

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES,
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019/2020

N°.....

THESE

**PATHOLOGIES ANALES CHEZ LA
FEMME ENCEINTE ET DANS LE
POST-PARTUM AU CS REF CIV DE
BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 19/11/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par : Mme COULIBALY Fanta DOUMBIA
Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Professeur Youssouf TRAORE

MEMBRES : Dr Amadou Bocoum

Dr Moussa Samaké

CO-DIRECTEUR : Dr Amaguiré SAYE

DIRECTEUR : Professeur Adégné TOGO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je rends grâce:

-A Allah , 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.

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

Mon père Fousseyni Doumbia

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, l'équité et la loyauté. Père puisse le Tout Puissant, le Créateur, l'Omniscient vous accorde une place auprès de son bien aimé **Mohammad (SAW). AMEN !!!**

Mes mères adorées Fatoumata Koné et Oumou Diakité

Femmes exemplaires, courageuses et humbles. vous nous avez 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 vous avez endurées pour nous. Vous avez guidé mes premiers pas dans les études et travaillées durement afin que tous vos 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 !!!

Mon tendre époux Yacouba Coulibaly

Cher confident merci infiniment pour ton soutien constant, tes conseil ainsi que tes bénédictions m'ont été vraiment utiles. Puisse Allah bénir notre couple.

REMERCIEMENTS

Mes frères et sœurs : Aissatou Doumbia, Ousmane Doumbia, Sanata Doumbia, Aminata Doumbia, Kadiatou Doumbia, Aboubacar Doumbia, Kadidiatou Doumbia, Moussa Doumbia, Aly Doumbia, Saybou Doumbia, Aissata Doumbia.

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 : Amidou Berthé, Yacouba Touré, Awa Sanaga Bayogo, Abdoul Mouinou Poudiougou, Abdoul Wahid Maiga, Mory Coulibaly, Kamatigui Diarra, Mamadou Djiré.

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 IV 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 aînés, 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.

Merci pour les conseils et les bons moments passés ensembles.

La 11eme promotion du numerus clausus : pour tout le temps passé ensemble.

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 PRESIDENT 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 du VIH du 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 Amadou BOCOUM

- **Maître-assistant de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel Touré ;**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie de gynécologie et obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire de coelioscopie en gynécologie en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université de Paris Descartes ;**
- **Secrétaire général adjoint de la société Malienne de gynécologie obstétrique (SO.MA.GO).**

Cher Maître

Votre disponibilité, votre humilité, votre courage, et surtout votre rigueur pour le travail bien fait font de vous un homme admirable.

Nous sommes fiers et flattés que vous ayez accepté de juger ce travail.

Soyez rassuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour nous et pour les populations.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Moussa SAMAKE

- **Praticien hospitalier,**

- **Chirurgien généraliste au centre de santé de référence de la commune**

- IV,**

- **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 disponibilité, 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 CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Amaguiré SAYE

- **Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commue
IV du district de Bamako,**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de
référence de la commune IV du district de Bamako,**
- **Membre de la société malienne de gynécologie-
obstétrique(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 CS Réf de la Commune IV.

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 THESE

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.CHILMA)**
- **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

LISTE DES ABREVIATIONS

- AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
Ant : Antérieur
ATCD : Antécédent
Coll : Collaborateurs
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSRéf : Centre de Santé de Référence
C IV : Commune IV
FA : Fissure anale
Fig : Figure
FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie
H : Heure
LONG : Longueur
PER OS : Voie orale
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

THI : Thrombose Hémorroïdaire Interne

TR : Toucher Rectal

% : Pourcentage

> : Supérieur

< : Inférieur

≥ : Supérieur ou égale

≤ : Inférieure ou égale

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I: Score de Jorge et Wexner.....	17
Tableau II: Classification des déchirures périnéales [42, 43].....	20
Tableau III: Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois.....	27
Tableau IV: Répartition des gestantes selon les ATCD médicaux.....	28
Tableau V répartition des gestantes selon la profession.....	29
Tableau VI: Répartition des gestantes selon l'âge	30
Tableau VII: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction	30
Tableau VIII: Répartition des femmes selon la parité.....	31
Tableau IX: Répartition des femmes selon l'indice de masse corporelle.....	31
Tableau X: Répartition des femmes selon la réalisation d'épisiotomie	32
Tableau XI: Répartition des femmes selon l'utilisation de ventouse	32
Tableau XII: Répartition des femmes selon la durée d'expulsion fœtale.....	33
Tableau XIII: Répartition des femmes selon le poids du nouveau-né.....	34
Tableau XIV: Répartition des femmes selon les signes fonctionnels en fonction des périodes de la gravido-puerperalité.	34
Tableau XV: Répartition des femmes selon les données de l'examen proctologique en fonction des périodes de la gravido-puerperalité.	35
Tableau XVI: Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques	35
Tableau XVII: Analyse uni variée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.	37
Tableau XVIII: Analyse uni variée des facteurs de risque de la fissure anale.	38
Tableau XIX: Analyse uni variée des facteurs de risque d'incontinence anale.	39
Tableau XX: Fréquence des pathologies anales selon les auteurs.....	41
Tableau XXI: Auteurs et signes fonctionnels.....	44
Tableau XXII: Signes cliniques et auteurs	45
Figure 1: Anatomie de l'appareil digestif.....	7
Figure 2: Anatomie du canal anal.....	8
Figure 3: Schéma des hémorroïdes interne et externe	9

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
2.1 Objectif Général	4
2.2 Objectifs Spécifiques	4
III. GENERALITES	6
3.1. Définitions :	Erreur ! Signet non défini.
3.2 Signes cliniques	10
3.3 Physiopathologies	10
3.4 Facteurs favorisants	12
3.5 Complications	13
3.6 Prise en charge	14
3.7 Incontinence anale	16
3.7.1 Signes cliniques et physiopathologie :	16
IV METHODOLOGIE :	22
4.1 Lieu d'étude	22
4.2. Type et période d'étude	22
4.3. Population d'étude	22
4.4. L'échantillonnage	22
4.4.1 Critères d'inclusion	22
4.4.2. Critères d'exclusion	22
4.4.3. Technique d'échantillonnage	22
4.5 Collecte des données	23
4.6 Variables étudiées	23
4.7. Déroulement de l'étude	23
V RESULTATS	27
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	41
VII. CONCLUSION	50
VIII. RECOMMANDATIONS	51
BIBLIOGRAPHIE:	53
ANNEXES	60

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 proctologiques douloureuses bien moins agréables. Moins de 50 % des femmes sont informées de ces désagréments potentiels du postpartum [1]. Si toutes les urgences proctologiques peuvent s'observer lors de la grossesse et du post-partum, les pathologies les plus fréquentes sont les hémorroïdes et la fissure anale, sources de douleurs anales aiguës[1].

La prévalence de la maladie augmente avec l'âge, elle n'est pas liée au sexe. Les femmes souffrantes de cette affection ont fréquemment eu une ou plusieurs grossesses et rattachent souvent chronologiquement le début de leur pathologie à ces épisodes de leur vie [2]. La prévalence de la pathologie hémorroïdaire chez les femmes enceintes et les parturientes varie dans la littérature de 7,9 à 38 % selon que l'on se place pendant la grossesse, en post-partum et selon les séries [3-7].

Le post-partum immédiat est la période la plus propice aux thromboses (20 % des parturientes versus 8 % des femmes au cours du troisième trimestre de la grossesse) [7]. Dans 91 % des cas, les thromboses surviennent dans les 24 heures suivant l'accouchement, elles sont plus fréquemment observées en cas de macrosomie et lorsque l'accouchement s'est compliqué d'une déchirure périnéale superficielle [7].

Aux USA, en 2004, **Dixon MR et coll.** retrouvent que 50 % de la population générale après 50 ans présentaient une maladie hémorroïdaire [8,9].

En France, en 2004, on retrouve une fréquence estimée approximativement à 4 % de la population général [10,11].

Au Mali, en 2006, Dicko M L retrouvait en sept ans une fréquence annuelle de 21,4% sur l'ensemble des consultations dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré[12].

La prise en charge précoce des pathologies proctologiques chez la femme enceinte et dans le post-partum permet une meilleure qualité de vie du fœtus et/ou de l'enfant et de la femme et/ou de la gestante, et donc un meilleur pronostic. En absence de traitement, elle peut évoluer vers des complications. Le traitement médical est de première intention devant les hémorroïdes non compliquées (saignements et /ou la procidence). Le traitement des affections proctologiques chez la femme enceinte doit être prudent en raison des effets potentiellement iatrogènes des médicaments sur le fœtus[13]. Dans tous les cas le traitement chirurgical est à envisager en dernier recours ou d'emblée en cas de complications. L'incision ou l'excision sous anesthésie locale sont en règle[14]. Au Mali, peu d'études ont été réalisées sur les pathologies proctologiques chez la femme enceinte et dans le post-partum. C'est ce qui explique l'orientation de notre étude vers cette pathologie qui est en expansion dans notre pays, dont le but serait d'étudier les aspects épidémiologique et thérapeutiques des pathologies proctologiques chez la femme enceinte et dans le post-partum au CS Réf CIV de Bamako.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1 Objectif Général :

Etudier les pathologies anales observées au cours de la grossesse et dans le post-partum.

2.2 Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le post-partum au CS Réf de la Commune IV.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Identifier les facteurs de risque des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum au CS Réf de la Commune IV.
- Décrire les aspects cliniques des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum au CS Réf de la Commune IV.
- Décrire la prise en charge des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum au CS Réf de la Commune IV.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. Définitions :

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Long de 4 cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à 20 mm de l'apex du coccyx. A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradiant des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture. [15] Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus uro-génital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la septième semaine du développement embryonnaire.

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.

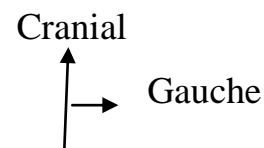
Hémorroïdes : Les hémorroïdes sont des formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu [16]. C'est l'apparition des manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie ». On distingue les hémorroïdes internes (situées au-dessus de la ligne pectinée) et les externes (situées sous la ligne pectinée, au niveau de la marge anale).

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

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. Il s'agit donc d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides.

L'incontinence fécale : 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.

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



Rappel anatomique :

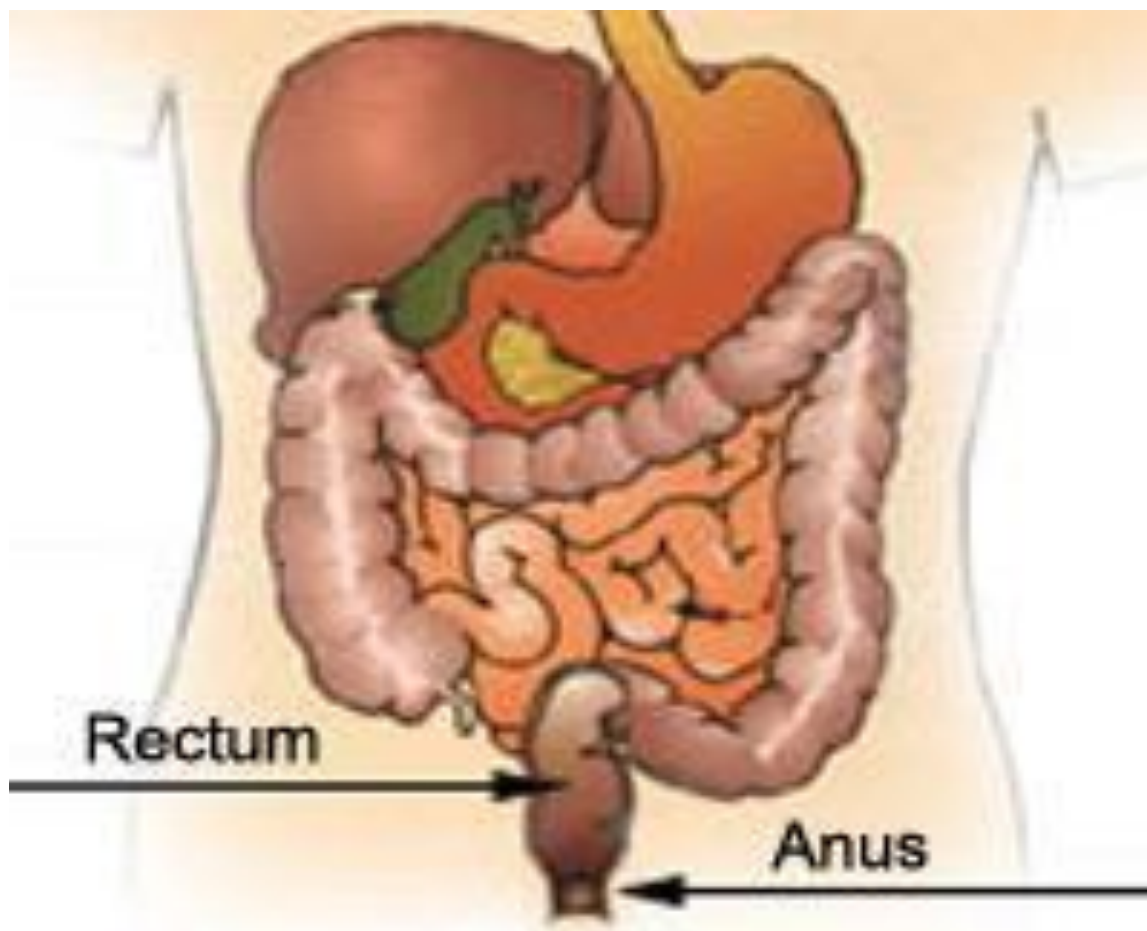


Figure 1: Anatomie de l'appareil digestif

Le rectum, d'une longueur de 10 à 15 cm, est la partie terminale du gros intestin. Le canal anal est le segment terminal du tube digestif. Il consiste en un segment d'une longueur d'environ 3,8 cm qui s'étend de la peau périé anale du fessier jusqu'à la paroi rectale. Son orifice externe, l'anus, est bien fermé, sauf pendant la défécation, par deux anneaux de muscles : le sphincter interne et le sphincter externe. L'action du sphincter interne est contrôlée de façon subconsciente (il est

constamment contracté pour prévenir la perte fécale accidentelle), tandis que l'action du sphincter externe est volontaire.

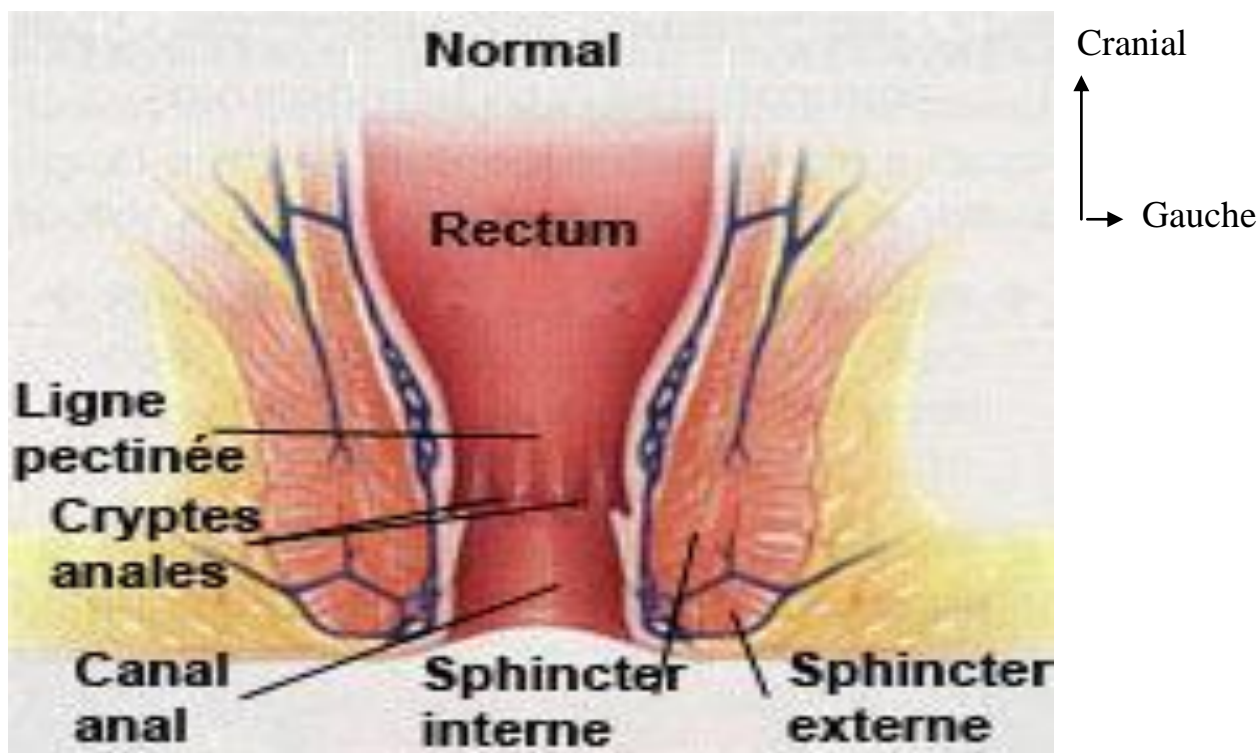


Figure 2: Anatomie du canal anal

Les sphincters sont alimentés par des vaisseaux sanguins et des nerfs. À l'endroit où se joignent le canal anal et le rectum, se trouve un anneau de pli appelé ligne pectinée (dentelée). Parmi ces plis se trouvent les cryptes anales, qui sont des petites cavités en forme de tubes qui s'ouvrent dans le canal anal. La ligne pectinée ou dentelée marque l'endroit où se terminent les fibres sensorielles. La région au-dessus de cette ligne est relativement insensible à la douleur. Par contre, au-dessous de cette ligne, le canal anal et l'anus sont extrêmement sensibles.

Les hémorroïdes sont des veines variqueuses enflées ou enflammées dans la partie inférieure du rectum ou de l'anus. Presque tout le monde souffre d'hémorroïde à un moment donné dans sa vie.

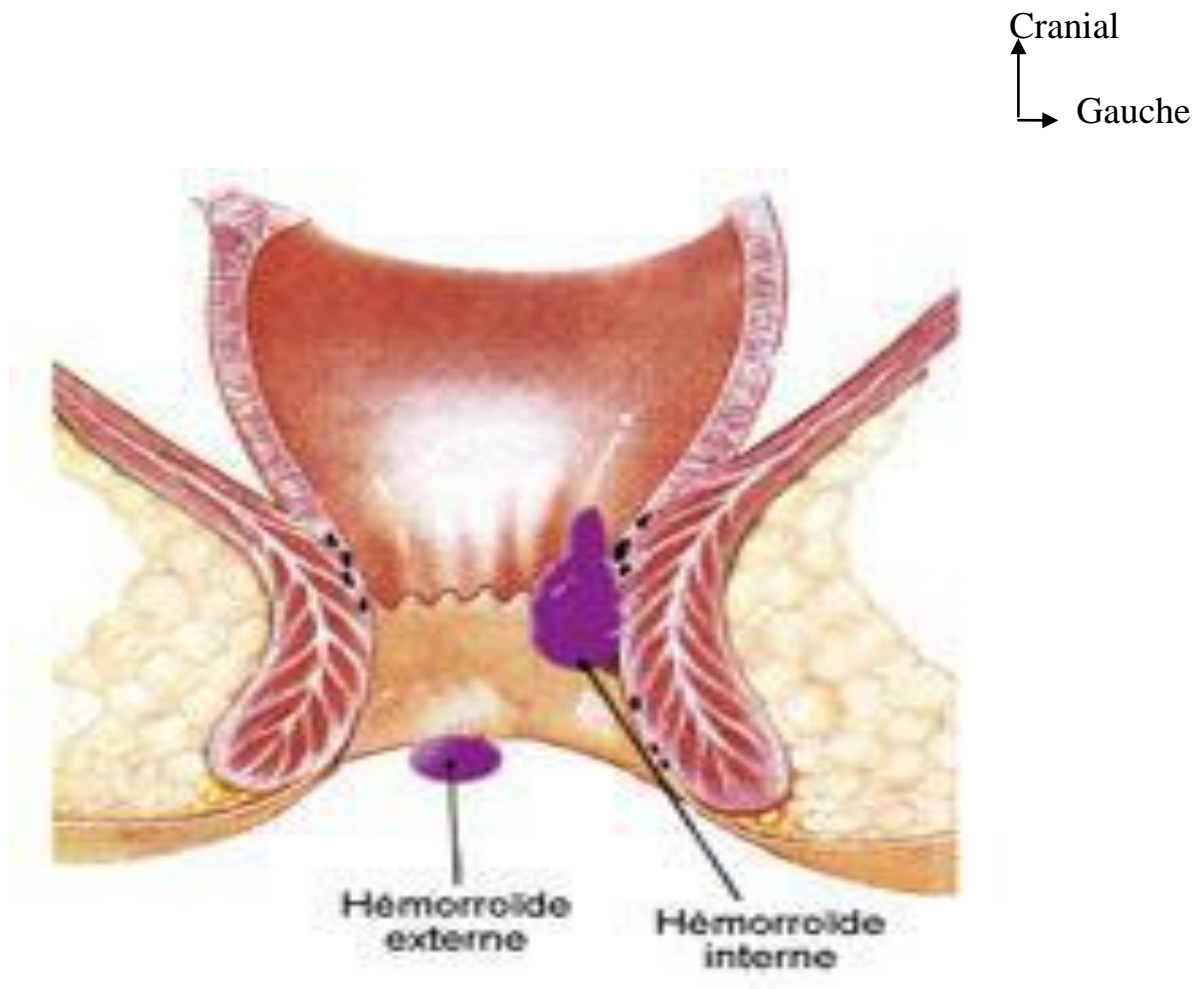


Figure 3: Schéma des hémorroïdes interne et externe

Les hémorroïdes internes partent de l'intérieur de la partie inférieure du rectum. Ce type d'hémorroïde n'a pas de cellules nerveuses. C'est pourquoi les hémorroïdes internes ne provoquent pas de douleur.

Les hémorroïdes externes se développent sous l'orifice rectal ou autour de l'anus. Elles sont situées sous la peau, et c'est la présence de cellules nerveuses qui rend ces hémorroïdes très douloureuses.

La plupart des hémorroïdes sont internes, mais les deux types d'hémorroïdes peuvent être présents en même temps chez la même personne.

3.2 Signes cliniques

Le plus souvent asymptomatiques, les manifestations cliniques des hémorroïdes (hémorragies, procidences, thromboses et phénomènes inflammatoires) sont en fait la traduction de leurs complications. La constatation objective d'hémorroïde est tellement banale qu'on doit de parti pris toujours rechercher une lésion associée, surtout lorsque la patiente consulte pour des rectorragies.

- **Les hémorragies :**

Signe d'alarme, les hémorragies à l'anus en imposent pour un bilan complet.

Elles sont faites de sang rouge, survenant à la fin de la défécation et cessant peu après, arrosant la selle et tachant le papier. Leur reproduction est irrégulière, capricieuse. Habituellement peu abondantes, elles peuvent par leur répétition être à l'origine d'une anémie hyposidérémique.

- **LA douleur :**

Il s'agit plutôt d'une gêne, d'une pesanteur, d'une brûlure. Discrète, coïncidant avec la selle, elle fait penser à un état inflammatoire associé : cryptite, papillite, permanente, vive, elle évoque le plus souvent une thrombose, mais aussi des associations toujours possibles : fissure, abcès.

- **La tuméfaction anale**

Elle est perçue par la malade. L'interrogatoire s'efforcera de faire préciser sa date d'apparition, son caractère transitoire ou permanent, sa réductibilité éventuelle, enfin son caractère douloureux

- **Le suintement et le prurit**

Le suintement translucide de la procidence hémorroïdaire permanente ne doit pas être confondu avec l'écoulement épais d'une suppuration. Il peut être source de prurit anal.

3.3 Physiopathologies :

La physiopathologie de la pathologie hémorroïdaire met en jeu l'intrication de plusieurs théories à savoir [17]

- **Les anomalies fonctionnelles :**

De nombreuses études ont mis en évidence, dans la pathologie hémorroïdaire, une pression de repos du canal anal significativement supérieur aux sujets témoins [18].

La constipation, la dyschésie (défécation difficile indépendamment de sa cause), parfois la diarrhée joue un rôle prépondérant. Cependant, des manifestations pathologiques peuvent exister en l'absence de troubles du transit.

Les progrès réalisés dans la connaissance de la structure du tissu hémorroïdaire permettent d'éliminer de nombreux mécanismes autrefois évoqués : la varicose anale (les dilatations veineuses sont normales et non acquise), la conception tumorale ou angiodyplasie (hypothèse formellement rejetée par les anatomopathologistes), la conception infectieuse (l'infiltration cellulaire est très modérée, voire absente

Deux théories, d'ailleurs complémentaires, sont donc surtout envisagées pour expliquer la genèse des manifestations fonctionnelles des hémorroïdes

- **La théorie circulatoire : vasculaire**

Dans cette théorie, le point de départ serait d'origine vasculaire, avec des perturbations (hyper apport artériel en particulier) submergeant les capacités d'adaptation du tissu hémorroïdaire [19]. Les premières conséquences seraient l'apparition des rectorragies, par mise en jeu des shunts superficiels, et d'une poussée fluxionnaire [16]. Par la suite, selon le degré de répercussion d'une part sur le retour veineux avec les lésions vasculaires dystrophiques et d'autre part sur le tissu de soutien avec une dilacération, peuvent apparaître et aggraver les autres manifestations : thrombose et prolapsus [19].

- **La théorie mécanique :**

Dans cette conception, des anomalies dégénératives du tissu de soutien des plexus hémorroïdaire jouent un rôle prépondérant. Le relâchement puis la

rupture des éléments de soutien, en particulier du ligament de PARKS, sont à l'origine d'un glissement progressif vers le bas du revêtement du canal anal et de la sous-muqueuse [19,20]. Les troubles du transit, surtout la constipation favorisent cette évolution [18,21]. En effet les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse (lors des poussées, pendant l'accouchement) sont à l'origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien. De plus, au niveau vasculaire, la strangulation des vaisseaux est responsable des manifestations œdémateuses, hémorragiques ou thrombotiques [19].

Un rôle non négligeable est joué par l'hypertonie sphinctérienne retrouvée lors des études manométriques. Cet élément intervient, d'une part en augmentant les efforts de poussées et, d'autre part en favorisant la strangulation des vaisseaux.

Les hémorroïdes sont classées en 4 stades (ou grades) selon le degré de Procidence [22] :

Stade I :

- hémorroïdes non procidentes
- essentiellement hémorragiques

Stade II :

- effacement de la lumière du canal anal en dehors de l'effort
- procidence des hémorroïdes à l'effort spontanément réductible

Stade III : procidence des hémorroïdes à l'effort et réduction manuelle nécessaire

Stade IV : procidence permanente.

3.4 Facteurs favorisants :

Ils sont divers, mais partagent un dénominateur commun qui est celui de l'augmentation de la pression abdominale. Il s'agit principalement :

- a- Des troubles du transit (Diarrhée, Constipation) plus particulièrement la constipation semble jouer un rôle prédominant dans la survenue des

complications hémorroïdaires, on comprend alors la nécessité de réguler le transit en cas de symptomatologie hémorroïdaire. [23]

b- Une posture assis ou debout pendant une longue durée.

c- La grossesse et l'accouchement. [14]

d- L'obésité,

e- Certains facteurs sont également cités mais de mécanisme non encore élucidés : alcool, épices, tabac.

f- D'autres pathologies peuvent être accompagnées par la pathologie hémorroïdaire, il s'agit entre autre de l'hypertrophie de la prostate, tumeur rectale, fissure, fistule, etc.

3.5 Complications

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. Son évolution spontanée se fait vers la rétrocession (avec ou sans ulcération de la peau par où le caillot peut s'énucléer), laissant parfois un reliquat cutané dont la marisque. [24]

➤ Thrombose interne :

Quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intracanalair. 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.

3.6 Prise en charge

-- Hémorroïdes :

Il existe trois stades de traitement (mesures hygiéno-diététiques, traitements médicamenteux, traitements chirurgicaux). Les mesures hygiéno-diététiques avec une alimentation riche en fibres, l'exclusion de thé, café, chocolat, tabac, alcool, une hydratation adéquate, une activité physique modérée préviennent la constipation. Dans les traitements médicamenteux, on retrouve l'utilisation d'antalgique de premier palier avec le paracétamol et les antiinflammatoires non stéroïdiens qui sont à proscrire durant le 3^e trimestre de grossesse. L'utilisation de laxatifs osmotiques ou huileux est indiquée pour prévenir la constipation.

Les phlébotoniques per os sont contre-indiqués durant le 1^{er} trimestre et uniquement en cas de nécessité lors des deux derniers.

Une intervention chirurgicale (hémorroïdectomie) pour une THI est à pratiquer en cas d'échec des mesures conservatives et des interventions mini-invasives et au plus tard, dès le 6^e mois de grossesse ou en cas d'évolution défavorable dans les 2 à 3 jours avec une nécrose ou une hémorragie importante). [25]

- Prolapsus rectal :

Durant la grossesse, le traitement est conservateur avec un antalgique adéquat, des laxatifs afin de prévenir une péjoration et/ou une récurrence, ainsi qu'une réduction manuelle. Une intervention chirurgicale est à prévoir en post-partum. [26]

- Fissure anale :

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 %).

En cas d'échec, une intervention chirurgicale (fissurectomie, plastie de l'anus, sphinctérotomie du sphincter interne) était préconisée (Medich, 1995).

A présent, la sphinctérotomie interne reste exceptionnelle au vu du risque d'incontinence à long terme. [27]

3.7 Incontinence anale

3.7.1 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 [28].

- **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 [29, 30]. 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 [31]. 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 [31].

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 [29].

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 [29].

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 [32]. 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 [29].

- 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 [28].

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 [33].

➤ **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 [34].

➤ **Durant le post-partum**

Les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo-rectale) [35].

Les principales causes et facteurs de risque 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 [36, 37].

Principales causes d'incontinence anale en post-partum :

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

- **Les lésions musculaires** : un grand nombre d'étude 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 [38]. 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 [33].

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

Tableau II: Classification des déchirures périnéales [42, 43]

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

METHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE :

4.1Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique du Centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

4.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale, analytique et prospective s'étendant sur une période de 9 mois (01 janvier 2020 au 30 septembre 2020).

4.3. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les gestantes ayant effectué leur suivi de la grossesse et du post-partum au service de gynéco-obstétrique du Centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

4.4. L'échantillonnage :

4.4.1 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 accouché dans notre service.

4.4.2. 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 référé dans un CHU au cours de l'étude.

4.4.3. Technique d'échantillonnage

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz ci-dessous :

$$N = E^2 \cdot p \cdot q / I^2$$

N= taille de l'échantillon

$E=1,96(\text{constante})$

$P=$ Fréquence de la pathologie anale chez la femme enceinte et l'accouchée obtenue dans les études antérieure (10% soit 0,1).

$Q= 1-p$

$I=$ Risque d'erreur=5% soit 0,5.

La taille minimale de l'échantillon était de 144 gestantes.

4.5 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 ;

4.6 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.

4.7. Déroulement de l'étude

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

L'examen clinique proctologique se réalise sur une table d'examen patient en position genou-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 aux patientes de pousser pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales comme les hémorroïdes internes qui se prolèvent ; 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. ² 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.

4.5 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%.

4.6 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.

4.7 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 RESULTATS

5.1 Fréquence

Du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020, soit 9 mois, nous avons recensé 150 gestantes sur 3358 grossesses suivies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.

Ces **150** femmes ont été suivies du 1^{er} trimestre jusqu'à 6 semaine après l'accouchement. Parmi ces gestantes, **36** soit 24% ont développé une maladie anale. Les différentes pathologies anales retrouvées ont été, la maladie hémorroïdaire **6,67%**, fissures anales **10%**, les incontinences anales **5,33%** les pathologies anales multiples **2%**.

Parmi les patientes qui ont uniquement développé la maladie hémorroïdaire, 6 soit 0,6% étaient maladie hémorroïdaire interne et 4 soit 0,4% maladie hémorroïdaire externe.

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	5(3,33)	5(3,33)	5(3,33)	15(10,00)
Maladie hémorroïdaire	0(0,00)	3(2,00)	7(4,67)	10(6,67)
Incontinence anale	0(0,00)	2(1,33)	6(4,00)	8(5,33)
Pathologies anales associées	2(1,33)	0(0,00)	1(0,67)	3(2,00)
Total	7(4,67)	10(6,67)	19(12,67)	36(24,00)

Les pathologies anales associées étaient : maladie hémorroïdaire interne + fissure anale et maladie hémorroïdaire interne + incontinence anale.

5.2 Caractéristique sociodémographique

Tableau IV: Répartition des gestantes selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectifs	Fréquence (%)
Asthmatique	2	1,33
Drépanocytose	3	2,00
HTA gestationnelle	2	1,33
Cardiopathie	2	1,33
Néant	141	94,00
Total	150	100,00

La drépanocytose a été la plus représentée avec 2% des cas

Tableau V répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectifs	Fréquence(%)
Agent des eaux et forêts	2	1,33
Aide-ménagère	3	2,00
Coiffeuse	7	4,67
Comptable	7	4,67
Couturière	7	4,67
Elève	6	4,00
Enseignante	5	3,33
Médecin généraliste	2	1,33
Ménagère	76	50,67
Vendeuse	32	21,33
Autres	3	2,00
Total	150	100,00

Autres : Teinturière (n=1) Monitrice (n=1) Infirmière obstétricienne (n=1)

Les ménagères ont été les plus représentée avec 50,67% des cas

Tableau VI: Répartition des gestantes selon l'âge

Age (ans)	Effectifs	Fréquences(%)
≤19	26	17,33
[20à29]	85	56,67
≥30	39	26,00
Total	150	100,00

La tranche d'âge allant de 20 à 29 ans a été la plus représentée soit 56,66% des cas.

L'âge minimum était 14ans ; Maximum : 39ans ; Moyenne d'âge : 26ans. Ecart type : 5 ,75.

Tableau VII: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquences (%)
Primaire	61	40,67
Secondaire	32	21,33
Supérieure	17	11,33
Non scolarisée	40	26,67
Total	150	100,00

Le niveau d'instruction primaire a été le plus représenté avec 40,67% des cas

5.3 Facteur de risque

Tableau VIII: Répartition des femmes selon la parité.

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Primipare	41	27,33
Paucipare	65	43 ,33
Multipare	37	24,67
Grande multipare	7	4,67
Total	150	100,00

Les paucipares étaient les plus représentées avec 43,33% des cas

Tableau IX: Répartition des femmes selon l'indice de masse corporelle.

IMC (kg/m²)	Effectifs	Fréquence(%)
Déficit pondéral	3	2,00
Normal (18,5-24,5)	44	29,33
Surpoids (25-29,5)	75	50,00
Obésité (30-40)	28	18,67
Total	150	100,00

Parmi les 150 gestantes 75 étaient en surpoids soit 50% des cas.

Maximum :40,50 ; Minimum :19 ,28 ; Moyenne :29,34; Ecart type :3,90.

Tableau X: Répartition des femmes selon la réalisation d'épisiotomie

Réalisation d'épisiotomie	Effectifs	Fréquence (%)
OUI	26	22,41
NON	90	77,59
Total	116	100,00

26 parturientes ont bénéficié d'une épisiotomie soit 22,41%

Tableau XI: Répartition des femmes selon l'utilisation de ventouse

Utilisation de ventouse	Effectifs	Fréquence(%)
OUI	16	13,79
NON	100	86,21
Total	116	100,00

La ventouse a été utilisé chez 16 parturientes soit 13,79%

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

Voie d'accouchement	Effectifs	Fréquence (%)
Voie basse	116	77,3
Césarienne	34	22,7
Total	150	100,0

La voie basse a été favorable chez 116 de nos parturientes soit 77,3%

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

Durée d'expulsion fœtale	Effectifs	Fréquence (%)
< 10 minutes	5	3,33
[10 à 20 minutes]	91	60,67
>20 minutes	20	13,33
Non	34	22,67
Total	150	100,00

La durée moyenne d'expulsion était de 12 minutes avec des extrêmes de 5 à 40 minutes. Ecart type : 10,13 minutes

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

Poids du nouveau-né (g)	Effectifs	Fréquence (%)
< 2500	6	3,77
[2500 - 3500]	146	91,82
[3600 - 4000]	4	2,52
> 4000	3	1,89
Total	159	100,00

Le poids moyen du nouveau-né était de 3079g avec des extrêmes de 2090g et 4102g. Ecart type :319,52.

5.4 Aspect cliniques des pathologies anales

Tableau XIV: Répartition des femmes selon les signes fonctionnels en fonction des périodes de la gravidité-puerperalité.

Signes fonctionnels	1^{er} trimestre n(%)	3^{eme} trimestre n(%)	Post-partum n(%)
Constipation	20(13,33)	67(44,67)	31(20,67)
Diarrhée	2(1,33)	0(0)	1(0,67)
Douleur anale	7(4,67)	25(16,67)	17(11,33)
Prurit anal	6(4,00)	8(5,33)	16(10,67)
Rectorragies	3(2,00)	4(2,67)	7(4,67)
Suintements anaux	0(0)	2(1,33)	1(0,67)
Incontinence anale aux gaz	0(0)	0(0)	8(5,33)
Incontinence anale aux selles	0(0)	0(0)	1(0,67)
Prolapsus hémorroïdaire	0(0)	3(2,00)	5(3,33)

Tableau XV: Répartition des femmes selon les données de l'examen proctologique en fonction des périodes de la gravidité-puerpéralité.

Données de l'examen proctologique	1^{er} trimestre n(%)	3^{eme} trimestre n(%)	Post-partum n(%)
Marisques hémorroïdaires	8(5,33)	8(5,33)	10(6,67)
Plaie fissuraire	7(0,07)	7(4,67)	11(7,33)
Cicatrice d'épisiotomie	0(0)	0(0)	26(17,33)
Douleur au toucher rectal	7(0,07)	14(9,33)	17(11,33)
Hypertonie sphinctérienne	10(0,10)	22(14,67)	9(6,00)
Hypotonie sphinctérienne	0(0,00)	2(1,33)	9(6,00)
Toucher rectal hémorragique	0(0,00)	3(2,00)	12(8,00)

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

Signes cliniques	Pathologies		
	Maladie hémorroïdaire n=10(%)	Fissure anale n=15 (%)	Incontinence anale n=8 (%)
Constipation	9(90,00)	8(53,33)	5(62,5)
Diarrhée	2(20,00)	0(0)	1(12,5)
Douleur anale	7(70,00)	13(86,67)	0(0)
Prurit anal	10(100,00)	9(60,00)	0(0)
Rectorragies	4(40,00)	6(40,00)	0(0)

5.5 Traitement :

Il reposait sur les antalgiques, les veinotoniques, topiques locaux les régulateurs de transit, la rééducation périnéale et surtout les mesures hygiéno-diététiques. Parmi les patientes 48% ont uniquement bénéficié des régulateurs de transit intestinal, 18% ont reçu régulateur de transit intestinal + veinotonique + topique + antalgique , 7,33% ont reçu régulateur de transit intestinal + veinotonique + rééducation périnéale, 3,33% ont eu veinotonique + antalgique, 3,33% ont eu topique + antalgique et 0,67% ont reçu régulateur de transit intestinal + rééducation périnéale.

5.6 Partie analytique :

Tableau XVII: Analyse uni variée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.

Facteurs de risque		Pathologie				
		Maladie hémorroïdaire				
		Effectif	Fréquences	P	RR	95% IC
		s	n=10 (%)			
Age (ans)	≥ 30	39	5 (12,8)	0,048	2,84	[0,97-8,30]
	< 30	111	5(4,5)			
Parité	Multiparité	44	7(15,9)	0,222	2,17	[0,60-7,85]
	Primiparité	41	3 (7,3)			
Constipation	Oui	67	9 (13,4)	0,003	11,15	[1,45-85,81]
	Non	83	1 (1,2)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	3 (2,9)	0,006	0,19	[0,05-0,72]
	< 25	47	7 (14,9)			
Accouchement	voie basse	116	10 (8,6)	0,077	0,20	[0,36-1,58]
	Césarienne	34	0 (0)			
Utilisation de ventouse	Oui	16	5 (31,2)	0,001	6,25	[2,03-19,18]
	Non	100	5(5)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	6 (30)	0,000	7,20	[2,23-23,19]
	≤ 20	96	4 (4,2)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	4(57,1)	0,000	14,48	[5,25-39,87]
	≤ 3500	152	6(39,4)			

Tableau XVIII: Analyse uni variée des facteurs de risque de la fissure anale.

Facteurs de risque	Pathologie	Fissure anale																																																																						
		Effectif	Fréquence	P	RR	95% IC																																																																		
		s	s n=15 (%)																																																																					
Age (ans)	≥ 30	39	5(12,8)	0,496	1,43	[0,52-3,90]																																																																		
	< 30	111	10 (9,0)				Parité	Multiparité	44	5(11,36)	0,117	0,46	[0,17-1,23]	Primiparité	41	10 (24,4)	Constipation	Oui	67	8(11,9)	0,127	2,38	[0,75-7,58]	Non	83	7(8,4)	IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	8 (7,8)	0,179	0,521	[0,20-1,35]	< 25	47	7 (14,9)	Accouchement	voie basse	116	13 (11,2)	0,364	1,90	[0,45-8,03]	Césarienne	34	2 (5,9)	Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]	Non	100	11 (11)	Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43
Parité	Multiparité	44	5(11,36)	0,117	0,46	[0,17-1,23]																																																																		
	Primiparité	41	10 (24,4)				Constipation	Oui	67	8(11,9)	0,127	2,38	[0,75-7,58]	Non	83	7(8,4)	IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	8 (7,8)	0,179	0,521	[0,20-1,35]	< 25	47	7 (14,9)	Accouchement	voie basse	116	13 (11,2)	0,364	1,90	[0,45-8,03]	Césarienne	34	2 (5,9)	Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]	Non	100	11 (11)	Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)						
Constipation	Oui	67	8(11,9)	0,127	2,38	[0,75-7,58]																																																																		
	Non	83	7(8,4)				IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	8 (7,8)	0,179	0,521	[0,20-1,35]	< 25	47	7 (14,9)	Accouchement	voie basse	116	13 (11,2)	0,364	1,90	[0,45-8,03]	Césarienne	34	2 (5,9)	Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]	Non	100	11 (11)	Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)																
IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	8 (7,8)	0,179	0,521	[0,20-1,35]																																																																		
	< 25	47	7 (14,9)				Accouchement	voie basse	116	13 (11,2)	0,364	1,90	[0,45-8,03]	Césarienne	34	2 (5,9)	Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]	Non	100	11 (11)	Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)																										
Accouchement	voie basse	116	13 (11,2)	0,364	1,90	[0,45-8,03]																																																																		
	Césarienne	34	2 (5,9)				Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]	Non	100	11 (11)	Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)																																				
Utilisation de ventouse	Oui	16	4(25)	0,123	2,27	[0,82-6,27]																																																																		
	Non	100	11 (11)				Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]	≤ 20	96	6 (6,25)	Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)																																														
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	9(45)	0,000	7,20	[2,89-17,95]																																																																		
	≤ 20	96	6 (6,25)				Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]	≤ 3500	152	12(7,89)																																																								
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	3 (42,85)	0,002	5,43	[1,97-14,95]																																																																		
	≤ 3500	152	12(7,89)																																																																					

Tableau XIX: Analyse uni variée des facteurs de risque d'incontinence anale.

Facteurs de risque		Incontinence anale				
		Effectifs	Fréquences s n=8 (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 30	39	6 (15,4)	0,001	8,54	[1,79-40,55]
	< 30	111	2 (1,8)			
Parité	Multiparité	44	5 (11,4)	0,525	1,55	[0,39-6,09]
	Primiparité	41	3 (7,3)			
Constipation	Oui	67	5 (7,5)	0,299	2,06	[0,51-8,32]
	Non	83	3 (3,6)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	103	5 (4,8)	0,700	0,76	[0,18-3,05]
	< 25	47	3 (6,4)			
Accouchement	voie basse	116	7 (6)	0,482	2,05	[0,26-16,10]
	Césarienne	34	1 (2,9)			
Utilisation de ventouse	Oui	16	3 (18,7)	0,044	3,75	[0,99-14,18]
	Non	100	5 (5)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	20	4 (20)	0,000	19,0	[6,22-58,03]
	≤ 20	96	4 (4,16)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	7	6 (85,7)	0,000	65,1	[15,91-266,71]
	≤ 3500	152	2 (1,3)			

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 IV 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 et analytique mono centrique allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020, 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.
- 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 La fréquence

Tableau XX: Fréquence des pathologies anales selon les auteurs

Auteurs	Population	Fréquences	Test statistique
Abramowitz et al.2002 en France [41]	165	44,4 %	P=0,000162
Poskus T et al.2014 en Lituanie [27]	280	43,9 %	P=0,000045
Poudiougou Abdoul Mouinou [42]	176	45,5%	P=0,000055
Notre étude	150	24%	

Au cours de notre étude 36 femmes, soit 24% ont développé une maladie anale. Notre résultat est inférieur à ceux d'Abramowitz et al. [41], Poskus T et al [27] et Poudiougou A.M et al [42] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 43,9% et 45,5% de cas de maladie anale.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la diversité des facteurs de risque des patientes.

Dans notre étude la fissure anale était la pathologie anale la plus fréquente avec 10%, suivie de la maladie hémorroïdaire et de l'incontinence anale avec respectivement 6,67% et 5,33%.

Tandis que Poskus T et al. [27] qui ont rapporté 53,9% de maladie hémorroïdaire et 3,21% de fissure anale.

Sur 150 femmes examinées, 3 (2 %) étaient porteuses d'une THE durant le post-partum.

Abramowitz et al. [41] 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 14 ans et 39 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans a été la plus représentée avec **56,6%** des cas. Nos patientes étaient relativement plus jeunes.

Notre résultat est proche de celui de Poskus et al. [27] qui ont trouvé un âge moyen de 28,7 ans avec des extrêmes de 18ans et 45 ans. Par contre, Ferdinande K et al. [43] 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.

6.4 Les facteurs de risque

Une analyse uni variée a été réalisée avec un risque suspect facteur pour chaque pathologie anale. Nous avons identifié qu'une constipation chronique ($p=0,003$), un poids du nouveau-né > 3500 g ($p=0,000$), un âge \geq à 30 ans ($p=0,048$), un indice de masse corporel \geq à 25kg/m^2 ($p=0,006$), l'extraction instrumental par ventouse ($p=0,001$) et une durée d'expulsion foetale $>$ à 20 minutes ($p=0,000$) étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire.

Pour la fissure anale, nous avons identifié qu'un poids du nouveau-né > 3500 g ($p= 0,002$) et une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes ($p= 0,000$) étaient significativement associées à l'apparition de la fissure anale.

Nous avons identifié également qu'un poids du nouveau-né > 3500 g ($p= 0,000$), un âge \geq à 30ans ($p=0,001$), une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes ($p= 0,000$) et l'extraction instrumentale par ventouse ($p= 0,044$) étaient significativement associés à l'apparition d'incontinence anale.

La durée moyenne d'expulsion fœtal 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 3079g avec des extrêmes de 2090 et 4102g, un écart-type = 319,52

Poskus T et al. [27] ont identifié la constipation, un poids de naissance $>$ à 3800g, durée d'expulsion prolongée $>$ à 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 [41,44]. Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale postnatale sont : un âge maternel avancé ($>$ à 30 ans) ; 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 [45,46].

6.5 Aspects cliniques

6.5.1 Maladie hémorroïdaire

6.5.1.1 Signes fonctionnels

Tableau XXI: Auteurs et signes fonctionnels

Signes Auteurs	Douleur anale % (n/N)	Rectorragie % (n/N)	Prurit + suintement % (n/N)
Poskus T et al. [27] en 2014	98,3(121/123)	62,6(77/123)	74(91/123)
Ollende C et al.[26] en 2010	26,3(5/19)	89,5(17/19)	-
Notre étude	50(6/12)	50(6/12)	75(9/12)

La douleur anale a été le principal symptôme retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 50%. Elle a été la plus retrouvée dans l'étude de Poskus T et al. [27] qui ont enregistré 98,3% de douleur anale chez les patientes.

La rectorragie : Sa fréquence dans notre étude a été de 50%. Elle est d'intensité variable apparaissant pendant ou après les selles [27].

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Ollende C et al. [26] en 2010 89,5% des signes fonctionnels ($p=0,000010$). Ceci s'expliquerait par le fait que les rectorragies sont le plus souvent occultes du fait de l'utilisation des latrines traditionnelles dans notre contexte.

Le prurit et le suintement surviennent en général secondairement à la procidence hémorroïdaire [26]. Ils ont été retrouvés chez 20% de nos patientes. Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Poskus T et al. [27] 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 [14].

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 disposons pas de manomètre.

6.5.2. Fissure anale

6.5.2.1 Signes cliniques

Tableau XXII: Signes cliniques et auteurs

Signes Auteurs	Douleur anale (%)	Rectorragie(%)	Suintement anal(%)	Prurit anale (%)
Siproudhis et al [47]2008 N= 80	100	85	65	60
Keita KI et al[48] 2012 N=105	100	71,5	78,1	74,3
Notre étude n=17	88 ,2	35,3		52,9

- **La douleur anale** a été plus fréquemment retrouvée dans notre étude soit 88,2% ; ainsi que dans ceux de Siproudhis et al en France, Keita KI et al. au Mali [47,48] 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 [49]. 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 gène [27].

- **La rectorragie** a été fréquemment retrouvée dans notre étude 35,3% ainsi que dans ceux de Siproudhis et al [47] et Keita CO et al. [37] 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.
- **Prurit anale** Il a été retrouvé chez plus de la moitié de nos patientes 52,9%. Siproudhis et al [47] l'ont enregistré dans 60% des cas.

6.5.2 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 [41] 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 [27].

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 [35].

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 [50].

Sur les 9 cas d'incontinence anale, 8 étaient aux gaz et 1 étaient aux matières liquidiennes. Nous n'avons pas noté de cas d'IA aux matières solides.

Dans la littérature [48], 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.

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. [24,51] 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 45% après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 25%.

Holzheimer RG et al. [51] 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 [14,24].

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 17 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 suppositoire 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) [52].

6.6.3 Incontinence anale

Parmi les 9 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.

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 [53].

Lors du counseling au cours de la grossesse, 30 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.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

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

La survenue de ces pathologies anales est liée à l'existence des nombreux facteurs de risques chez la femme enceinte.

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

VIII. 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.

Aux populations

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

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE:

1. **Howell EA.** 1.Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynecol*; 115:284-289.
2. **Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P.** 2.Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52:324-328.
3. **Parry E, Shields R, Turnbull AC.** 3.The effect of pregnancy on the colonic absorption of sodium, potassium and water. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1970; 77:616-619.
4. **Baron TH, Ramirez B, Richter JE, Campbell DJ, Chard T.**Gastrointestinal motility disorders during pregnancy. *Ann Intern Med* 199; 118:366-375.
5. **Wathen NC, Perry LA, Gunn L** 5. Relaxin levels in amniotic fluid, extraembryonic coelomic fluid and maternal serum in early human pregnancy. *Early Hum Dev* 1995; 43:71-74.
6. **Christofides ND, Ghatei MA, Bloom.** 6. Decreased plasma motilin concentrations in pregnancy. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285:1453-1454.
7. **Rothstein RD, Rombeau JL.** 7. Intestinal malrotation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81:817-819.
8. **Dixon MR, Stamos MJ, Grant SR, Kumar RR, KO CY, Williams RA, et al.** **Stapled** haemorrhoidectomy: a review of our early experience. *Am Surg* 2003; 69(10):862-5.
9. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Surgical management of haemorrhoids 2004. *Am Surg* 2004; 50(9):152-4.
10. **Banaei L, Dancoisne A, Dia K, et al.** Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. <http://www.has-sante.fr>; P 16-85.

11. **Oberlin P, Mouquet C.** Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène. *Ann Surg.* 2002; 194:1-11.
12. **Dicko M L.** Etude des hémorroïdes au CHU de Gabriel Touré. These Med Bamako 2006; N°155; P: 112
13. Pradel E, Terris G, Juillard F, De La. 10. Grossesse et pathologie anale: étude prospective. *Med Chir Dig* 1983;12:523-525.
14. Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001; 25 (6-7):674-702.
15. Coulibaly H. Prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » au CHU Point-G. These Med, Bamako 2008; N° 84 P: 77.
16. Thomson WH The anatomy and nature of piles. In: HD Kaufman (Ed.) ed. *The haemorrhoids syndrome.* Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.
17. Suduca JM, Staumont G et Suduca P. Hémorroïdes. *Encycl Méd (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastro-entérologie, 9-086-A-10, 2001, 15p.*
18. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 946-954
19. Parnaud E, Bauer P Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. *Rev Prat* 1985 ; 35 : 3423-3433
20. Soullard J Les hémorroïdes existent-elles ? *Rev Proct* 1981 ; 1 ; 32-34
21. Johanson JF, Sonnenberg A The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiological study. *Gastroenterology* 1990 ; 98 : 380-386
21. Fabien D, Bigard M A. Pathologie hémorroïdaire. *Rev. du praticien/* 2005:55; 1719-1722.

22. Godeberge P. Traitement des hémorroïdes : intervention de Longo versus traitement endoscopique 2001. *J can chir.* 2001; 138 (52): 1-13.
23. Baumann R, Meyer C. Pathologie de l'anus: hémorroïdes et fissures anales. *Revue d'hépatogastro-entérologie*, 2002; 273(14): 165-172.
24. Duvoisin Cordoba C, Demartines N, et al. Prolapsus rectal: mise à jour. *Forum Médical Suisse* 2013;13:1029-32.
25. Ezri T, Susmallian S. Topical nifedipine vs. topical glyceryl trinitrate for treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2003;46:805-8
26. 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 medRabat 2010, 73 : 61-62
27. 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.
28. **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
29. Villet R. Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Versus une nouvelle entité la pelvi-périnéologie, 2003 : 55.
30. Godeberge P. *Traité de proctologie*, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007 : 168-169
31. Blanc B, Siproudhis L. *Pelvi-périnéologie*, Ed. Springer, France, 2005 : 246-248.
32. 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

33. Atienza P. Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999 :100.
34. Bourcier A., Haab f., Mares P. Pelvi-périnéologie du symptôme au traitement, Ed sauramps medical, 2010 : 56-58.
35. Abramowitz L. Complications anales durant la grossesse et le post-partum 2ème partie. Lésions de la marge anale POST'U 2014 : 1-10
36. Faucheron JL. Incontinence anale. La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462.
37. 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>
38. 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.
39. De Tayrac R, Faruel Fosse H, Langer B et al. L'épisiotomie, recommandation pour la pratique clinique, CNGOF. Pelv Perineaol 1 : 377-381.
40. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, 28ème journées nationales. Paris 2004. Tome XXVIII : 21-25.
41. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL,. 9. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 :650-655.
42. Poudiogo A.M et all pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum au centre de sante de référence de la commune II de Bamako. These Med Bamako 2020 ; 75-78.

43. Ferdinand YK, 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.
44. Mirhaidari SJ, Porter JA, Slezak FA. Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:1557-9.
45. Clautrier A. L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé. *Gynécologie et obstétrique*. 2013 : 18-20.
46. 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.
47. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard m-A.** *Traité des maladies de l'anus et du rectum*, Ed Masson, Paris, 2006 : 135.
48. **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.
49. Pigot F, Siproudhis L, Albert FA. Risks factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol. Clin Biol* 2005; 9: 237-45.
50. 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.
51. Holzheimer RG. Haemorrhoidectomy: Indications and Risks. *Eur J Med Res* 2004; 9(1):18-36.
52. Mac arthur, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br j obstet Gynaecol* 1991, 98: 193-204.

53. 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.

ANNEXES

ANNEXES

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 : < à 19 [] 19-25 [] 26-34 [] >à 35 []

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 2eme trimestre 3eme 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= \geq 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 déclenchants : La défécation b : La position assise c : La marche

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

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

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

Quantité : a : Trace b : Minime 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 précisé)

Q17 : Prurit anaux Oui Non

Q18 : Suintements anaux Oui Non

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

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

Durée du prolapsus : a : Moins de 24h b : 1 à 2 jours c : 2 jours à 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 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 sellea : Liquidienne b : Glaireuse c : Glaire-sanglante d : Sanglante

Fréquences des sellesa : 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/.../ Non/.../
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

-Crases 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

1 : Examen généralEtat 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 : 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).....

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 le prolapsus : a : Constipation b : Diarrhée c : Sédentarité d : Grossesse d : Accouchement

Facteurs aggravant le 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 précisé

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 : Pique 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 : Après 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 le prolapsus : a : Constipation [] b : Diarrhée [] c : Sédentarité [] d : Grossesse [] e : Accouchement []

Facteurs aggravants du prolapsus : a : Position assise [] b : Défécation [] c : Position debout [] d : 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

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 : DOUMBIA

PRENOM : FANTA

TITRE DE LA THESE : Pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique et Chirurgie Générale

PAYS : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE DE SOUTENANCE : 2021

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

Adresse e-mail : coulibalyfantadoumbia@ 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. Les femmes souffrantes de cette affection ont fréquemment eu une ou plusieurs grossesses et rattachent souvent chronologiquement le début de leur pathologie à ces épisodes de leur vie.

But : Etudier les pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude longitudinale et analytique mono centrique avec enquête prospective des données allant du 1er janvier au 30 septembre 2020.

Résultats : Au cours de cette période nous avons recensé 150 gestantes. Parmi ces gestantes, 36 soit 24% ont développé une maladie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire (6,67%), fissure anales (10%), les incontinences anales (5,33%), les pathologies multiples (2%). La maladie hémorroïdaire et la fissure anale (FA) sont deux sources de douleurs

anales fréquentes chez la femme enceinte et dans le postpartum. Elles restent toutefois négligées en l'absence de complications.

Les facteurs incriminés étaient dominés par indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m², une constipation chronique, un poids du nouveau-né > 3500 , 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 les mesures hygiéno-diététiques la régulation du transit intestinale, des topiques locaux, les antalgiques, et ceux qui améliore la circulation sanguine (Veinotoniques). Les interventions chirurgicales sont à éviter et indiquées en cas d'échec du traitement conservateur.

Conclusion : les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et dans la période du post-partum.

La survenue de ces pathologies anales est liée à l'existence des nombreux facteurs de risques chez la femme enceinte.

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

Mots-clés : Pathologies anales-Grossesses-accouchement-Femme enceinte-Post-partum-CS Réf CIV

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