soigner. L'évaluation de l'impact de l'incontinence anale est alors primordiale et systématique lors de l'interrogatoire. Pour cela des échelles et des scores de qualité de vie sont établis [47].

Ces derniers sont nombreux mais la majeure partie des études réalisées reposent sur les scores de Jorge et Wexner.

Ils ont pour but de quantifier le handicap et reposent sur deux critères :

- la nature : gaz, selles liquides ou selles solides.
- la fréquence : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle.

A la suite de cet interrogatoire, un projet thérapeutique peut être défini [45].

Tableau I : Score de Jorge et Wexner

Fréquence des pertes	Jamais	< 1/mois	< 1/Semaine	>1/semaine	1/jour
Selles Solide	0	1	2	3	4
Selles 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

Ce score varie de 0 à 20

0 à 4 : Minime

5 à 9 : Modère

10 à 16 : Importante

17 et plus : Sévère

- **L'examen clinique** doit s'intéresser particulièrement à la vacuité du rectum, au tonus de repos, à la contraction volontaire [45].

Un bilan proctologique et gynécologique doit être réalisé tout comme un examen du périnée pour évaluer la présence ou non de lésions morphologiques, les troubles réflexes, sensitifs ou moteurs [48]. L'examen est dynamique et doit comporter une phase statique et un examen de poussée. Un toucher rectal peut aussi être réalisé afin d'évaluer la sensibilité périnéale et la qualité des réflexes de la patiente [45].

- **Physiopathologie**

➤ **Pendant la grossesse**

L'augmentation du poids viscéral, l'allongement des moyens de suspension de l'utérus et la diminution du système d'amarrage des viscères entraînent des modifications pelvi-périnéales pendant la grossesse [44].

De plus, la pression qui s'exerce sur le périnée ne se fait plus en direction de la région anococcygienne mais en regard de la fente vulvaire [49].

➤ **Pendant l'accouchement**

Plusieurs mécanismes pendant le travail comme la dilatation du col, l'engagement de la tête fœtale ou le passage du mobile fœtal dans l'excavation

pelvienne sont à l'origine d'un étirement des fibres élastiques des ligaments de certains muscles entraînant ainsi des troubles statiques [50].

➤ **Durant le post partum**

Les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anوس et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo-rectale) [41].

Les principales causes et facteurs de risques de l'incontinence anale sont :

➤ **Principales causes d'incontinence anale**

Les causes sphinctériennes sont les lésions des sphincters anaux. Elles sont généralement post-obstétricales, post-chirurgicales ou post-traumatiques. Plus rarement on retrouve une malformation ano-rectale congénitale.

Les causes rectales concernent des altérations ou des lésions de l'ampoule rectale qui peuvent être dues à une rectite inflammatoire ou une résection chirurgicale.

Les causes neurologiques peuvent être périphériques ou centrales: une cause périphérique peut-être une neuropathie provoquée par l'étirement du nerf pudendal après un accouchement.

Les causes centrales regroupent les scléroses en plaques, les accidents vasculaires cérébraux, les démences, les tumeurs cérébrales ou bien les neuropathies diabétiques.

Les causes hormonales peuvent aggraver l'incontinence à la ménopause par diminution de la sécrétion d'œstrogènes.

Des troubles du transit (diarrhées chroniques, stase au niveau rectal) ou troubles de la statique pelvienne suite à un prolapsus extériorisé peuvent également être responsables d'IA [15, 51].

Principales causes d'incontinence anale en post-partum :

L'IA en post-partum a principalement deux origines: les ruptures des sphincters de l'anوس et/ou les lésions du nerf pudendal qui commande le sphincter externe et la sangle pubo-rectale.

- **Les lésions musculaires** : un grand nombre d'études a confirmé que les lésions du sphincter anal sont un risque majeur d'IA post-obstétricale. En effet, malgré une réparation périnéale immédiate, ces déchirures sont pourvoyeuses d'IA dans 17 à 47% des cas [52]. Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'urgence à la défécation.

- **Les ruptures sphinctériennes** peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement ou rester occultes et se révéler secondairement lors d'un bilan d'IA [49].

Les ruptures sphinctériennes (classification anglo-saxonne) : on distingue quatre degrés de déchirures (tableau II).

Tableau II : Classification des déchirures périnéales [53, 54]

Lésions	Classification anglo-saxonne	Classification française
Déchirure périnéale simple <ul style="list-style-type: none"> - Vagin, vulve, peau - Centre tendineux du périnée, muscle 	1 ^{er} 2 ^{ème} degré	1 ^{er} degré
Déchirure périnéale incomplète Sphincter anal externe : moins de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe	3 ^{ème} degré : IIIa	2 ^{ème} degré Périnée complet non Complicqué
Déchirure périnéale complète : <ul style="list-style-type: none"> - Plus de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte - Déchirure complète du sphincter anal externe et du sphincter anal interne sans atteinte de la muqueuse rectale 	3 ^{ème} degré : IIIb 3 ^{ème} degré : IIIc	
Déchirure périnéale complète compliquée : muqueuse ano-rectale	4 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré Périnée complet Complicqué

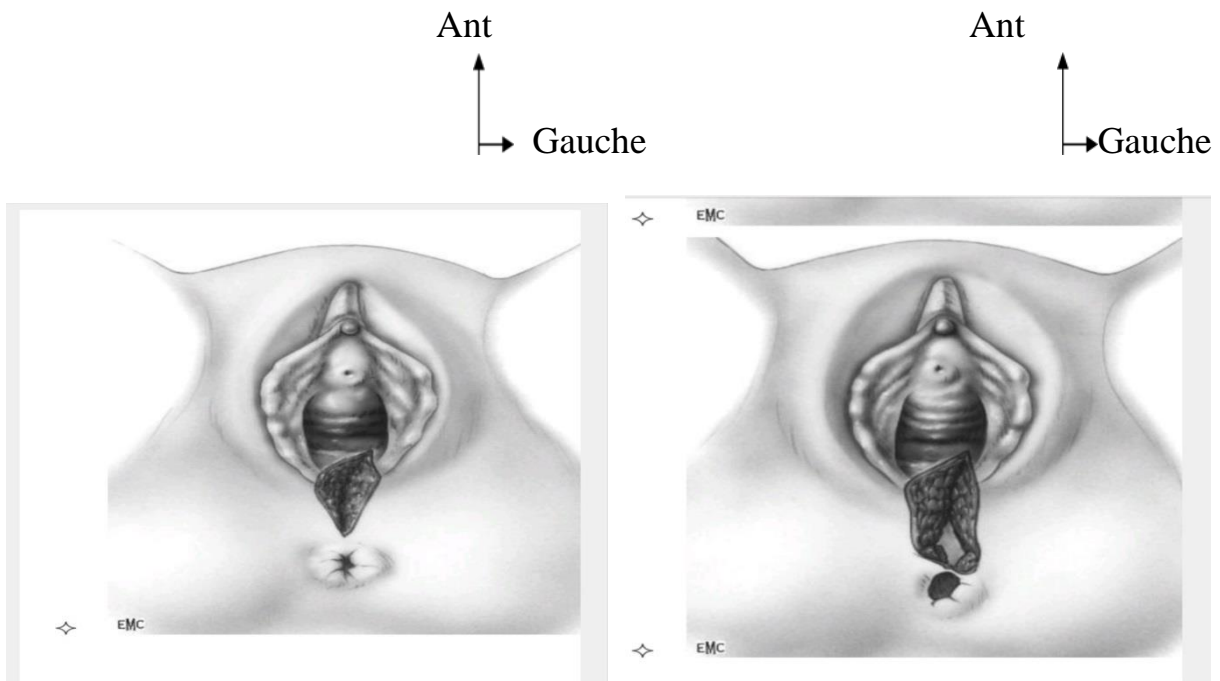


Fig.5: Déchirure périnéale 1^{er} degré [55]

Fig.6: Déchirure périnéale 2^{eme} degré [55]

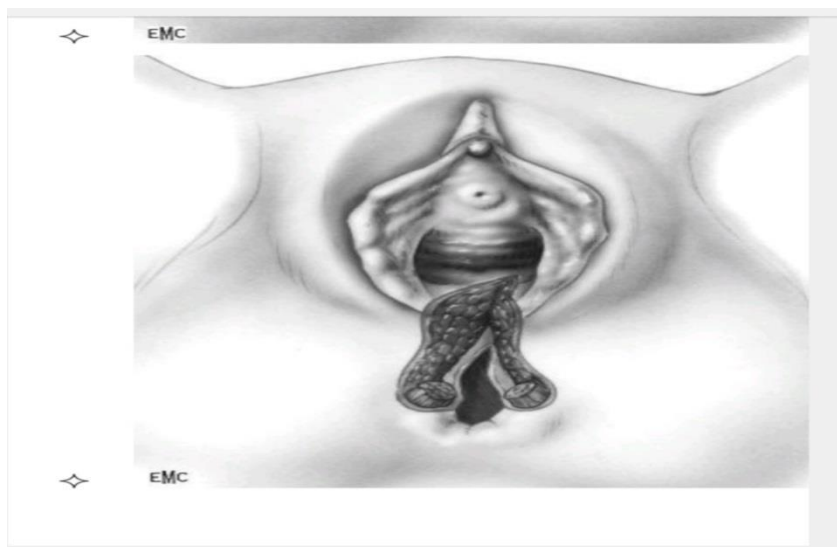
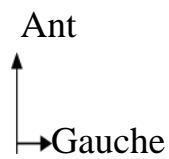


Fig.7 : Déchirure du 3^{eme} degré [55]

- **Les déchirures occultes** symptomatiques en postpartum sont associées à un risque d'incontinence anale 10 ans après l'accouchement. En revanche, les déchirures asymptomatiques en postpartum immédiat ne sont pas associées à un sur-risque à distance de l'accouchement [56].

- **Les lésions neurologiques** : le nerf pudendal est sensitivo-moteur. Une lésion de ce nerf peut donc entraîner des troubles sensitifs, notamment une altération des réflexes de contraction anale à la toux, ou une diminution de la perception de sensations (pendant un rapport sexuel ou encore lors du passage d'urines ou de selles), et des troubles moteurs ; il a cependant une bonne capacité de récupération dans la mesure où les lésions neurologiques sont partielles [7].

- **Autres mécanismes**

Des auteurs ont récemment mis en évidence, grâce à l'utilisation d'une échographie 3D endo-vaginale et trans-périnéale, un accroissement de 20% du volume du canal anal et de son allongement de 3 mm, entre le début et la fin de la grossesse, qui revient à son état antérieur trois mois après l'accouchement. Ces changements auraient pour origine des modifications physiologiques de la muqueuse anale. Or, cet accroissement est moindre chez les femmes qui développent une IA en post-partum [41, 57].

- **Facteurs de risque d'incontinence anale en post-partum**

Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale postnatale sont :

- un âge maternel élevé ;
- une parité élevée ;
- l'obésité maternelle ;
- Un travail prolongé ;
- la réalisation d'une épisiotomie médiane ;
- une lésion obstétricale du sphincter anal ;
- un accouchement par forceps [56, 58]

- **Autres facteurs :**

➤ **Antécédent d'Incontinence anale**

Il a été démontré qu'une IA transitoire dans le post-partum était un facteur prédictif de récurrence pour l'accouchement suivant [59, 60].

- **Incontinences combinées**

L'IA et l'IU post-obstétricales peuvent être associées. En effet, l'IA est retrouvée chez 27 % des patientes souffrant d'IU [61].

3.3.4.2 Prise en charge de l'incontinence anale : [62]

- **Le traitement non chirurgical** : il associe les traitements médicamenteux, la rééducation périnéale, les soins infirmiers adaptés en fonction des circonstances de survenue de l'IA.

➤ **Les traitements médicamenteux** :

La prise en charge médicale des patients incontinents doit s'attacher dans tous les cas à différents aspects : équilibrer toute pathologie digestive intercurrente, normaliser qualitativement le transit de façon durable, faciliter l'exonération spontanée et assurer la facilité de l'exonération. Les traitements médicaux sont peu efficaces pour corriger une incontinence aux gaz.

➤ **La rééducation périnéale** :

Elle peut être utile dans le traitement de l'IA d'origine sphinctérienne avec ou sans altération du besoin exonérateur. Une IA d'origine neurologique est rarement améliorée par la rééducation. Elle peut être proposée après réparation chirurgicale pour améliorer les résultats fonctionnels de la chirurgie. Plusieurs techniques de rééducation existent.

La principale technique de rééducation utilisée et évaluée lorsqu'il existe un dysfonctionnement ano-rectal est le bio-feedback :

Il s'agit d'une méthode ayant pour but d'informer le patient d'une fonction physiologique qu'il ignore en la lui montrant. Elle comprend des exercices de contraction volontaire périnéale et utilise la réponse sphinctérienne à une distension rectale provoquée. Le biofeedback nécessite une instrumentation qui donne au patient, au moyen d'un signal, la possibilité de comprendre ce qui n'est pas normal dans sa fonction ano-rectale et de modifier cette anomalie jusqu'à sa correction complète.

La motivation des patientes et une bonne compréhension des exercices sont indispensables au succès de cette technique.

Le nombre de séances est variable selon la gravité et le comportement du patient. Il varie entre trois et dix séances. Les résultats du biofeedback dans le traitement de l'IA sont bons, puisque 70% des patientes sont améliorés et cela de façon durable (pendant plus de cinq ans). La seconde technique est l'électrostimulation anale ou vaginale. L'efficacité de cette méthode n'est pas scientifiquement établie.

Il semblerait que l'électrostimulation modifie l'innervation sphinctérienne. Ainsi, cette technique peut être pratiquée au début de la rééducation lorsque la contraction du sphincter anal est faible, et lorsque le patient a des difficultés à sélectionner uniquement le sphincter anal lors des efforts de contraction

volontaire. Après une période de quelques jours à un mois d'électrostimulation, la rééducation par biofeedback peut être entreprise.

➤ **Le traitement chirurgical** : il est réservé aux troubles de statique rectale (Prolapsus rectal) et aux causes sphinctériennes d'incontinence. Il est envisagé après échec du traitement médical et de la rééducation.

Le chirurgien peut proposer plusieurs techniques en fonction des lésions identifiées.

Lorsque la cause de l'IA est sphinctérienne, les techniques chirurgicales disponibles peuvent être divisées en deux grandes catégories :

Celles dont l'objectif est la restitution d'une zone de haute pression sphinctérienne au niveau du canal anal :

➤ **Les techniques de réparation sphinctérienne anale**

- La réparation sphinctérienne directe

- Le principe de la myorrhaphie

- Neuromodulation des racines sacrées dont le mécanisme d'action est plus complexe. C'est une technique à la limite du traitement médical et chirurgical. Le but est d'améliorer la continence anale au moyen d'une stimulation des racines sacrées par des courants électriques de basses fréquences.

3.3.5 Abcès anal :

3.3.5.1 Signes cliniques et physiopathologie [17]:

Le diagnostic de l'abcès anal est purement clinique.

Les symptômes cardinaux classiques des abcès ano-rectaux sont les mêmes que ceux de toute pathologie infectieuse abcédée. Ils allient douleur, rougeur, tuméfaction et chaleur. Les douleurs sont intenses et pulsatiles, stimulées par la position assise, la marche ou la défécation.

Lorsque la collection est périnéale ou péri-anale, une induration palpable de la fesse apparaît, rendant celle-ci volontiers asymétrique. Un certain degré de cellulite d'accompagnement peut exister. Plus que la lésion est haut située plus le diagnostic est difficile.

A l'examen anoscopie soigneux, l'orifice interne primaire ne peut être identifié que dans 30 à 40% des cas. Les abcès intersphinctérien restent un défi diagnostic du fait de l'absence de signes cliniques extérieurs associée à des douleurs exquises rendant tout examen anoscopique impossible.

L'échographie anale est une aide diagnostique appréciable dans ces situations, elle permet également de diriger l'incision de drainage. Si l'abcédation n'est pas prise en charge rapidement, le tableau clinique peut se compliquer et évoluer

vers un sepsis sévère, dont il faut se rappeler l'importante mortalité chez les patientes fragiles.

Le spectre de telles complications nous rappelle la nécessité de traiter adéquatement et dans l'urgence non différée tout abcès de la région ano-rectale

3.3.5.2 Prise en charge [1] :

En pratique il peut arriver qu'un abcès survienne au cours de la grossesse. Parfois, une simple incision sous anesthésie locale permet de passer un cap (lorsque le terme est proche) et de soulager la patiente.

Sinon le traitement est le drainage chirurgical en urgence, associé le plus souvent à la mise en place d'un drainage par séton en cas de fistule. Lorsqu'un second temps opératoire est nécessaire pour traiter la fistule, il sera réalisé à distance de l'accouchement.

Selon la hauteur et la topographie antérieure ou non du trajet fistuleux, il faudra prendre en compte cette pathologie proctologique dans le choix de la voie d'accouchement, une délivrance par voie périnéale pouvant favoriser la survenue d'une incontinence fécale.

Lorsqu'une antibiothérapie est nécessaire, l'utilisation du métronidazole est possible, quel que soit le terme.

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

4.1 Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

4.2 Lieu d'étude

Le service de gynécologie obstétrique occupe le premier bâtiment. Il se trouve juste à l'entrée et à gauche et fait face au laboratoire.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement
- Une salle de suites de couches immédiates normales avec six (6) lits
- Une salle de garde pour les sages-femmes
- Un bureau pour la sage-femme maitresse
- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité de consultation post natale
- Une unité de prévention de la transmission mère enfant du VIH
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus et de SAA
- Une unité de gynécologie obstétrique
- Six (6) salles d'hospitalisation avec dix-huit lits

Le personnel du service comprend :

- Quatre gynécologues obstétriciens
- Vingt-quatre sages-femmes
- Dix infirmières obstétriciennes
- Sept aides-soignantes
- Des étudiants faisant fonction d'interne

Un staff à lieu tous les jours ouvrables à partir de 08 heures 30 minutes, réunissant le personnel du service dirigé par un gynécologue obstétricien.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, d'une sage-femme, de deux étudiants faisant fonction d'interne, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un anesthésiste, de deux manoeuvres et d'un chauffeur.

Il y a quatre jours de consultation externe par semaine. Une visite est faite tous les jours dans différentes unités d'hospitalisation et est dirigé par un gynécologue obstétricien.

4.3 Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive et analytique mono centrique avec enquête prospective des données.

4.4 Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 9 mois allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019.

4.5 Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant effectué leur suivi de la grossesse et du post-partum à l'unité de gynécologie obstétrique du CS-Réf de la commune II du District de Bamako pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à cette étude.

4.6 Echantillonnage

4.6.1 Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes ayant débuté leur suivi de la grossesse au premier trimestre et qui ont accouchée dans notre service.

4.6.2 Critères d'exclusion

N'ont pas été incluses :

- toutes les gestantes ayant consulté pour la première fois au-delà du premier trimestre de la grossesse.
- toutes les gestantes ayant consulté au premier trimestre mais qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.
- toutes les gestantes suivies dans un autre centre.
- toutes les gestantes ayant fait un avortement, ou qui ont été référée dans un CHU au cours de l'étude.
- toutes les gestantes présentant une pathologie anale

4.6.3 Technique d'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de toutes les gestantes répondant aux critères d'inclusion.

4.7 Collecte des données

Afin de faciliter l'étude nous avons élaboré une fiche d'enquête comportant les variables à étudier.

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête à partir des:

- Dossiers obstétricaux ;
- Carnets de CPN ;
- Registres d'anesthésie ; et
- Registres d'accouchement ;

4.8 Variables étudiées

Les variables étudiées ont été l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, les habitudes alimentaires, la parité, l'IMC, les troubles de transit, les antécédents de maladie proctologique, la durée d'expulsion, la voie d'accouchement, le poids du nouveau-né, les déchirures périnéales, l'épisiotomie, le type d'accouchement et la grossesse gémellaire.

4.9 Déroulement de l'étude

La méthodologie utilisée pour cette étude sera la recherche des pathologies anales chez la femme enceinte. Chacune d'elles bénéficiera d'un examen obstétrical et proctologique au 1er, 3ème trimestre de la grossesse et du postpartum:

L'examen clinique proctologique se réalise sur une table d'examen patient en position genu-pectoral ou décubitus latérale gauche.

- Le premier temps de l'examen est l'observation de l'anus (Inspection) qui s'effectue en dépliant les plis radiaux permettant d'observer une fissure ; une fistule ; une tuméfaction ; une thrombose hémorroïdaire ; un condylome. Nous ferons demander au patientes de pousser pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales comme les hémorroïdes internes qui se prolapsent ; une tuméfaction ou un prolapsus rectal.
- Le deuxième temps de l'examen comprend la palpation du bord de l'anus et un toucher ano-rectal à la recherche d'une anomalie telle que : une tuméfaction ; une douleur ; ou un orifice de la fistule anale. Ce toucher permet également d'évaluer le tonus des sphincters anaux
- La troisième étape est l'anuscopie permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal ; une fissure endo-canalair ; un cancer endo-canalair et le bas rectum. Cette troisième étape sera faite pour les femmes qui présentent une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

4.10 Analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur Excel et analysées sur le logiciel Epi info 7

Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher et le test de Mantel Haenszel avec un seuil de significativité fixé à 5%.

4.11 Définitions opérationnelles :

- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse chez la femme.
- **Primigeste** : c'est une femme qui est à sa première la grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multigeste** : c'est une femme qui est à sa quatrième ou cinquième grossesse.
- **Grande multigeste** : c'est une femme dont le nombre de grossesse est supérieur ou égal à six.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché pour la première fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre ou cinq fois.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a accouché six fois ou plus.

4.12 Aspects éthiques

Notre étude est purement scientifique et permet d'évaluer l'effet de la grossesse sur le périnée et le canal anal. Les résultats issus de cette étude seront à la disposition de tous les intervenants en matière de la santé.

RESULTATS

V. Résultats

5.1 Incidence

Du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019, soit 9 mois, nous avons recensé 176 gestantes sur 2745 grossesses suivies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako, soit une moyenne de 305 accouchements par mois, 2343 avaient accouchée par voies basse et 402 par césariennes.

Ces 176 femmes ont été suivies du 1^{er} trimestre jusqu'à 6 semaine après l'accouchement. Parmi ces patientes, 80 soit 45,5% ont développé une maladie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire (25,6%), fissures anales (9,1%), les incontinences anales (8%), les pathologies anales multiples (2,8%).

Parmi les patientes atteintes de maladie hémorroïdaire, 30 soit 66,7% avaient la maladie hémorroïdaire externe et 15 soit 33,3% une maladie hémorroïdaire interne.

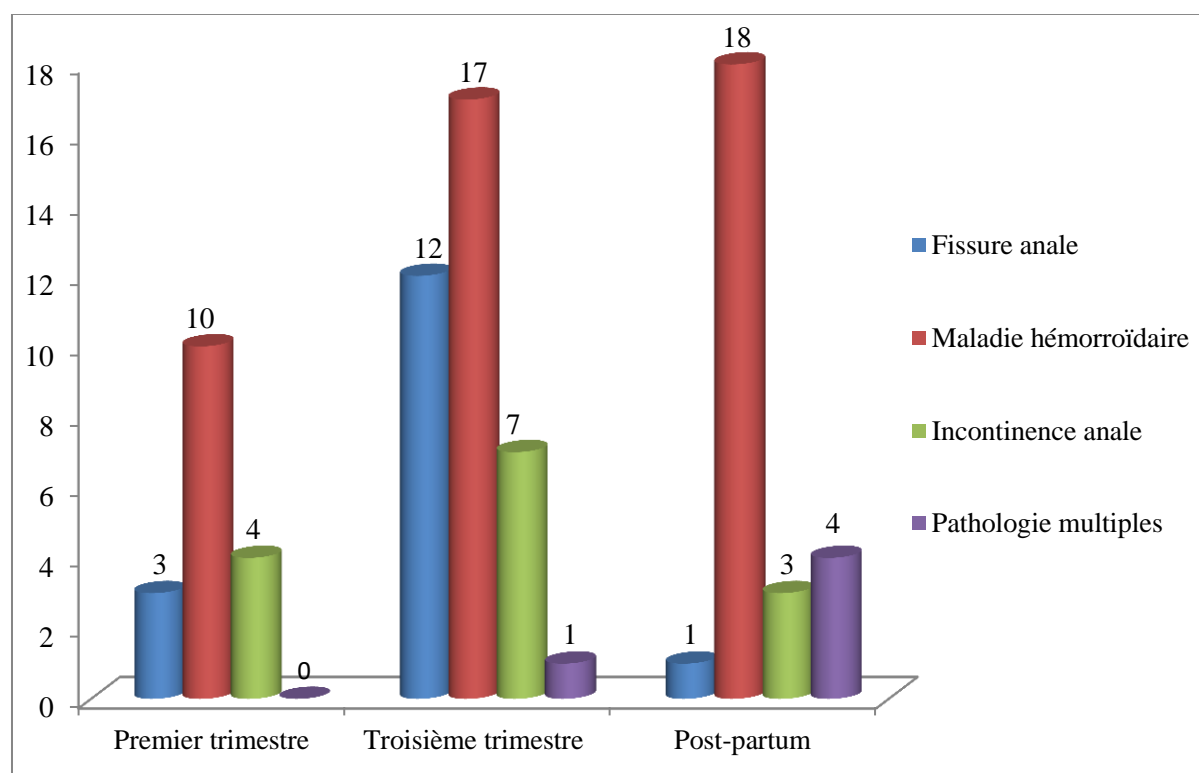


Fig.8 : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois.

Tableau III : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois.

Pathologies anales	Moment de diagnostic			Total
	Premier trimestre	Troisième trimestre	Post-partum n	
Fissure anale	3(1,7)	12(6,8)	1(0,6)	16(9,1)
Maladie hémorroïdaire	10(5,7)	17(9,7)	18(10,2)	45(25,6)
Incontinence anale	4(2,3)	7(4)	3(1,7)	14(8)
Pathologies* multiples	0(0)	1(0,6)	4(2,2)	5(2,8)
Total	17(9,7)	37(21)	26(14,8)	80(45,5)

Les pathologies multiples* étaient : la maladie hémorroïdaire externe + fissure anale et maladie hémorroïdaire interne + incontinence anale.

Tableau IV : L'incidence des différentes pathologies anaales en fonction des périodes de la gravido-puerperalité.

Pathologies	Fissure anale	Maladie hémorroïdaire	Incontinence anale
Premier trimestre	3	10	4
Troisième trimestre	12	18	8
Post-partum	4	22	4
Total	19	50	16

5.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau V : Répartition des femmes selon l'âge

Age (ans)	Effectifs	Fréquence (%)
≤ 19	35	19,9
[20 à 29]	94	53,4
≥ 30	47	26,7
Total	176	100,0

L'âge moyen des femmes était de 26 ans avec des extrêmes de 15 ans et 42 ans, écart-type = 6 ans Variance = 45 ans.

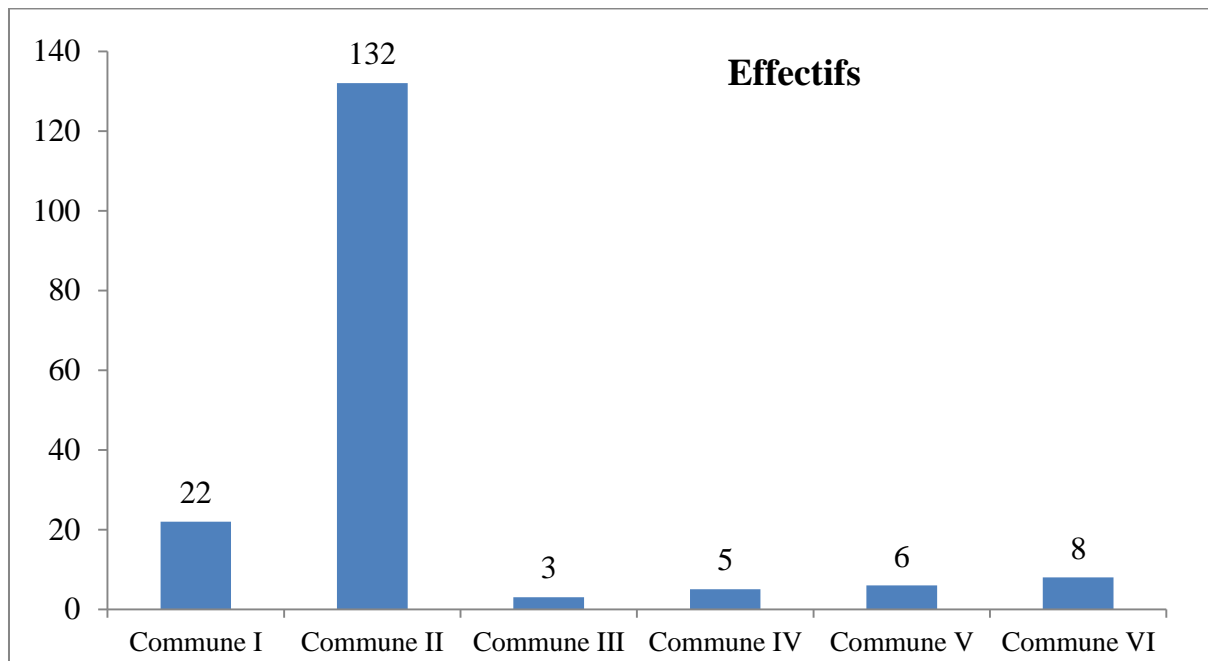


Fig.9 : Répartition des femmes selon la provenance.

5.3 Les facteurs de risques

Tableau VI : Répartition des femmes selon la parité.

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Primipare	49	27,8
Paucipare	42	23,9
Multipare	60	34,1
Grande multipare	25	14,2
Total	176	100,0

La parité moyenne était de 4 avec des extrêmes de 0 à 8

Tableau VII : Répartition de femmes selon les antécédents proctologiques

ATCD Proctologiques	Effectifs	Fréquence (%)
Douleur anale	22	12,5
Rectorragie	7	4,0
Incontinence anale	18	10,2
Suintements anaux	2	1,1
Aucun	127	72,2
Total	176	100,0

Tableau VIII : Répartition des femmes selon l'habitude socio-alimentaire

Aliments	Effectifs	Fréquence (%)
Céréales	150	85,2
Epices	135	76,7
Haricot	130	73,9
Fruits	33	18,8
Légumes	15	8,5
Café	5	2,8
Alcool	1	0,6
Tabac	0	0,0

Tableaux IX : Répartition de nos femmes selon l'indice de masse corporelle.

IMC (kg/m²)	Effectifs	Fréquence (%)
Déficit pondéral	8	4,5
Normal (18,5-24,5)	144	81,8
Surpoids (25-29,5)	16	9,1
Obésité (30-40)	8	4,6
Total	176	100

Tableau X : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Fréquence (%)
Voie basse	152	86,4
Césarienne	24	13,6
Total	176	100,0

Près du tiers soit 24,3% des femmes ont subis une épisiotomie, contre 12 soit 7,9% qui ont fait une déchirure périnéale au cours de l'accouchement par voie basse.

Seulement 10 soit 6,6% des femmes ont subis un accouchement instrumentale par ventouse contre une seul femme par forceps.

Tableau XI : Répartition des femmes selon la durée d'expulsion fœtale

Durée d'expulsion fœtale	Effectifs	Fréquence (%)
< 10 minutes	28	15,9
[10 à 20 minutes]	72	41,0
> 20 minutes	52	29,5
Non	24	13,6
Total	176	100,0

La durée moyenne d'expulsion fœtal était de 12 minutes avec des extrêmes de 5 minutes et 40 minutes, un écart-type = 10,13.

Tableau XII : Répartition des femmes selon le poids du nouveau-né

Poids du nouveau-né (g)	Effectifs	Fréquence (%)
< 2500	4	2,3
[2500 - 3500]	132	75
[3600 - 4000]	36	20,4
> 4000	4	2,3
Total	176	100

Le poids moyen du nouveau-né était de 3100g avec des extrêmes de 2300 et 4300g, un écart-type = 482,0466.

5.4 Aspects cliniques des pathologies proctologiques :

5.4.1 Les signes cliniques des pathologies proctologiques au 1^{er} trimestre

Tableau XIII : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Fréquences (%)
Constipation	105	59,6
Douleur anale	26	14,8
Prurit anal	15	8,5
Rectorragies	7	4,0
Suintements anaux	8	4,5
Incontinence anale aux gaz	2	1,1
Incontinence anale aux selles	1	0,6
Prolapsus hémorroïdaire	1	0,6
Aucun	71	40,3

**Tableau XIV : Répartition des femmes selon les données de l'examen
proctologique.**

Données de l'examen proctologique	Effectifs	Fréquences (%)
Marisques hémorroïdaires	20	11,3
Paquet hémorroïdaire	10	5,7
Plaie fissuraire	3	1,7
Cicatrice de déchirure	8	4,5
Cicatrice d'épisiotomie	17	9,6
Douleur anale au toucher rectal	18	10,2
Hypertonie sphinctérienne	5	2,8
Hypotonie sphinctérienne	9	5,1
Toucher rectal hémorragique	1	0,6

Tableau XV : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée au 1^{er} trimestre

Pathologie anale retrouvée	Effectifs	Fréquences (%)
Fissure postérieure	2	1,1
Fissure antérieure	1	0,6
Hémorroïde externe	7	4,0
Hémorroïde interne stade I	2	1,1
Hémorroïde interne stade II	1	0,6
Incontinence anale au gaz	3	1,7
Incontinence anale à la selle	1	0,6
Total	17	9,7

Tableau XVI : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques.

Pathologies anales	Fissure anale	Maladie hémorroïdaire	Incontinence anale
Signes fonctionnel			
Constipation	3/3	9/10	3/4
Douleur anale	3/3	4/10	1/4
Suintement anal	1/3	2/10	1/4
Prurit anal	2/3	4/10	1/4
Rectorragies	1/3	3/10	0/4

5.4.2 Les signes cliniques des pathologies proctologiques du troisième 3^{ème} trimestre

Tableau XVII : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Fréquences (%)
Constipation	97	55,1
Douleur anale	28	16,0
Diarrhée	7	4,0
Prurit anal	12	6,8
Rectorragies	24	13,6
Suintements anaux	12	6,8
Incontinence anale aux gaz	7	4,0
Incontinence anale aux selles	2	1,1
Prolapsus hémorroïdaire	1	0,6
Aucun	79	44,9

**Tableau XVIII : Répartition des femmes selon les données de l'examen
 proctologique.**

Données de l'examen proctologique	Effectifs	Fréquences (%)
Marisques hémorroïdaires	22	12,5
Paquet hémorroïdaire	26	14,8
Plaie fissuraire	12	6,8
Cicatrice de déchirure	8	4,5
Cicatrice d'épisiotomie	17	9,6
Douleur anale au toucher rectal	52	29,5
Hypertonie sphinctérienne	12	6,8
Hypotonie sphinctérienne	5	2,8
Toucher rectal hémorragique	3	1,7
Aucun	116	66

**Tableau XIX : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée
au 3^{ème} trimestre**

Pathologie anale retrouvée	Effectifs	Fréquences (%)
Fissure postérieure	2	1,1
Fissure antérieure	10	5,7
Hémorroïde externe	8	4,5
Thrombose hémorroïdaire	7	4,0
Hémorroïde interne stade I	5	2,8
Hémorroïde interne stade II	4	2,3
Hémorroïde interne stade III	1	0,6
Incontinence anale au gaz	6	3,4
Incontinence anale a la selle	3	1,7
Incontinence anale à la selle + hémorroïde interne stade III	1	0,6
Total	47	26,7

Parmi les 47 patients, 10 étaient des anciennes patientes du premier trimestre et 37 nouvelles patientes.

Le nombre de cas guéris entre le premier trimestre et le troisième trimestre était de 7 patientes.

Tableau XX : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques.

Pathologies anales	Fissure anale	Maladie hémorroïdaire	Incontinence anale
Signes fonctionnel			
Constipation	12/12	22/25	7/10
Douleur anale	12/12	14/25	1/10
Suintement anal	5/12	5/25	2/10
Prurit anal	8/12	4/25	0/10
Rectorragies	10/12	14/25	0/10

5.4.3 Les signes cliniques des pathologies proctologiques dans le post-partum

Tableau XXI : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Fréquences (%)
Constipation	80	45,5
Douleur anale	28	15,9
Prurit anale	12	6,8
Rectorragies	18	10,2
Suintements anaux	10	5,7
Incontinence anale aux gaz	8	4,5
Incontinence anale aux selles	3	1,7
Prolapsus hémorroïdaire	2	1,1
Aucun	86	48,9

**Tableau XXII : Répartition des femmes selon les données de l'examen
 proctologique**

Données de l'examen proctologique	Effectifs	Fréquences (%)
Marisques hémorroïdaires	24	13,6
Paquet hémorroïdaire	46	26,1
Plaie fissuraire	13	7,4
Plaie d'épisiotomie	57	32,4
Douleur anale au toucher rectal	64	36,4
Hypertonie sphinctérienne	21	11,9
Hypotonie sphinctérienne	9	5,1
Toucher rectal hémorragique	14	8
Aucun	104	59,1

Tableau XXIII : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée dans le post-partum

Pathologie anale retrouvée	Effectifs	Fréquences (%)
Fissure antérieure	7	4,0
Fissure postérieure	6	3,4
Hémorroïde externe	20	11,4
Thrombose hémorroïdaire	12	6,8
Hémorroïde interne stade I	4	2,3
Hémorroïde interne stade II	4	2,3
Hémorroïde interne stade III	1	0,6
Hémorroïde interne stade IV	2	1,1
Incontinence anale au gaz	5	2,8
Incontinence anale a la selle	6	3,4
Incontinence anale au gaz + Hémorroïde interne III	2	1,1
Hémorroïde externe + fissure antérieure	3	1,7
Total	72	40,9

Parmi les 72 patientes dans le post-partum, 46 étaient des anciennes patientes du troisième trimestre et 26 nouvelles patientes.

Le nombre de cas guéris entre le premier trimestre et le troisième trimestre était de 1 patiente.

Tableau XXIV : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques.

Pathologies anales	Fissure anale	Maladie hémorroïdaire	Incontinence anale
Signes fonctionnel			
Constipation	9/13	35/43	8/11
Douleur anale	9/13	16/43	1/10
Suintement anal	6/13	4/43	0/10
Prurit anal	6/13	6/43	0/10
Rectorragies	4/13	14/43	0/10

5.5 Prise en charge de la pathologie anale

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la prise en charge de la pathologie anale en fonction des périodes de la gravidité-puerpéralité

Médicaments	Périodes		
	Premier trimestre	Troisième trimestre	Post-partum
Régulateur du transit+ Veïnotonique	4 (5%)	13 (16,3%)	28 (35%)
Antalgique	3 (3,7%)	12 (15%)	15 (18,8%)
Veïnotonique +Antalgique	3 (3,7%)	7 (8,7%)	10 (12,5%)
Régulateur du transit	70 (87,5%)	52 (65,3%)	17 (9,4%)
Topiques locaux	5 (6,3%)	20 (25%)	30 (37,5%)
Réducation périnéale	0 (00%)	0 (00%)	3 (3,7%)

5.6 Partie analytique

Tableau XXVI : Répartitions des femmes selon l'âge moyen, les extrêmes d'âge et l'écart-type.

Femmes	Effectifs	Age moyen	Extrêmes (ans)	Écart-type (ans)
Fissure anale	16	26	15, 42	8
Maladie hémorroïdaire	45	25	18, 42	6
Incontinence anale	14	24	17, 38	6
Pathologie multiple	5	27	20, 42	5
Groupe sain	96	20	15, 32	5

Tableau XXVII : Analyse univariée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.

Pathologie		Maladie hémorroïdaire				
		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 30	47	14 (29,8)	0,439	1,23	[0,72-2,11]
	< 30	129	31 (24,0)			
Parité	Multiparité	127	23 (18,1)	0,000	0,40	[0,24-0,65]
	Primiparité	49	22 (44,9)			
Constipation	Oui	105	43 (41,0)	0,000	14,53	[3,63-58,10]
	Non	71	2 (2,8)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	24	6 (25,0)	0,945	0,97	[0,46-2,05]
	< 25	152	39 (25,7)			
Accouchement	voie basse	152	41 (27,0)	0,409	1,61	[0,63-4,11]
	Césarienne	24	4 (16,7)			
Utilisation de ventouse	Oui	10	6 (60,0)	0,028	2,55	[1,43-4,54]
	Non	166	39 (23,5)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	52	20 (38,5)	0,011	1,90	[1,16-3,11]
	≤ 20	124	25 (20,1)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	40	24 (60,0)	0,000	3,80	[2,43-6,20]
	≤ 3500	136	21 (15,4)			
Déchirure périnéale	Oui	12	3 (25,0)	0,973	0,83	[0,30-2,29]
	Non	164	42 (26,6)			

Tableau XXVIII: Analyse univariée des facteurs de risque de la fissure anale.

Facteurs de risque		Fissure anale				
		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 30	47	5 (10,6)	0,667	1,24	[0,45-3,40]
	< 30	129	11 (8,5)			
Parité	Multiparité	127	7 (5,5)	0,269	0,54	[0,17-1,62]
	Primiparité	49	5 (10,2)			
Constipation	Oui	105	16 (15,2)	0,000	3,13	[25,6-43,8]
	Non	71	0 (0)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	24	2 (8,3)	1,000	0,90	[0,21-3,73]
	< 25	152	14 (9,2)			
Accouchement	voie basse	152	14 (9,2)	1,000	1,10	[0,26-4,56]
	Césarienne	24	2 (8,3)			
Utilisation de ventouse	Oui	10	0 (0,0)	0,643	0,00	[0,09-0,85]
	Non	166	16 (9,6)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	52	7 (13,5)	0,192	1,85	[0,72-4,71]
	≤ 20	124	9 (7,3)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	40	6 (15)	0,140	2,04	[0,78-5,26]
	≤ 3500	136	10 (7,4)			
Déchirure périnéale	Oui	12	2 (16,7)	0,670	1,95	[0,50-7,67]
	Non	164	14 (8,5)			

Tableau XXIX : Analyse univariée des facteurs de risque d'incontinence anale.

Facteurs de risque		Incontinence anale				
		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 30	47	3 (6,4)	0,880	0,74	[0,21-2,56]
	< 30	129	11 (8,5)			
Parité	Multiparité	127	5 (3,9)	0,001	0,21	[0,70-0,60]
	Primiparité	49	9 (18,4)			
Constipation	Oui	105	11 (10,5)	0,222	2,47	[0,71-8,57]
	Non	71	3 (2,8)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	24	10 (41,7)	0,000	15,8	[5,39-46,4]
	< 25	152	4 (2,6)			
Accouchement	voie basse	152	11 (7,2)	0,631	0,57	[0,17-1,92]
	Césarienne	24	3 (12,5)			
Utilisation de ventouse	Oui	10	3 (30)	0,040	4,52	[1,49-13,6]
	Non	166	11 (6,6)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	52	6 (11,5)	0,256	1,78	[0,65-4,89]
	≤ 20	124	8 (6,4)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	40	8 (20)	0,001	4,53	[1,67-12,2]
	≤ 3500	136	6 (4,4)			
Déchirure périnéale	Oui	12	4 (33,3)	0,004	5,46	[2,01-14,8]
	Non	164	10 (6,1)			

Commentaires et discussion

VI. Commentaires et discussion

6.1 Approches méthodologiques

Les études menées sur les pathologies anales durant la grossesse et du post-partum sont très peu nombreuses dans le monde en raison de sa complexité.

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

La méthodologie adaptée a été avantageuse car c'est nous même qui avons examiné les malades, ce qui nous a permis d'avoir des résultats exploitables.

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique mono centrique allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019, soit une durée de 9 mois.

Au cours de cette étude nous avons rencontré certaines difficultés qui sont entre autres :

- Les moyens financiers limités des patientes pour la réalisation de certains examens complémentaires comme l'ano-rectoscopie et l'échographie ano-rectale.
- Les facteurs socioculturels comme la pudeur ont influencé certaines malades notamment les gestantes non scolarisées. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.

6.2 L'incidence

Tableau XXX : L'incidence des pathologies anales selon les auteurs

Auteurs	Population	Fréquences	Test statistique
Abramowitz et al. 2002 en France [2]	165	44,4 %	P=0,8220
Poskus T et al. 2014 en Lituanie [63]	280	43,9 %	P=0,5863
Ollende C et al [10]. 2010 au Maroc	100	19 %	P=0,0000
Ferdinande K et al. 2018 en Belgique [64]	94	68,5 %	P=0,0003
Notre étude	176	45,5 %	

Au cours de notre étude 80 femmes, soit 45,5% ont développé une maladie anale. Notre résultat est comparable à ceux d'Abramowitz et al. [2] et de Poskus T et al [63] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 43,9% cas de maladie anale ; mais inférieur à celui de Ferdinande K et al. [64] qui ont trouvé 68,5%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risque et le mode de vie des patientes.

Dans notre étude la maladie hémorroïdaire était la pathologie anale la plus fréquente avec 28,4%, suivie de la fissure anale et de l'incontinence anale avec respectivement 10,8% et 9,1%.

Ces mêmes constats ont été faits par Poskus T et al. [63] qui ont trouvé 53,9% de maladie hémorroïdaire et 3,21% de fissure anale.

Parmi les 50 cas de maladie hémorroïdaire 33 étaient externes et 17 internes.

Parmi les 17 cas de maladie hémorroïdaire interne, 9 étaient à 5H et à 9H, 2 à 12H, 4 à 5H, et 1 à 2H en position genu-pectoral.

Sur 176 femmes examinées, 7 (4 %) étaient porteuses d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 12 (6,8 %) dans le post-partum.

Ces mêmes constats ont été faits par Abramowitz et al. [2] qui ont trouvé 13 (7,9 %) de cas de THE durant le troisième trimestre de grossesse et 33 (20 %) dans le post-partum.

6.3 Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes était de 26 ans avec des extrêmes de 15 ans et 42 ans, écart-type = 6 ans Variance = 45 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans a été la plus représentée avec **53,4%** des cas. Nos patientes étaient relativement plus jeunes.

Notre résultat est proche de celui de Poskus et al. [63] qui ont trouvé un âge moyen de 28,7 ans avec des extrêmes de 18 ans et 45 ans. Par contre, Ferdinande K et al. [64] ont trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population africaine en général et malienne en particulier.

Un tiers des femmes soit 29,5% avaient un niveau d'étude secondaire contre 19,3% des femmes non scolarisées.

Dans la littérature, 2/3 des femmes de 15-49 ans soit 66% sont non scolarisées au Mali [65].

Plus de la moitié des gestantes soit 63,1% des cas était des femmes au foyer, suivies des étudiantes avec 12,5% des cas. Ce résultat serait dû au fait que dans notre société, généralement la place de la femme reste dans le foyer.

Au cours de notre étude, les femmes mariées ont représenté 96,6% des cas contre 3,4% de célibataires. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que les femmes mariées ayant une vie de couple stable sont mieux perçues par notre société lorsqu'elles sont enceintes que les femmes célibataires.

L'étude de Poskus T et al. [63] corrobore notre résultat selon lequel 67,1% de femmes étaient mariées contre 9,6% de célibataires.

6.4 Les facteurs de risque

Une analyse univariée a été réalisée avec un risque suspecté de facteurs pour chaque pathologie anale. Nous avons identifié qu'une constipation chronique ($p=0,000$), un poids du nouveau-né > 3500 g ($p=0,000$), la multiparité ($p=0,000$), une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes ($p=0,011$) et l'extraction instrumentale par ventouse ($p=0,028$) étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire.

Pour la fissure anale, nous avons identifié qu'une constipation chronique ($p=0,001$), était significativement associée à l'apparition de la fissure anale.

Nous avons identifié également qu'un indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m² ($p=0,000$), un poids du nouveau-né > 3500 g ($p=0,001$), une déchirure périnéale ($p=0,004$) et l'extraction instrumentale par ventouse ($p=0,040$) étaient significativement associés à l'apparition d'incontinence anale.

La durée moyenne d'expulsion fœtale était de 12 minutes avec des extrêmes de 5 minutes et 40 minutes, un écart-type = 10,13. Le poids moyen du nouveau-né était de 3100g avec des extrêmes de 2300 et 4300g, un écart-type = 482,0466

Poskus T et al. [63] ont identifié la constipation, un poids de naissance > 3800 g, durée d'expulsion prolongée > 20 minutes et les ATCD personnels de pathologies anales comme facteurs de risque d'apparition de maladie anale chez la femme enceinte.

Dans la littérature les facteurs de risque de survenue de la maladie hémorroïdaire, et de fissure anale en per ou post-partum, sont l'accouchement traumatique (poids du bébé supérieur à 3,8 kg et la déchirure des parties molles) ou la durée de l'expulsion de plus de 20 minutes, et les antécédents de pathologies anales [2,66]. Les principaux facteurs de risques de l'incontinence anale postnatale sont : un âge maternel avancé ; une parité élevée ; l'obésité maternelle ; une deuxième partie du travail prolongée ; la réalisation d'une épisiotomie médiane ; une lésion obstétricale du sphincter anal ; un accouchement par forceps [55,57].

Les autres facteurs de risque liés à la grossesse sont l'augmentation de la pression intra-abdominale, le taux de progestérone provoquant une inhibition des cellules musculaires lisses du réseau veineux, l'augmentation en taille de l'utérus qui comprime également la veine cave inférieure et le réseau veineux pelvien. Le volume sanguin augmente lors de la grossesse de 25 à 40 % provoquant une augmentation du réseau circulant veineux [67].

6.5 Aspects cliniques

6.5.1 Maladie hémorroïdaire

6.5.1.1 Signes fonctionnels

Tableau XXXI : Auteurs et signes fonctionnels

Signes Auteurs	Douleur anale % (n/N)	Rectorragie % (n/N)	Prurit + suintement % (n/N)
Poskus T et al. [63] en 2014	98,3 (121/123)	62,6 (77/123)	74 (91/123)
Ollende C et al. [10] en 2010	26,3 (5/19)	89,5 (17/19)	-
Notre étude	70 (35/50)	30 (15/50)	20 (10/50)

La douleur anale a été le principal symptôme retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 70%. Elle a été la plus retrouvée dans l'étude de Poskus T et al. [63] qui ont enregistré 98,3% de douleur anale chez les patientes.

La rectorragie : Sa fréquence dans notre étude a été de 30%. Elle est d'intensité variable apparaissant pendant ou après les selles [68].

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Ollende C et al. [10] en 2010 89,5% des signes fonctionnels ($p=0,000010$). Ceci s'expliquerait par le fait que les rectorragies sont le plus souvent occultées du fait de l'utilisation des latrines traditionnelles dans notre contexte.

Le prurit et le suintement surviennent en général secondairement à la proci-dence hémorroïdaire [69]. Ils ont été retrouvés chez 20% de nos patientes. Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Poskus T et al. [63] 74%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

6.5.1.2 Signes physiques

a. Le toucher rectal

L'examen proctologique permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire. L'hypertonie du sphincter anal est un signe important de la maladie hémorroïdaire [69].

Nous avons observé une tonicité sphinctérienne importante chez 40 % des malades au TR. En revanche cette hypertonie n'a pas pu être évaluée car nous ne disposions pas de manomètre.

b. Siège des paquets hémorroïdaires

Il est classique d'avoir des paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures en position genu-pectorale [69,70]. La pathologie hémorroïdaire respecte l'anatomie vasculaire de la marge anale. Il s'agit des 3 branches de l'artère rectale supérieure qui peuvent se prolaber à ces niveaux. Ce qui explique que parmi les 17 patientes atteintes de maladie hémorroïdaire interne plus de la moitié soit 52,9% présentaient des paquets hémorroïdaires localisés à 5H et 9H en position genu-pectorale.

c. Classification des hémorroïdes :

Tableau XXXII : Stades et auteurs

Stades Auteurs	Stade I % (n/N)	Stade II % (n/N)	Stade III+IV % (n/N)
Ollende C et al [10] en 2010	94,7 (18/19)	5,2 (1/19)	0
Notre étude	47,1 (8/17)	23,5 (4/17)	29,4 (5/17)

Le taux de maladie hémorroïdaire interne stade I était le plus élevé soit 47,1%. Cette remarque a été faite par Ollende C et al. [11] qui ont trouvé 94,7% de maladie hémorroïdaire interne de stade I.

6.5.2 Fissure anale

6.5.2.1 Signes cliniques

Tableau XXXIII : Signes cliniques et auteurs

Signes Auteurs	Douleur anale (%)	Rectorragie (%)	Suintement anal (%)	Prurit anale (%)
Siproudhis et al [5] 2008 N= 80	100	85	65	60
Keita CO et al [71] 2012 N=105	100	71,5	78,1	74,3
Notre étude n=19	100	75	50	87,5

- **La douleur anale** a été plus fréquemment retrouvée dans notre étude soit 100% ; ainsi que dans ceux de Siproudhis et al en France, Keita CO et al. au Mali [5,71] avec respectivement 100% et 100%. Elle a été la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quel que soit sa localisation. Il s'agit d'une douleur à type de déchirure ou de sensation de verre brisée dans l'anus provoquée et rythmée par la défécation [72]. La douleur à trois temps caractérise la fissure anale. Il s'agit d'une douleur déclenchée par le passage des selles, calmée quelques temps après les selles puis reprenant pour une durée de plusieurs heures (4 à 6 heures). Parfois elle est remplacée par un simple gêne [5].
- **La rectorragie** a été fréquemment retrouvée dans notre étude 75% ainsi que dans ceux de Siproudhis et al [5] et Keita CO et al. [71] avec un taux respectivement de 85 % à 71,5%. Elle était généralement faite de sang rouge, émis par l'anus mais en provenance du canal anal dont témoignent les traces de sang sur les selles.
- **L'écoulement anal** moins fréquent que la douleur anale a été retrouvé chez 50% des patientes. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement sérohématique [73]. Pour certains, le prurit anal traduit très généralement un début de cicatrisation de la fissure [6]. Pour d'autres, la sécrétion séreuse provenant de la fissure anale cause un suintement donnant lieu à un anus humide et un prurit anal [74]. Il a été retrouvé chez plus de la moitié de nos patientes 87,5%. Siproudhis et al [5] l'ont enregistré dans 60% des cas.

6.5.2.2 Localisation de la fissure anale

Dans notre étude nous avons enregistré 56,9% de cas de fissure anale de siège commissurale antérieure.

La commissure postérieure a été le siège, le plus fréquemment retrouvé dans l'étude d'Abramowitz et al [2] 48% des cas.

Cette localisation habituelle de la fissure s'expliquerait par un défaut de vascularisation commissurale postérieure du canal anal bien démontrée sur des études anatomiques, angiométriques [5].

Dans la littérature la particularité chez la femme enceinte est la localisation antérieure des fissures du fait de la faiblesse du septum recto vaginal et aussi l'absence d'hypertonie sphinctérienne [40].

6.5.3 Incontinence anale

Dans la population féminine, il a été prouvé que moins de 20% des femmes affectées par des symptômes d'IA en parlent à leur médecin [75].

Sur les 16 cas d'incontinence anale, 10 étaient aux gaz et 6 étaient aux matières liquidiennes. Nous n'avons pas noté de cas d'IA aux matières solides.

Dans la littérature 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 liquidiennes avec un retentissement encore plus important sur la qualité de vie [42].

6.6 Traitement

6.6.1 Maladie hémorroïdaire

Durant notre étude, toutes les patientes atteintes de maladie hémorroïdaire ont été mise sous régulateur de transit intestinal. Nous estimons avec d'autres auteurs Abramowitz L et al. , Holzheimer RG et al. [36,76] que la régularisation du transit représente l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire.

Durant notre étude, le taux d'amendement symptomatique était de 35% après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 30%.

Holzheimer RG et al. [76] ont retrouvé une amélioration de la symptomatologie dans 47 % après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 50 %.

En outre, d'autres médicaments ont été utilisés dans le service comme traitement d'appoint notamment ceux améliorant la circulation veineuse (les veïnotoniques, et Les phlébotoniques) per os, les topiques (en pommade et suppositoire) et les antalgiques.

Des recommandations diététiques ont été données comme l'éviction des épices, la position assise continue (les longs voyages en voiture) et des excès alimentaires, la préconisation en cas de surcharge pondérale un régime restrictif, d'hygiène générale.

Aucune de nos patientes n'ont bénéficié d'un traitement instrumental (l'injection de toxine botulinique) ni chirurgical (hémorroïdectomie) durant notre étude.

Dans la littérature, les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles [35,36].

6.6.2 Fissure anale

Durant notre étude, toutes les patientes porteuses d'une fissure anale ont été mises sous régulateur du transit intestinal. Il a porté sur les 19 cas de fissure anale.

D'autres médicaments ont été utilisés comme traitement enfin de lubrifier le canal anal, cicatriser la fissure anale et calmer la douleur (Topiques locaux suppositoires crème).

Dans la littérature la prise en charge de la FA chez la femme enceinte consiste à faire un traitement associant une régulation du transit intestinal (il s'agit quasi exclusivement de constipation à traiter par laxatifs osmotiques ou huileux ou des mucilages) et des lubrificateurs du canal anal (topiques locaux sous forme de suppositoire et pommade) [4].

6.6.3 Incontinence anale

Parmi les 16 cas d'incontinence anale durant toute l'étude, 84,2% ont été mis sous laxatifs. Une autre donnée importante a pu être recueillie lors de cette étude, celle de la réalisation en post-partum d'une rééducation périnéale.

Dans notre étude, parmi les 16 cas d'IA, seules 3 (18,7%) des femmes primipares ayant fait une durée d'expulsion prolongées ont bénéficié d'une prise en charge rééducative en post partum par un kinésithérapeute du Centre de Sante de Reference de la Commune II.

Le traitement de première ligne de l'IA associe une rééducation périnéale spécifique de l'anus à des mesures diététiques et des prescriptions médicamenteuses permettant une régulation du transit intestinal Damon H et al [77].

Lors du counseling au cours de la grossesse, 40 femmes avaient accepté de faire la rééducation périnéale après accouchement ; et durant le post-partum la majorité d'entre elles ont évoqué le manque de temps d'où le faible taux de rééducation.

Il est donc capital de bien informer les futures mères dès la grossesse de l'intérêt d'une rééducation du post-partum quel que soit le poids de l'enfant et les modalités de l'accouchement.

Quelques images des pathologies anales au cours de l'enquête après le
consentement des patientes.



Fig 10 : Thrombose hémorroïdaire du post partum CSRéf CII



Fig11: Hémorroïde interne +Fissure postérieure CSRéf CII **Fig12: Hémorroïde interne CSRéf CII**

Conclusion et recommandations

Conclusion

Les pathologies anales sont fréquentes chez la parturiente et dans la période du post-partum, puisque 1/3 d'entre elles en souffrent à l'occasion de leur grossesse. Elles touchent à l'intimité et fait partie des nombreux tabous difficiles à aborder dans notre société. Leur diagnostic est aisé.

Un des facteurs de risque communs est la constipation favorisée durant la grossesse.

Le traitement repose sur la régulation du transit intestinal et des gestes simples permettant un soulagement rapide, il est médical dans tous les cas.

Recommandations

Aux autorités politiques et sanitaires

- La promotion et la formation de médecins spécialistes en proctologie afin de créer une relation étroite entre gynécologue et proctologue.
- La création et l'équipement des structures spécialisées en proctologie.
- La communication pour le changement de comportement afin d'informer la population sur le moindre détail sur la pathologie anale au cours de la grossesse et dans le post-partum.

Au personnel médico-chirurgical

- L'information, la sensibilisation des gestantes et leur entourage par rapport aux pathologies anales.
- Le dépistage systématique chez les gestantes dyschésiques durant la grossesse et le postpartum pour leur proposer une régularisation du transit afin de prévenir l'apparition de ces lésions de la marge anale.
- La sensibilisation de la population contre l'abandon des pratiques néfastes des tradithérapeutes.

Aux populations

- L'éviction des troubles du transit notamment la constipation ;
- Le non considération de la maladie anale comme maladie honteuse ;
- La consultation dans un centre de santé pour tout inconfort anal

BIBLIOGRAPHIE

1. **Agnès Senéjoux.** Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu) Post'U (2011) p 213-218.
2. **Abramowitz L, Sobhani I, Benifla 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.
3. **Howell EA.** Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynécol* 2010 Feb; 115:284-289.
4. **Mac arthur, Lewis M, Knox EG.** Health after childbirth. *Br j obstet Gynaecol* 1991, 98: 193-204.
5. **Laurent S, Marianne E, Stephan A.** Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. *Rév Prat* 2008; 51: 21-25.
6. **Mac Arthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD, Lancashire R.** Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *BJOG* 2001; 108:678-83.
7. **Abramowitz L, Sobhani I, Roland G, Albert V, Bénifla JL, Darai E, Madelenat P, Mignon M.** Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 590-8.
8. **Pfenninger JL, Zainea G.** Common anorectal conditions part II lesions *Am physician* 2001; 64(1):77-88.
9. **Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P.** Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52:324-328.
10. **Ollende C, Kandry SE AL, Tahiri My EL H, Moussaoui D.** Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post-partum thèse med Rabat 2010, 73 : 61-62
11. **Atienza P.** L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, *EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique* 1998, 22(3) : 26.
12. **Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hebert C, Claris O, Tessier V, Pinquier D, et al.** Pour les membres du réseau sentinelle Audipog. *Gynecol Obstet Fertil* 2008 ; 36 :1091-100.
13. **Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE.** Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial. *Lancet* 2000;355 (9206): 782-5.
14. **Philippe Godeberge.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. *POST'U* 2015 : 167.

15. **Faucheron JL.** Incontinence anale. La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462.
16. **Lehur PA et al.** Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; Recommandations pour la pratique clinique argumentaire. Nantes : Beaufour-ipesen-pharma ; 1997
17. **Bamrani S L** les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 59.
18. **Lah B et al.** les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire « mère-enfant » le luxembourg , Bamako 2018 Thèse Med : 5-14.
19. **Sayfan J.** Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Dis Surg 2001; 18: 131-3.
20. **Fabien D, bigard M A.** Pathologie hémorroïdaire. Rev. praticien 2005 ; 55 : 1719-1722.
21. **Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. EMC Paris. Gastro-entérologie 2001 ; 9-086-A-10: 2001, 15.
22. **Rosa G.** Technique coloproctol disease. Rev. Prat 2005; 9 (3): 1232-7.
23. **De Parades V, Bauer P, Daniel F, Atienza P.** Le traitement de la pathologie hémorroïdaire. Traitement des hémorroïdes : intervention de Longo versus traitement endoscopique. 2001; 138 (52): 1-13
24. **Netter F. Atlas d'anatomie humaine-Pelvis et périnée** 3ème Edition planche 363-2.JPG
25. **Keita KI.** Etude des perforations iléales d'origine typhique dans le service de chirurgie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse Med Bamako 2009; 17 : 77.
26. **Netter F. Anatomie humaine, Pelvis et périnée** pdf planche 369.
27. **Godeberge P.** La maladie hémorroïdaire. J Can chir.2006; 145 (57): 1-4.
28. **Mariko H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. These Med. Bamako 2003; 33 : 90.
29. **Aoud Z E.** La conduite à tenir devant un prurit ano-genital chez l'enfant Rabat. Thèse Med 2017 ; 338 : 9-10.
30. **Merger R, Lévy J, Melchior J** Précis d'obstétrique. 6^{ème} édition 2001:56.
31. **Bamrani SL.** Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 24.
32. **Banaei L, Dancoisne A, Dia K.** Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. <http://www.has-sante.fr>; P 16-85.

33. **Gravie JF, Lehur Pamd, Fantoli M, Descottes B, Press P, Arnaud P.** Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Ann. Surg* 2005; 242(1) : 29-35.
34. **Baumann R, Meyer C.** Pathologie de l'anūs: hēmorrhōides et fissures anales. *Revue d'hépatogastro-entérologie*, 2002; 273(14): 165-172
35. **Bamrani SL.** Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 29.
36. **Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D, Staumont G.** Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hēmorrhōidaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2001; 25:674-702.
37. **Higuéro T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte 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 hēmorrhōidaire en 2013. In press. Consulte le 30/10/2019
<https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Recommandations/RPC-MALADIE-HEMORROIDAIRE.pdf>
38. **Suduca JM,** Hēmorrhōides, EMC, Gastro-entérologie (9-086-A-10) ,2001
39. **Abramowitz L.** Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement des hēmorrhōides, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2001, 25 :674-702.
40. **Altienza P.** Les problèmes proctologiques dans les suites de l'accouchement, <http://pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/94/14.htm>
41. **Abramowitz L.** Complications anales durant la grossesse et le post-partum 2ème partie. Lésions de la marge anale POST'U 2014 : 1-10
42. **Drs Jean-Marie Freymonda, Roland Chautemsb, Vincent Della Santaa et Line Woltera.** Les urgences proctologiques chez la femme enceinte. *Rev Med Suisse* 2018 ; 14 : 1394-6
43. **Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, et al** for the GREP and the CREGG. Sphinctersparing anal fissure surgery: A one-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy. *Colorectal Dis* 2013 Mar; 15 (3):359-67.
44. **Villet R.** Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Versus une nouvelle entité la pelvi-périnéologie, 2003 : 55.
45. **Godeberge P.** Traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007 : 168-169

46. **Blanc B, Siproudhis L.** Pelvi-périnéologie, Ed.springer, France, 2005 : 246-248.
47. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard m-A.** Traité des maladies de l'an us et du rectum, Ed Masson, Paris, 2006 : 135.
48. **Ninou-Elbaum S, Benaim J.** L'incontinence anale neurogène du post-partum : 2. consulté le 10/10/2019
http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=856
49. **Atienza P.** Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999 :100.
50. **Bourcier A., Haab f., Mares P.** Pelvi-périnéologie du symptôme au traitement, Ed sauramps medical, 2010 : 56-58.
51. **Bensalem M, Sakhri N, Saidani K, et al.** Incontinence anale et constipation. Service de gastroentérologie HCA [En ligne]. 2010 [consulté le 10 octobre 2019] Disponible
<http://www.sahge.org/congres/3JFCT/Seance3/bensalem%20%20IA.pdf>
52. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al.** Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. BMJ; 308 (6933):887-891.
53. **De Tayrac R, Faruel Fosse H, Langer B et al.** L'épisiotomie, recommandation pour la pratique clinique, CNGOF. Pelv Perineol 1 : 377-381.
54. **Maillet R, Martin A, Riethmuller D.** Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, 28^{ème} journées nationales. Paris 2004. Tome XXVIII : 21-25.
55. **Clautrier A.** L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé. Gynécologie et obstétrique. 2013 : 18-20.
56. **Fritel X.** Périnée et grossesse. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010;38(5):332-346.
57. **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(6):690-7.
58. **Shin GH, Toto EL, Schey R.** Pregnancy and post-partum bowel changes: constipation and fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2015;110:521-9
59. **Abramowitz L.** Traumatisme anal chez la parturiente. EMC Gynécologie. 2007 ; 1064 (7): 45452-4.

60. **Fynes M, Donnelly V, Behan M et al.** Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. *Lancet.* 1999 ; 354(9183):983-6.
61. **Badiou W.** L'allongement de la seconde phase de travail est-il un facteur de risque indépendant d'incontinence anale du post-partum Thèse. 2008 : 152.
62. **Parant O.** Déchirures obstétricales récentes de périnée et épisiotomie, EMC. Obstétrique 1999 ,5-078-A-10.
63. **Poskus T, Buzinskiene A D, Drasutiene B G, Samalavicius B NE, Barkus C A, Barisauskiene B A, et al.** Hémorroïdes et fissures anales pendant grossesse et après l'accouchement, une perspective étude de cohorte 2014; 13(2) : 72-87.
64. **Ferdinande Y K, Dorreman K, Roelens W, Ceelen D, Looze D .** Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum: une étude de cohorte prospective. *Colorectal disease*, 2018 ; 20(12) : 1109-1116.
65. **Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.** Enquête Démographique et de Santé (EDS)- VI Mali 2018.
66. **Mirhaidari SJ, Porter JA, Slezak FA.** Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:1557-9.
67. **Avsar AF, Keskin HL.** Hemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 30(3): 231–237.
68. **Herold A.** Therapie von hämorrhoidalleiden. *Ann. Chir.* 2006 ; 77 : 737-748.
69. **Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D, et al.** Recommandation pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastro enterology Clinbiol* 2001; 25 : 674-702.
70. **Dewit O, Melanger M, Vanheuverzwyn R.** Les urgences en proctologie *Louvain Med* 2001; 120: 43-49.
71. **Dembélé BT, Diakité I, Togo A, Traoré A, Kanté I, Keita CO, Coulibaly Y, Keita M, Diallo G.** Fissures anales primaires dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré. *J AFR Chir Digest* 2012; Vol 12 (2) : 1329 – 1333.
72. **Pigot F, Siproudhis L, Albert FA.** Risks factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol. Clin Biol* 2005; 9: 237-45.

- 73. Dr Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, et al.** Primary anal fissure; we approche global. World gastroenterology organisation global guiclelisis June 2009.
- 74. Faltin DL, Sangalli MR, Curtin F, Morabia A, Weil A.** Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001; 12(2):117–20.
- 75. Pablo Coello A, Mills ED, Ansdell DH, Yarto ML, Zhou Q, et al.** Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires. *Am j Gastroenterol* Janvier 2006; 101:181.
- 76. Holzheimer RG.** Haemorrhoidectomy: Indications and Risks. *Eur J Med Res* 2004; 9(1):18-36.
- 77. Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL et al.** Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: A multicentre randomized study. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver. Dig Liver Dis.* 2014 ; 237-42.

FICHE D'ENQUETE : Pathologies anales chez la femme enceinte et du post-partum

I : Identification de la gestante

Centre :

Q1 : Numéro de la fiche d'enquête

Numéro dossier

Nom :

Prénom :

Age :

Q2 : Nationalité 1 Malienne 2 Non Malienne (a pressier).....

Q3 : Ethnie : 1 = Bambara 2 = Sénoufo 3 = Bozo 4 = Dogon

5 = Sonhaï 6 = Sarakolé 7 = Peulh 8 = Malinké 9 = Autres

Q4 : Contacte à Bamako : Tel 1 Tel 2.....

Q5 : Niveau d'instruction : 1 = non scolarisée 2 = Fondamentale 3 =
Secondaire 4 = Supérieure

Q6 Profession: 1 = fonctionnaire, 2 = Ménagère, 3 = Elève/Etudiante,
4 = couturière, 5 = vendeuse, 6 = Aide-ménagère, 7 = Autres

Q7 : Statut matrimonial : 1 = Mariée 2 = Célibataire 3 = Veuve 4 =
Divorcée

Q8 : Résidence : 1 = Commune I 2 = commune II 3 = Commune III
4 = Commune IV 5 = Commune V 6 = Commune VI 7 = Autres

II. Antécédents

Q9-Antécédents Médicaux: 1 = HTA /___/ 2 =

Diabète/___/ 3 = Cardiopathie/___/ 4 = Néphropathie /___/

Autres.....

Q10- Antécédents Obstétricaux

Gestité: 1 = Primigeste 2 = Paucigeste

3 = Multigeste 4 = Grande Multigeste

Parité : 1 = Nullipare 2 = Primipare 3 = Paucipare ;

4 = Multipare 5 = Grande Multipare

Avortement : Oui /.../ Non/..../ MFIU : Oui /.../ Non/..../

Mort intra-partum : Oui /.../ Non/..../

Décès néonatal : Oui /.../ Non/..../

Q11- Antécédents Chirurgicaux : jamais été opérée/...../

Césarienne : Oui /.../ Non/..../ Laparotomie : Oui /.../ Non/..../ Autres

Q12- Antécédents Proctologiques : 1 = douleur anale 2 = rectorragie
3 = suintements 4 = incontinence anale

Q13-Antécédents de consultation proctologique : 1: Moderne /.../ 2:
Traditionnel /.../

III. Habitudes socio-alimentaires

Q14 - Base alimentaire : a : Céréales Oui /.../Non/.../ b : Fruits Oui/.../
Non/.../

c : Légumes Oui/.../Non/.../ d : Tubercules Oui/.../Non/.../

e : Haricot Oui/.../Non/.../ f : Autres à préciser

IV. Données de la grossesse et proctologique :

A) Consultation prénatale 1(CPN1) :

Age de la Grossesse : 1ère trimestre 2ème trimestre 3ème trimestre

1 : **Examen général Etat Général** : /___/ 1=Bon, 2= Passable, 3= Altéré

Conjonctives : /___/ 1=Colorées 2= Pâles Prise du poids: Oui /.../
Non/.../

Tension artérielle : /___/ 1= < 140/90mmHg 2= 140/90 -
150/100mmHg 3= ≥160/110mmHg

Taille : 1= < à 1m 2= 1m-1m5 3= > à 1m50

Fièvre : Oui /.../ Non/.../ Œdème :Oui /.../ Non/.../

2 : Examen obstétrical Présence des varices : Oui /.../ Non/.../

Hauteur utérine : /...../ Palpation de l'abdomen : Oui/.../ Non/ .../

Type de la grossesse : /___/ 1 = Mono fœtale 2 = multiple

Bruits du cœur fœtale : Oui/.../ Non/.../

Examen au speculum : Oui/.../ Non/.../ Toucher vaginal : Oui/.../ Non/.../

Chimio prophylaxie anti palustre : Oui /.../ Non

Chimio prophylaxie antianémique : Oui /.../ Non/.../

Chimio prophylaxie antitétanique : Oui /.../ Non/.../

Pathologies associées à la grossesse :

1 =HTA 2 = Anémie 3 = Diabète 4= Drépanocytose 5 =

Paludisme 6 = Infection urinaire 7 = Cardiopathie

8=VIH Rendez-vous le /...../...../...../

B) Données proctologiques :

1) Interrogatoire :

Q15 : Douleur anale Oui/.../ Non /.../

Mode D'installation : a: Brutal b : Progressif

Type : a : Brulure b : Pesanteur c : Piqure d : Tension

Intensité : a : Faible b : modère c : forte d : Eveillant

Période : a:Avant les selles b : Pendant les selles c : Apres les selles d :

Permanente

Irradiation a: Locale b : Périnéale c : Pelvienne d : Aucun

Facteurs déclenchant a : La défécation b : La position assise c : La
marche

Facteurs calmants a : Position Couche b : Position debout c : Prise de
médicament (à préciser).....

Q16 : La rectorragie Oui/.../ Non/.../

Période : a : Avant les selles b : Au moment des selles c : Apres
les selles

Quantité : a : Trace b : Minimale c : Grande abondance d : Autres (à
préciser)

Aspect : a : Rouge vif b : Noire c : Caillot d : Autres (à préciser)

Mode d'arrêt : a : Spontané b : Provoque c : Autres (à préciser)

Q17 : Prurit anaux Oui Non

Q18 : Suintements anaux Oui Non

Q19 : Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/.../

Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané b : Apres un effort physique
 c : Autres (à préciser)

Durée du prolapsus : a : Moins de 24h b : 1a 2jours c : 2jours a une
semaine d : Permanent

Réduction du prolapsus : a : Spontané b : Manuelle c : Non réductible

Fréquence du prolapsus : a : Fréquente b : Peu fréquente c : Chronique

Facteurs favorisant du prolapsus : a : Constipation b : Diarrhée c :

Sédentarité d : Grossesse e : Accouchement

Facteurs aggravants du prolapsus : a : Position assise b : Défécation

c : Position debout c : Autres à préciser.....

Q20 : L'incontinence anale Oui /...../ Non/..../

1.Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

2.Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

3. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

4. À cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures ?

(0) jamais (1) rarement (2) parfois (3) souvent (4) Toujours

5. les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

Q21 : La constipation Oui/..../ Non/..../

Type de selle : a : dure b : semi dure c : liquidien

Durée de la constipation : a : Une semaine b : Deux semaines c : Un
mois d : Autres à préciser

Q22 : La diarrhée Oui/./ Non/..../

Type de selle a : Liquidienne b : Glaireuse c : Glaire-sanglante d :
Sanglante

Fréquences des selles a : Trois selles / jour b : Plus de trois selles / jour

Durée de la diarrhée : a : Trois jours b : Une semaine c : Autres à précisée

2) Examen proctologique

Inspection , a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale d : Orifices fistuleux e : Fissure anale

f : Fuite liquidienne g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

1 : Douleur anale Oui/..../ Non/..../ 2 : Tuméfaction anale Oui/..../Non/...../

3 : Orifice interne de fistule anale Oui/..../Non/..../

4:Sphincter anale : a : tonique b : Hypotonique c : Hypertonique

5 : Toucher rectal hémorragique Oui/..../Non/..../

V. Bilan

- Anorectoscopie Oui/..../ Résultat:/...../ Non /..../

a) Diagnostic

- Echographie obstétricale/___/ 1=grossesse évolutive ;

2=grossesse non évolutive

-Goute épaisse /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite

- Hémoculture /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite
- CRP /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite
- ECBU : /___/ 1= stérile, 2= positif, 3 = non faite
- Glycémie /___/ 1=Normal 2= élevée, 3 = non faite
- Protéinurie /___/ 1=absente, 2= Non significative, 3 = significative,
4 = non faite
- Crase sanguine /___/ 1= normale, 2 = pathologique, 3 = non faite
- Rhésus : /___/ 1=positif, 2 = négatif
- HB: /___/ 1= <7g /dl, 2= ≥7g/dl, 3= ≥ 11g /dl
- Plaquettes : /___/ 1 = normal, 2 = thrombopénie
- Leucocytes : /___/ 1= positive, 2= négative
- HIV/___/ 1= positive, 2= négative
- Hépatite B/___/ 1= positive, 2= négative
- Rubéole/___/ 1= positive, 2= négative
- Toxoplasmose/___/ 1= positive, 2= négative
- CMV/___/ 1= positive, 2= négative
- TE : 1=positif, 2=négatif

VI. Diagnostic Retenu : 1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz

5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

.....
.....

VII Consultation prénatale 2(CPN2) :

Age de la Grossesse : 2emetrimestre 3eme trimestre

A) Examen général Etat Général : /___/ 1=Bon, 2= Passable, 3=
Altéré

Conjonctives : /___/ 1=Colorées 2= Pâles Prise du poids: Oui /.../
Non/.../

Tension artérielle : /___/ 1= < 140/90mmHg 2= 140/90 -150/100mmHg,
3= ≥160/110mmHg

Taille : 1= < à 1m 2= 1m-1m5 3= > à 1m50

Fièvre : Oui /.../ Non/.../ Œdème : Oui /.../ Non/.../

2 : Examen obstétrical Présence des varices : Oui /.../ Non/.../

Hauteur utérine : /...../ Palpation de l'abdomen : Oui/...../ Non//
Type de la grossesse : /___/ 1 = Mono fœtale 2 = multiple
Bruits du cœur fœtale : Oui/...../ Non/...../
Examen au speculum : Oui/.../ Non/.../ Toucher vaginal : Oui/.../ Non/.../
Chimio prophylaxie anti palustre : Oui /.../ Non
Chimio prophylaxie antianémique : Oui /.../ Non/...../
Chimio prophylaxie antitétanique : Oui /.../ Non/...../
Rendez-vous le /...../...../...../

B) Données proctologiques :

1) Interrogatoire :

Q23 : Douleur anale Oui/.../ Non /...../

Mode D'installation : a: Brutal b : Progressif

Type : a : Brulure b : Pesanteur c : Piqueure d : Tension

Intensité : a : Faible b : modère c : forte d : Eveillant

Période : a: Avant les selles b : Pendant les selles c : Apres les selles
d : Permanente

Irradiation a: Locale b : Périnéale c : Pelvienne d : Aucun

Facteurs déclenchant a : La défécation b : La position assise c : La
marche

Facteurs calmants a : Position Couche b : Position debout c : Prise de
médicament (à préciser).....

Q24: La rectorragie Oui/...../ Non/...../

Période : a : Avant les selles b : Au moment des selles c : Apres
les selles

Quantité : a : Trace b : Minimale c : Grande abondance d : Autres
(à préciser)

Aspect : a : Rouge vif b : Noire c : Caillot c : Autres (à préciser)

Mode d'arrêt : a : Spontané b : Provoque c : Autres (à préciser)

Q25 : Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/...../

Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané b : Apres un effort physique
 c : Autres (à préciser)

Durée du prolapsus : a : Moins de 24h b : 1a 2jours c : 2jours a une
semaine d : Permanent

Réduction du prolapsus : a : Spontané b : Manuelle c : Non réductible

Fréquence du prolapsus : a : Fréquente b : Peu fréquente c :
Chronique

Facteurs favorisant du prolapsus : a : Constipation b : Diarrhée c :
Sédentarité d : Grossesse d : Accouchement

Facteurs aggravants du prolapsus : a : Position assise b : Défécation
c : Position debout c : Autres à préciser
Q26: L'incontinence anale Oui /...../ Non/...../

1. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

2. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

3. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

4. À cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures ?

(0) jamais (1) rarement (2) parfois (3) souvent (4) Toujours

5. les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

Q27: La constipation Oui/...../ Non/...../

Type de selle : a : dure b : semi dure c : liquidien

Durée de la constipation : a : Une semaine b : Deux semaines c : Un
mois d : Autres à préciser

Q28: La diarrhée Oui/.. / Non/...../

Type de selle a : Liquidienne b : Glaireuse c : Glaire-sanglante c :
Sanglante

Fréquences des selles a : Trois selles / jour b : Plus de trois selles / jour

Durée de la diarrhée : a : Trois jours b : Une semaine c : Autres à
précisée

2) Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale d : Orifices fistuleux

e : Fissure anale f : Fuite liquidienne g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

1 : Douleur anale Oui/...../ Non/...../ 2 : Tuméfaction anale

Oui/...../Non/...../

3 : Orifice interne de fistule anale Oui/...../Non/...../

4: Sphincter anale : a : tonique b : Hypotonique c : Hypertonique

5 : Toucher rectal hémorragique Oui/...../Non/...../

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz

5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

.....
.....

VIII). Examen de la femme à l'admission

Conjonctives : /___/ 1=Colorées 2= Pâles

Etat Général : /___/ 1=Bon, 2= Passable, 3= Altéré

Tension artérielle : /___/ (1= < 140/90mmHg ; 2= 140/90 -150/100mmHg,
3= ≥160/110mmHg

Fièvre /___/ 1= oui 2= non La hauteur utérine :/

MAF : /___/ 1= présent, 2 = absent BDCF : /___/1= présent, 2 = absent

Présentation : /___/ 1= Céphalique, 2= Siège, 3= Transverse

PDE /___/ 1= intacte, 2 = rompue

Durée de rupture: /___/ 1 = < 12h 2 = 12 - 24h, 3 = >24h

Couleur du liquide amniotique : /___/ 1= Clair , 2= Teinté, 3 = sanguinolent

Bishop : /___/ 1 < 7 ; 2 ≥ 7

- Maturation cervicale /___/ 1= Oui, 2= Non

-Déclenchement : /___/ 1= Spontané, 2= Artificiel

-Médicament utilisé : /___/ 1= Prostaglandine, 2= Ocytocine

3= Ocytocine+ Prostaglandine, 4= Autres

Phase d'accouchement : Latence Active Expulsion

Période d'expulsion : < à 15minutes 15-30minutes > à 30minutes

-Episiotomie : - Latérale /...../ Medio latérale/...../ Médiane/...../

-Forceps : Oui /...../ Non /...../-Ventouse : Oui /...../ Non /...../

-Voie d'accouchement : /___/ 1= Basse, 2= Césarienne.

Révision utérine : /___/ 1= Oui, 2= Non

Pathologie associées à l'accouchement : HTA Diabète

Eclampsie Placenta prævia Nœud du cordon

Chorioamniotite

IX. Examen du nouveau-né

Fœtus : vivant décède

Sexe : /___/ 1 = masculin ; 2 = féminin

Aspect du fœtus : /___/ 1=MNF, 2= Momifié, 3= Macéré

Poids du fœtus en g: / /

Taille en cm : /...../

Malformation fœtale : /___/ 1=Oui 2= Non Si oui, précisé.....

X) Examen proctologique du postpartum :

1. Interrogatoire :

Q28 : Douleur anale Oui/.../ Non /.../

Mode D'installation : a: Brutal b : Progressif

Type : a : Brulure b : Pesanteur c : Piqure d : Tension

Intensité : a : Faible b : modère c : forte d : Eveillant

Période : a:Avant les selles b : Pendant les selles c : Apres les selles d : Permanente

Irradiation a: Locale b : Périnéale c : Pelvienne d : Aucun

Facteurs déclenchant a : La défécation b : La position assise c : La marche

Facteurs calmants a : Position Couche b : Position debout c : Prise de médicament (à préciser).....

Q29 : La rectorragie Oui/.... / Non/..../

Période : a : Avant les selles b : Au moment des selles c : Apres les selles

Quantité : a : Trace b : Minimale c : Grande abondance d : Autres (à préciser)

Aspect : a : Rouge vif b : Noire c : Caillot c : Autres (à préciser)

Mode d'arrêt : a : Spontané b : Provoque c : Autres (à préciser)

Q30 : Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/..../

Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané b : Apres un effort physique c : Autres (à préciser)

Durée du prolapsus : a : Moins de 24h b : 1a 2jours c : 2jours a une semaine d : Permanent

Réduction du prolapsus : a : Spontané b : Manuelle c : Non réductible

Fréquence du prolapsus : a : Fréquente b : Peu fréquente c : Chronique

Facteurs favorisants du prolapsus : a : Constipation b : Diarrhée c : Sédentarité d : Grossesse d : Accouchement

Facteurs aggravants du prolapsus : a : Position assise b : Défécation c : Position debout c : Autres à préciser.....

Q31 : L'incontinence anale Oui /...../ Non/..../

1. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

2. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

3. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

4. À cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures ?

(0) jamais (1) rarement (2) parfois (3) souvent (4) Toujours

5. les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

Q32 : La constipation Oui/..../ Non/..../

Type de selle : a : dure b : semi dure c : liquidien

Durée de la constipation : a : Une semaine b : Deux semaines c : Un
mois d : Autres à préciser

Q30 : La diarrhée Oui/./ Non/..../

Type de selle a : Liquidienne b : Glaireuse

c : Glaire-sanglante c : Sanglante

Fréquences des selles a : Trois selles / jour b : Plus de trois selles / jour

Durée de la diarrhée : a : Trois jours b : Une semaine c : Autres à
précisée

2. Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale d : Orifices fistuleux

e : Fissure anale f : Fuite liquidienne g : R A S

Palpation et Toucher Rectal :

1 : Douleur anale Oui/..../ Non/..../

2 : Tuméfaction anale Oui/..../ Non/..../

3 : Orifice interne de fistule anale Oui/..../ Non/..../

4: Sphincter anale : a : tonique b : Hypotonique c : Hypertonique

5 : Toucher rectal hémorragique Oui/..../Non/..../

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

- 3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure
4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz
5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

XI- Satisfaction de la suivie :

- 1) Examen proctologique : Très bien Bien Pas d'avis
Désaccord
2) Traitements reçu :

.....
.....

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : POUDIOUGO

PRENOM : ABDOUL MOUÏNOU

TITRE DE LA THESE : Pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique et Chirurgie Générale

PAYS : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE DE SOUTENANCE : 2020

LIEU DE DEPOT: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Adresse e-mail : pabdoulmouinou@ gmail.com

RESUME

La grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureux de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections anales. L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir, en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner. Dans la plupart des cas, leur diagnostic est tardif et leur prise en charge est inadaptée ou inappropriée.

But : Etudier les pathologies anales au cours de la gravidité-puerpéralité au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude de cohorte, descriptive et analytique mono centrique avec enquête prospective des données allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019.

Résultats : Au cours de cette période nous avons recensé 176 gestantes. Parmi ces gestantes, **80** soit **45,5%** ont développé une maladie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire (28,4%), fissure anales (10,8%), les incontinences anales (9,1%).

Les facteurs incriminés étaient dominés par indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m², une constipation chronique, un poids du nouveau-né > 3500 g, une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes et l'extraction instrumentale par ventouse. La clinique est dirigée par l'interrogatoire et l'examen proctologique. Les signes cliniques retrouvés ont été la douleur anale, la rectorragie, et les prurits. Le traitement comprend avant tout la régulation du transit intestinale et des topiques

locaux, les antalgiques, et ceux qui améliore la circulation sanguine (Veinobiase, Daflon).

Mots clés : hémorroïdes, postpartum, fissure anale, incontinence anale, parturiente, proctologie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure