

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



U.S.T.T.B

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 - 2021

THEME

Thèse N° :/.....

**Pathologies anales au cours de la grossesse
et du post partum au Centre de Santé de
Référence de la Commune V du district de
Bamako**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/12 / 2021 DEVANT LA
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE.

M. Adama DOUMBIA

POUR OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : **Pr. Adégné TOGO**

Membre : **Dr. Amadou BOCOUM**

Co-directeur : **Dr. Soumana Oumar TRAORE**

Directeur : **Pr. Youssef TRAORE**

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Je rends grâce :

A Allah

Bissimilahi Rahmani Rahime

Au nom d'Allah le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux.

« Gloire à vous ! Nous n'avons de savoir que ce que vous nous avons donné. Certes c'est vous l'omniscient, le sage ».

Louange et Gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant. Que votre volonté soit faite.

Amen!

A notre prophète Mohamed(SAW):

Salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier. Le Messager d'ALLAH est un excellent modèle à suivre. Amen !

Je dédie ce modeste travail à :

Mon père Drissa DOUMBIA

Ce travail est le fruit de ton effort. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que ta volonté de nous voir réussir. Grâce à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Père puisse le Tout Puissant, le Créateur, l'Omniscient t'accorde la santé et la longévité. Amen !

Ma mère Karia KEITA aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers toi. Ce travail est surtout le tien. Tu as partagé avec moi l'angoisse des examens, le stress des résultats et la joie des réussites. Je n'oserai jamais imaginer de plus beaux jours et de plus beau cadeau dans ce monde que ta présence parmi nous à ce début de «cueillette de l'arbre que tu as planté». Que Dieu t'accorde une longue vie «pour goûter aux fruits de l'arbre que tu as planté». Amen !

Ma fiancée (Fatoumata SAMAKE) :

Mon amour pour toi est comme un océan, ton soutien m'a permis d'avoir la foi et l'esprit sage dans l'élaboration de ce travail. Prends ce travail comme le tien.

Que Dieu bénisse notre union le plus longtemps possible.

Remerciements

Mes frères et sœurs : Lamine Doumbia, Namory Doumbia, Sidiki Doumbia, Salimata Doumbia, Fatoumata D Doumbia, Ramatou Doumbia et Nana 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 tontons et tantes : Yamadou Doumbia, Namory Doumbia, Fanta Kanté, Oumou Koné, Habibatou dite Penda Tall, Faly Magassouba, Nanténin Magassouba, Niobou Doumbia et tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici.

Merci infiniment pour vos soutiens constants, vos amabilités. Soyez rassurée de mon profond amour.

Feu Lassine Keita : Que Dieu vous accueille dans son paradis Alfirdaouss.

Mes cousins et cousines : Dr Mahamadou Y Doumbia, Mamoutou Doumbia, Aiché Doumbia, Daouda Keita, Sékou Keita, Rokiatou Keita,...

Votre Compréhension, votre disponibilité, votre attention, soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

Mes amis à la faculté (groupe d'exposé) : Daouda Goita, Ousmane Diané, Ramata Y Traoré, Cheicknè Hamala Tembély, Aminatou Fofana, Boubacar Abou Diallo, merci pour vos soutiens et les moments passés ensembles.

La 11^{ème} promotion du numerus clausus : pour tout le temps passé ensemble.

A mes aînés encadreurs du CS Réf CV : Dr Patouma Koné, Dr Talibé Haidara, Dr Sékou Diakité, Dr Fatoumata B Sylla, Dr Oumar Dembélé et tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici.

Merci pour les conseils et les bons moments passés ensembles.

A mon équipe de garde : Roméo Hounnade, Wambé Diarra, Francis Dembélé, Maimouna Camara, Amakéné Yebeize, Bourama Dembélé Mamadou Timbo et équipe, Ousmane Sissoko et équipe, Drissa Dramé et équipe et Issa Coulibaly et équipe

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

A nos maîtres de la Gynécologie Obstétrique du CS Réf CV.

Dr Oumar M Traoré, Dr Soumana O Traoré, Dr Fa Issif Kouyaté, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Saleck Dombia

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

A tous les personnels du service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V 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 tous mes enseignants depuis le primaire:

Sans vous je ne serai pas là aujourd'hui. Merci

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DE JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur Adégné TOGO

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en oncologie digestive**
- **Proctologue**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHLMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Honorable maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Permettez Monsieur le Président de souligner votre gentillesse, votre enthousiasme, votre sympathie, votre simplicité et votre amour du travail bien fait. Vos qualités d'homme scientifique, de formateur et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré. Permettez-nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorder une bonne santé et une longue vie afin qu'on continue de profiter de vous.

A notre Maitre et Membre du jury

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maître assistant en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en 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 de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SO. MA.GO)**

Cher maitre, vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée à l'élaboration de ce travail. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de mon profond respect et ma grande considération. Que Dieu vous donne une longue vie.

A notre Maître et Co-directeur

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- **Gynécologue – Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- **Maitre-assistant à la FMOS ;**
- **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leaders d’Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher maître les mots me manque pour vous signifier tout ce que nous ressentons pour vous.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont séduit. C’est l’occasion pour nous de vous dire merci.

Cher maître, pour tout ce que nous avons appris auprès de vous. Soyez assuré cher maître de notre gratitude et de notre profond respect.

Que Dieu vous donne une meilleure santé et une longue vie.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SO. MA. GO)**
- **Modérateur nationale et expert sur la PTME au Mali**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et Epidémiologique » de Bordeaux II**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHL.MA)**
- **Enseignant chercheur**

Cher Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail.

Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail.

Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude.

Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés afin que nous profitons de vous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

Al : Alliés

Ant : Antérieur

ATCD : Antécédent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CS Réf CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

FA : Fissure Anale

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

g : gramme

H : Heure

IA : Incontinence Anale

IC : Intervalle de Confiance

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

Kcal : Kilocalories

LGV : Lymphogranulome Vénérien

MH : Maladie Hémorroïdaire

MHE : Maladie Hémorroïdaire Externe

MHI : Maladie Hémorroïdaire Interne

Min : Minute

ml : millilitre

mm : millimètre

OR : Odds Ratio

P : Probabilité

Post : Postérieur

S2 : 2^{ème} vertèbre sacrée

S4 : 4^{ème} vertèbre sacrée

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

TAR : Toucher Ano-Rectal

THE : Thrombose Hémorroïdaire Externe

TR : Toucher Rectal

VIH : Virus de l'Immunodéficience Acquise

% : Pourcentage

< : Inferieur

> : Supérieur

Liste des tableaux

Tableau I : Classification de l'incontinence anale.....	37
Tableau II : Fréquence des différentes pathologies anales en fonction de la période gravido-puerpérale.	46
Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge en années	47
Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux	48
Tableau V: Répartition des patientes selon les habitudes alimentaires	49
Tableau VI: Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle.....	49
Tableau VII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels.....	50
Tableau VIII: Répartition des patientes selon les données de l'examen proctologique.....	51
Tableau IX: Répartition des patientes selon la pathologie anale retrouvée	52
Tableau X: Répartition des patientes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.	53
Tableau XI: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de la maladie hémorroïdaire.....	54
Tableau XII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de la fissure anale.	55
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de l'incontinence anale.....	56

Liste des figures

Figure 1: Les segments du côlon [10].....	7
Figure 2 : Configuration externe du côlon [10]	8
Figure 3: configuration externe du canal anal [13].....	11
Figure 4 : configuration interne du canal anal [13].....	12
Figure 5: Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [21]. ...	21
Figure 6 : Fissure anale antérieure [5].....	28

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
II. GENERALITES	5
III. METHODOLOGIE.....	41
IV. RESULTATS	46
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	62
VII. REFERENCES	64
VIII. ANNEXES	72
FICHE SIGNALETIQUE	72
SERMENT D’HIPPOCRATE	87

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La grossesse est une période au cours de laquelle l'organisme maternel subit de multiples modifications. Celles-ci sont liées à l'effet des hormones dont la quantité est parfois multipliée par dix voire cent. Cette imprégnation agit sur l'organisme maternel notamment les vaisseaux, l'appareil digestif, l'appareil urinaire etc.

La compression du côlon par l'utérus gravide, l'imprégnation hormonale ralentissant le péristaltisme intestinal, les contractions exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal font de la grossesse, l'accouchement et le post partum des facteurs de risque de pathologies proctologiques [1].

Plusieurs études ont été menées sur les affections proctologiques chez la femme enceinte. Celles-ci mettent l'accent sur la pathologie hémorroïdaire, la fissure anale et la fistule anale.

Les pathologies endocanaliaires (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) sont fréquentes chez les parturientes puisque 1/3 d'entre elles en souffrent [2]. L'étude menée par Poskus T. et al [3] en 2014 ont rapporté une incidence de 40,7% de maladie hémorroïdaire, 2,5% de maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale et 0,71% de fissure anale chez les femmes enceintes.

Ferdinande K. et al [4] en 2018 ont rapporté dans leur étude que 68% des femmes enceintes suivies ont développé des symptômes anaux.

Abramowits L. [5] en France, a rapporté une incidence de 1,2% pour la fissure anale et 7,9% pour la thrombose hémorroïdaire externe pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse. Une incidence de 15,2% pour la fissure anale et 20% pour la thrombose hémorroïdaire externe dans le post-partum.

Roman H. et al. [6] en 2004 au Sud de la réunion, ont rapporté une incidence 8,8% de l'incontinence anale dans le post-partum au 4^{ème} jour et 3,3% à la 6^{ème} semaine.

Ollende C. [7] au Maroc en 2010, a rapporté une incidence de 19% de maladie hémorroïdaire dans les 24 heures suivant l'accouchement.

Les mesures hygiéno-diététiques, les laxatifs, les antalgiques, les corticoïdes et les topiques locaux sont les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum [5,7].

Au Mali, Dicko M L [8] en 2006 a retrouvé une fréquence moyenne annuelle de 21,4% de pathologie hémorroïdaire sur une période de 7 ans dans la population générale.

Peu d'études se sont intéressées à cette question au Mali, c'est ainsi que nous avons initié ce travail avec les objectifs suivants :

Objectifs

1. Objectif général :

- Etudier les pathologies anales au cours de la grossesse et du postpartum au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- Identifier les facteurs de risque des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- Décrire les aspects cliniques des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- Décrire la prise en charge des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le postpartum.

GENERALITES

II. GENERALITES

2.1 Définitions

La grossesse est définie selon le Larousse médical comme étant l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

Le post-partum est la période s'étendant de l'accouchement au retour des couches, une durée d'environ six semaines selon le Larousse médical.

La proctologie est selon le Larousse médical la branche de la gastroentérologie spécialisée dans les pathologies du rectum et de l'anus.

2.2 Rappels

2.2.1 L'utérus gravide

L'utérus est un muscle présentant une cavité virtuelle. L'utérus non gravide pèse 50 g environ et mesure 7 cm ; il est constitué du col de l'utérus, de l'isthme, zone de transition quasi-virtuelle, et du corps de l'utérus dont la cavité utérine n'excède pas 4 ml.

A terme, l'utérus gravide, seul, pèse en moyenne 1000 g et a une capacité de 4-5 litres pour une grossesse monofoetale.

L'utérus est l'organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe-moteur dont la force des contractions utérines intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement [9].

2.2.2 Anatomie du côlon

Définition : Le côlon est la partie du gros intestin compris entre la valvule iléocaecale et la jonction recto-sigmoïdienne.

Il est disposé en six segments et deux angles. Ses segments diffèrent par leur situation, configuration, fixités, rapports et leurs vascularisations.

➤ **Les segments du côlon :**

- Le caecum
- Le côlon ascendant
- Le côlon transverse
- Le côlon descendant
- Le côlon iliaque
- Le côlon sigmoïde ou pelvien

➤ **Les angles :**

- L'angle colique droit
- L'angle colique gauche

Le côlon droit est vascularisé par l'artère mésentérique supérieure et comprend : le caecum et l'appendice, le côlon ascendant, l'angle colique droit et les 2/3 droits du côlon transverse.

Le côlon gauche est vascularisé par l'artère mésentérique inférieure et comprend:

le 1/3 gauche du côlon transverse, l'angle colique gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde ou pelvien.

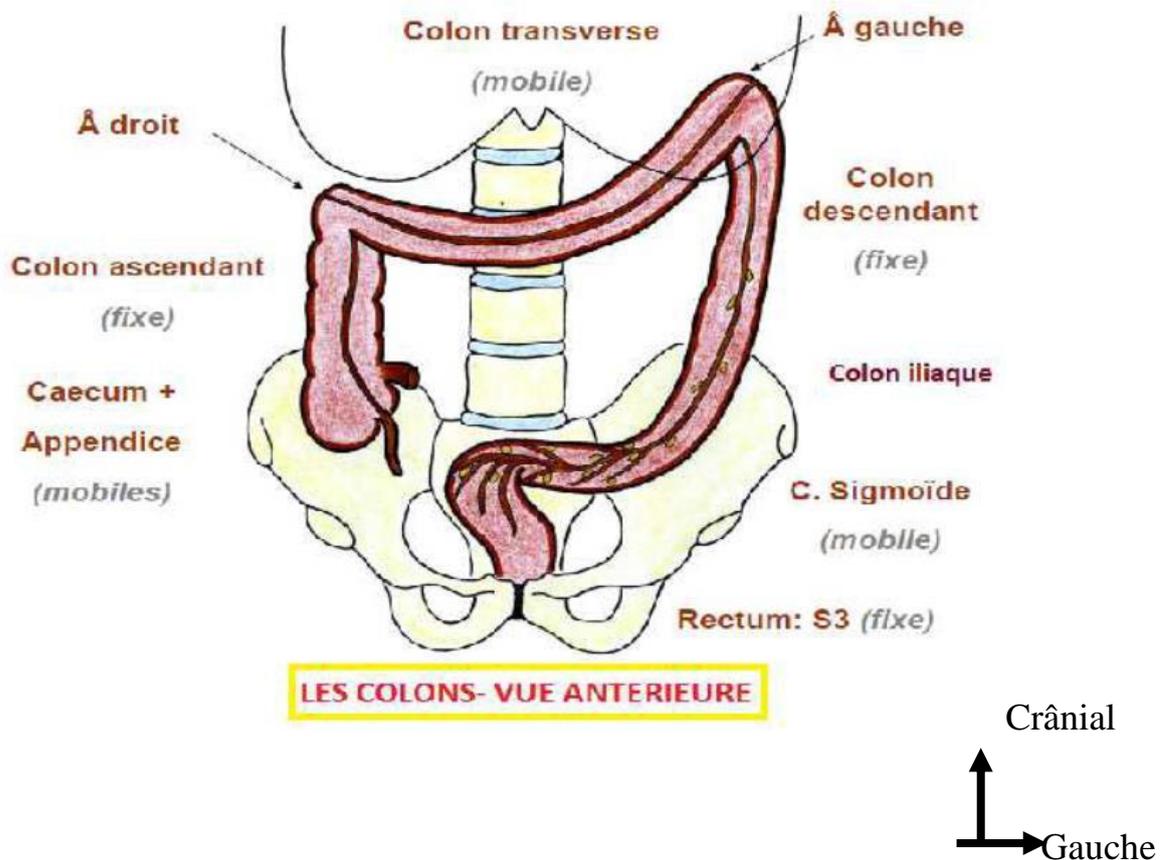


Figure 1: Les segments du côlon [10]

2.2.2.1 Configuration externe :

Le côlon se différencie du grêle par :

- Son diamètre plus important
- La présence de certains reliefs :
 - Les bandelettes longitudinales : appelées « ténias », au nombre de trois sauf au niveau du côlon ilio-pelvien où elles sont au nombre de deux.
 - Les bosselures ou haustrations coliques : séparées par des sillons transversaux
 - Les appendices épiploïques : petites formations graisseuses implantées le long des bandelettes longitudinales.

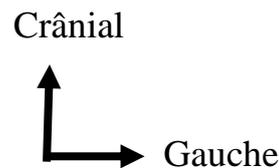
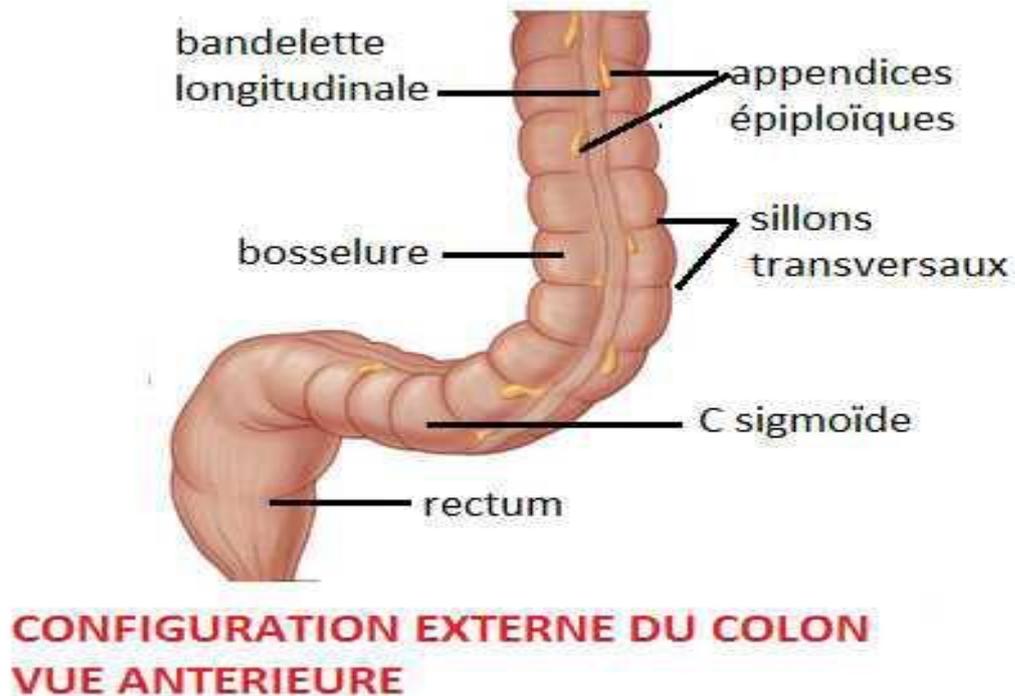


Figure 2 : Configuration externe du côlon [10]

2.2.2.2 Configuration interne :

La colonoscopie permet de visualiser la muqueuse colique dont les reliefs correspondent aux reliefs de la face externe du côlon :

- Des saillies longitudinales (correspondant aux bandelettes)
- Des replis séparant des dépressions latérales (correspondant aux sillons séparant les bosselures externes).

2.2.2.3 Structure :

La paroi colique est constituée par quatre tuniques :

- **La séreuse** : constituée par le péritoine viscéral, présente une disposition propre à chaque segment.
- **La musculuse** : formée de deux couches, superficielle avec des fibres longitudinales et profondes avec des fibres circulaires.

➤ **La sous-muqueuse**

➤ **La muqueuse** : dépourvue de plis circulaires et de villosités.

2.2.2.4 Rapports avec les organes :

➤ **Le caeco-appendice :**

• **En avant** : la paroi abdominale antérieure

• **En arrière** : par l'intermédiaire du péritoine pariétal, le caecum est en rapport avec le muscle psoas, sur lequel descendent le nerf crural et le nerf fémoro-cutané.

• **En dedans** : les anses iléales, les vaisseaux iliaques et l'uretère droit.

• **En dehors** : la fosse iliaque et la paroi abdominale latérale.

➤ **Le côlon droit :**

• **En avant** : le côlon ascendant répond à la paroi abdominale antérieure ; l'angle droit et le transverse répondent au foie, la vésicule biliaire, et plus à distance à la paroi costale.

• **En dedans** : le côlon ascendant est en rapport avec les vaisseaux gonadiques et l'uretère droit. L'angle colique droit répond au 2^{ème} duodénum.

• **En dehors** : le côlon ascendant est en rapport avec la paroi abdominale latérale, l'angle colique droit avec le diaphragme.

• **En bas** : le côlon transverse répond aux anses grêles.

➤ **Le côlon gauche :**

• **En arrière** : l'angle colique gauche répond au rein gauche et à la queue du pancréas ; le côlon descendant répond à la fosse lombaire ; le côlon iliaque au muscle psoas et la fosse iliaque ; le côlon iliaque répond aux vaisseaux iliaques externes.

• **En avant** : l'angle colique gauche est en rapport avec la grande courbure de l'estomac ; le côlon descendant et le côlon iliaque répondent aux anses intestinales ; le côlon pelvien en rapport avec la vessie et l'utérus.

•**En dedans** : le côlon ascendant et le côlon iliaque répondent aux vaisseaux gonadiques et l'uretère gauche.

•**En dehors** : l'angle colique gauche répond à la rate et au diaphragme et le côlon descendant et iliaque à la paroi latérale de l'abdomen [10].

2.3. Anatomie descriptive du canal anal :

2.3.1 Configuration externe :

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 péri-anales du fessier jusqu'à la paroi rectale [11]. Il traverse l'épaisseur du périnée postérieur pour répondre dans sa partie inférieure au sphincter externe. Ses rapports sont :

➤**Latéralement** : les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;

Le muscle élévateur de l'anus ; Le centre tendineux du périnée.

➤**En avant** : Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo urétrales et le bulbe du pénis ; Chez la femme, la paroi postérieure du vagin [12].

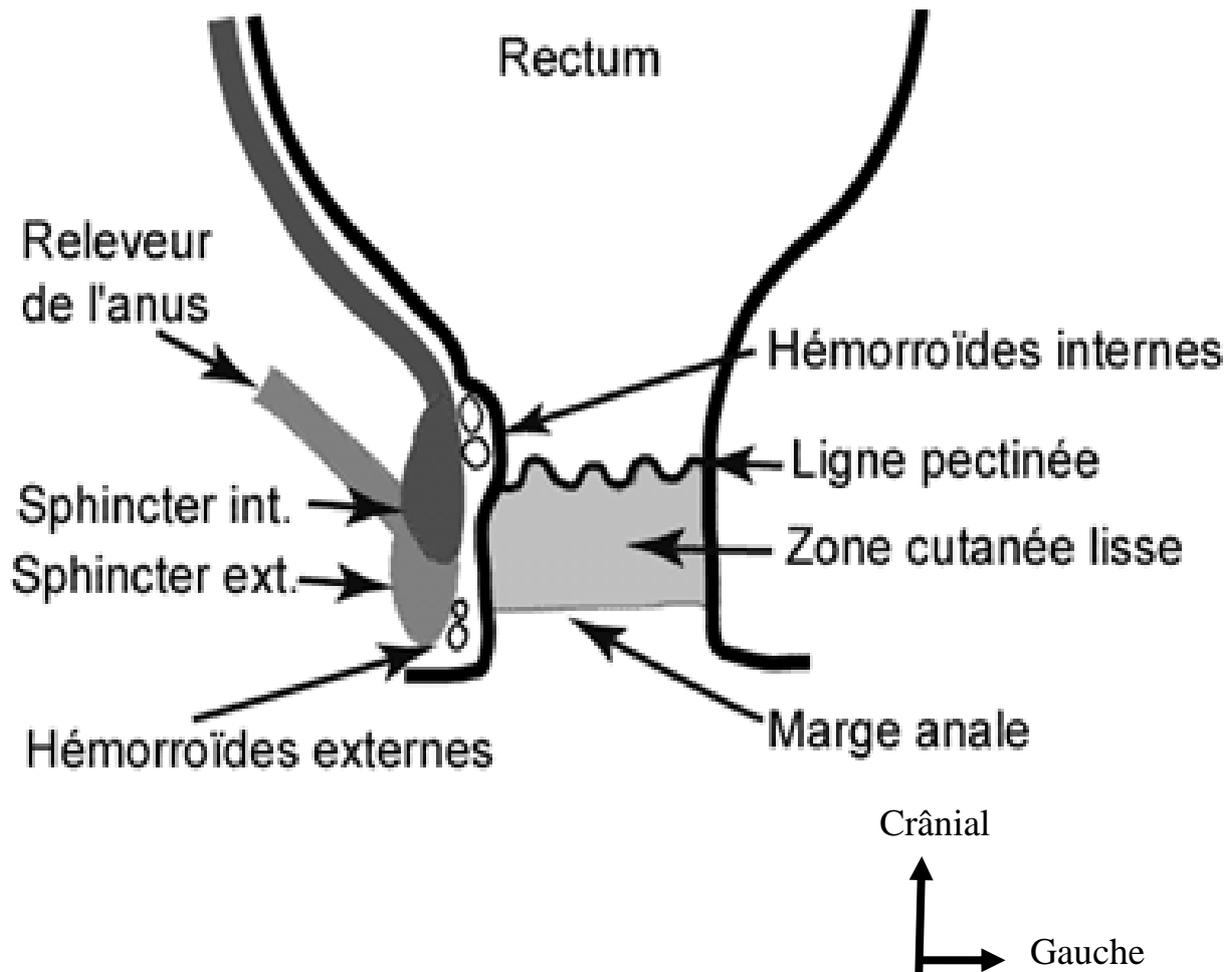


Figure 3: configuration externe du canal anal [13].

2.3.2 Configuration interne :

Le canal anal comporte deux zones : la zone sus pectinéale qui est rouge sombre et occupée par les colonnes de MORGAGNI et la zone sous pectinéale qui est grise, bleutée et contient le pecten, les glandes de la marge anale et la peau. Les colonnes anales de MORGANI sont constituées par des replis semi-circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales.

Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm et épaisses de 1 à 2 mm, reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose. 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 [11].

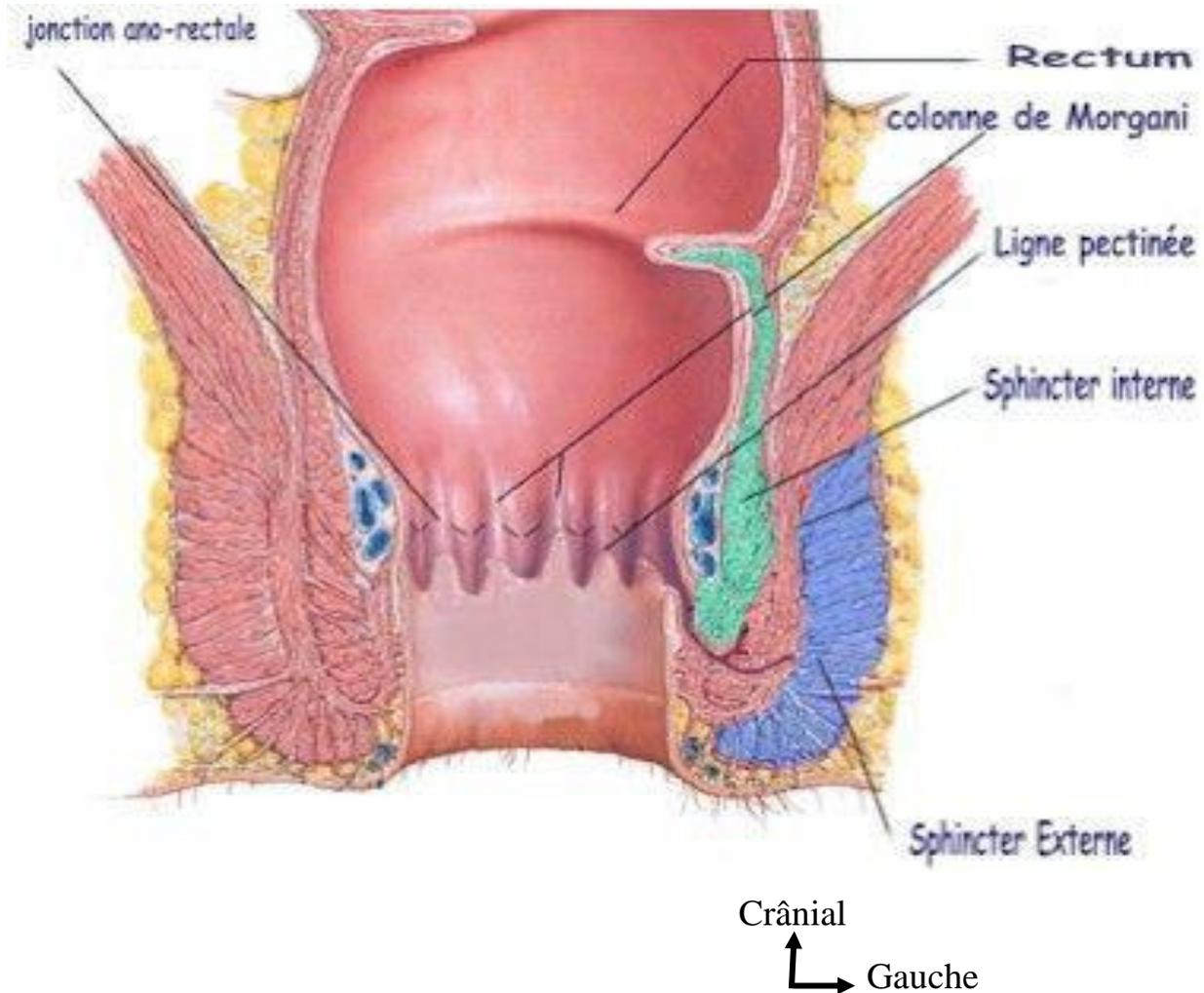


Figure 4 : configuration interne du canal anal [13].

2.3.3 Les sphincters du canal anal :

➤ **Sphincter anal externe** : Le sphincter anal externe un muscle strié constitué de trois couches concentriques formant un anneau de 7 à 10 mm d'épaisseur sur 25 à 30 mm de hauteur.

Il comprend trois portions (profonde, superficielle et sous-cutanée) disposées séquentiellement le long du canal anal de haut en bas.

Le faisceau profond est un muscle épais en anneau qui encercle la partie supérieure du canal anal et se mélange avec des fibres du muscle élévateur (ou

releveur) de l'anus. Il participe pour partie au tonus de fermeture du canal anal, et représente l'effecteur principal de la continence dite urgente ou volontaire.

Le faisceau superficiel entoure aussi le canal anal, mais est amarré en avant au niveau du noyau fibreux central (centre tendineux du périnée) et en arrière sur le coccyx, en entrant dans la constitution du ligament anococcygien. La partie sous cutanée est un disque aplati horizontalement qui entoure l'orifice anal juste sous la peau. Le sphincter anal externe est innervé par des rameaux rectaux inférieurs du nerf pudendal et par des rameaux directement issus des divisions antérieures de S4.

➤ **Muscles releveurs de l'anus** : Le diaphragme pelvien est la partie musculaire du plancher pelvien. En forme d'entonnoir et attaché vers le haut aux parois du pelvis, il est composé des muscles élévateurs de l'anus (ou releveurs) et coccygiens. Les muscles élévateurs de l'anus ont leur origine de chaque côté sur la paroi pelvienne, se dirigent médialement et vers le bas, et se rejoignent sur la ligne médiane. Sur la ligne médiane, les muscles s'entremêlent en arrière du vagin chez la femme, et autour de l'ouverture pour le canal anal dans les deux sexes.

Les muscles élévateurs sont divisés en trois faisceaux :

• **Le faisceau pubococcygien** naît du corps du pubis, se dirige en arrière pour s'attacher sur la ligne médiane en arrière jusqu'au coccyx ;

• **Le faisceau puborectal** naît, en association avec le muscle pubococcygien, du pubis et se dirige vers le bas de chaque côté pour former une sangle autour de la partie terminale du rectum.

Cette sangle musculaire maintient, au niveau de la jonction anorectale, l'angle anorectal qui a un rôle essentiel de renforcement du sphincter externe ;

• **L'ilio-coccygien** naît du fascia qui recouvre le muscle obturateur interne et rejoint le même muscle du côté opposé sur la ligne médiane pour former un raphé. Ainsi, les muscles élévateurs de l'anus aident à soutenir les viscères pelviens et à maintenir fermé le rectum, et le vagin chez la femme.

Ils sont directement innervés par des divisions des rameaux ventraux de S4 et par des divisions du nerf pudendal (S2 à S4).

➤ **Sphincter anal interne** : Le sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale lisse, et en contraction tonique, permanente et involontaire [14].

2.4. Anatomie fonctionnelle du canal anal :

La contraction continue des muscles annaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est

surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé.

A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal.

La physiologie anorectale est dominée par les phénomènes de défécation et de continence qui ne peuvent s'exercer que s'il existe une parfaite intégrité des éléments anatomiques de la région : rectum, faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus, sphincter interne, sphincter externe, muqueuse anale [8].

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 [11]. Les sphincters sont alimentés par des vaisseaux sanguins et des nerfs. Les hémorroïdes sont des formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu [15]. C'est l'apparition des manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie ».

Les hémorroïdes internes sont situées au-dessus de la ligne pectinée et réparties en 3 paquets correspondant à la division des branches artérielles hémorroïdales supérieures : 3H (latéral gauche), 8H (postérieur droit), 11H (antérieur droit en position gynécologique).

L'apport artériel des hémorroïdes internes est essentiellement issu des artères hémorroïdales supérieures, branches de l'artère mésentérique inférieure. Les veines hémorroïdales supérieures se drainent dans la veine porte, une faible partie se draine vers la veine cave par les veines iliaques internes. Les hémorroïdes internes sont amarrées à la muqueuse par des fibres musculo-conjonctives qui les fixent à la face interne du sphincter interne et forment au niveau de la ligne pectinée un ligament suspenseur dit ligament de Parks. Ces hémorroïdes ont pour rôle physiologique la continence fine (contrôle des gaz) et l'occlusion du canal anal (15% du tonus de repos du canal anal).

La détérioration des systèmes de fixation peut aboutir à une maladie hémorroïdaire symptomatique caractérisée en histologie par une stase veineuse, des dilatations veineuses, une mobilisation vers le bas des coussinets et une altération de l'épithélium de surface engendrant des saignements qui sont d'origine artériolaire.

Ce type d'hémorroïdes n'a pas de cellules nerveuses. C'est pourquoi les hémorroïdes internes ne provoquent pas de douleur [16].

Les hémorroïdes externes résultent d'une affection veineuse inflammatoire. Elles se développent sous l'orifice rectal ou autour de l'anus. Elles sont situées sous la peau et vascularisées par l'artère honteuse interne. La présence de cellules nerveuses rend ces hémorroïdes très douloureuses [11].

3. Modifications physiologiques de l'appareil digestif au cours de la grossesse :

L'appétit augmente dès la fin du premier trimestre entraînant une augmentation des apports alimentaires de 200 kcals par jour.

L'œsophage est fortement exposé au pyrosis dès la fin du premier trimestre de la grossesse du fait du ralentissement du transit gastrique et de la diminution du tonus cardiaque. Il touche environ 80% des femmes enceintes.

Il y a une diminution de la sécrétion gastrique de 40 %, le pH gastrique augmente au premier et au deuxième trimestre.

La production du mucus protecteur est accrue. La mobilité et le tonus gastrique sont diminués et, sous l'effet de la progestérone, le temps de vidange est augmenté. L'intestin voit son temps de transit allongé. Ce ralentissement s'accompagne d'une résorption de la quantité d'eau dans le colon, ce qui favorise et accentue la constipation [17].

Le foie subit de multiples modifications, la rétention biliaire intrahépatique est fréquente et disparaît après l'accouchement. La vésicule participe à l'atonie de la musculature lisse intestinale et se vide lentement.

Physiopathologie de la constipation pendant la grossesse :

La constipation est définie comme l'insatisfaction lors de la défécation due :

- Soit à des selles peu fréquentes : inférieures à 3 selles par semaine
- Soit à une difficulté pour exonérer :
 - Efforts de poussée
 - Sensation de gêne au passage des selles
 - Sensation d'évacuation incomplète
 - Emission de selles dures
 - Temps d'exonération très prolongé
- Soit les deux.

Il existe très peu d'évidence sur les mécanismes physiopathologiques de la constipation au cours de la grossesse. Les expérimentations étant limitées par le caractère tératogène des méthodes d'exploration.

Les conclusions physio-pathogéniques découlent d'analyses cliniques, de quelques études humaines et surtout d'études expérimentales animales.

➤ **Rôle du mode de vie :**

- Diminution de la consommation d'eau, surtout au 1er trimestre.
- Diminution des apports en fibres alimentaires
- Diminution de l'activité physique, surtout au 1er trimestre [18].

➤ **Allongement du temps de transit oro-caecal [18].**

➤ **Rôle de facteurs hormonaux :**

La progestérone agit sur le muscle lisse colique :

- Elle inhibe l'amplitude des contractions au niveau de la couche circulaire du muscle lisse colique.
- Inhibe l'amplitude et la fréquence des contractions au niveau de la couche longitudinale du muscle lisse colique [18].

Le corps lutéal et le placenta sécrètent la « relaxine », polypeptide inhibant les contractions myométriales et du muscle lisse colique.

L'augmentation de la progestérone et de la somatostatine associée à une diminution de la motiline.

➤ La compression mécanique par un utérus gravide entraîne une difficulté d'exonération, surtout au 3e trimestre.

L'ensemble des facteurs sus-cités concourent au ralentissement du transit colique et à des selles déshydratées.

La constipation du post-partum semble être liée aux modifications des règles d'hygiène de vie ; aux lésions secondaires du sphincter anal notamment en cas de travail prolongé, d'utilisation du forceps, de gros poids de naissance [18].

4. Pathologies anales

4.1. La maladie hémorroïdaire

4.1.1 Définition

La maladie hémorroïdaire correspond à toute la symptomatologie attribuable à la transformation pathologique des formations vasculaires normales du canal anal,

qui jouent un rôle déterminant dans les mécanismes physiologiques de la continence fine [13].

4.1.2 Physiopathologie

La contraction continue des muscles annaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes.

Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué.

Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé.

A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal [8].

Dans le cas particulier de la grossesse et de l'accouchement, la physiopathologie est plurifactorielle :

- Augmentation du volume sanguin circulant
- Congestion vasculaire et relâchement du ligament suspenseur de Parks du fait de l'imprégnation hormonale.
- Diminution du retour veineux du fait de l'utérus gravide
- Constipation physiologique [1].
- 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. [19].

La maladie hémorroïdaire interne est classée en 4 stades (ou grades) selon la classification clinique de Goligher :

Grade I : Absence de prolapsus.

Grade II : Les hémorroïdes sont prolapsés à l'effort puis se réintègrent spontanément.

Grade III : Les hémorroïdes sont prolapsés à l'effort nécessitant une réduction manuelle.

Grade IV : Prolapsus permanent et irréductible.

4.1.3. Les facteurs favorisants :

- Grossesse
- Trouble du transit : constipation, diarrhée
- Augmentation de la pression intra abdominale : tumeur, ascite
- Alcool, épices,
- Certains sports (équitation, cyclisme) ou métiers
- Sédentarité
- Certains états pathologiques : hypertriglycéridémie, diabète
- **Terrain familial**

4.1.4. Les signes cliniques :

➤ **Signes fonctionnels :**

- Saignement : symptôme principal, typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation, d'abondance variable (saignement goutte à goutte éclaboussant la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage).

- Prolapsus ou procidence hémorroïdaire : Correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal.

Peut-être circulaire ou localisé et permet la classification de la maladie hémorroïdaire en quatre stades selon Goligher.

- Prurit anal
- Suintement glaireux et/ou pertes de mucus
- Pesanteur anale

•Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle

➤**Signes physiques :**

Examen proctologique : Inspection + Palpation + Toucher anorectal + Anuscopie.

Temps essentiel du diagnostic, en position genu-pectorale ou décubitus latéral gauche, rectum vide, bon éclairage.

Inspection : Réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule).

•**Palpation** : L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal. Recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité.

•**Toucher anorectal** : En décubitus dorsal, cuisses fléchies en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face postérieure et la partie haute du rectum, on appréciera le tonus et la contraction volontaire de l'appareil sphinctérien, la moitié inférieure du rectum (tumeur, ulcération), la prostate chez l'homme, le col utérin et le cul de sac de Douglas chez la femme. Le TAR authentifie le saignement et recherche une douleur localisée.

•**Anuscopie** : Appareil métallique ou jetable, permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires

➤**Signes généraux** : sont absents au début, présents en cas de complications ou de pathologies associées.

La maladie hémorroïdaire externe se manifeste par une thrombose hémorroïdaire externe très algique.

4.1.5. Les complications de la maladie hémorroïdaire interne :

Les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et une macrosomie fœtale accroîtraient le risque de complications hémorroïdaires [20].

➤ **Thrombose hémorroïdaire interne** : Rare, elle est responsable d'une vive douleur intra-canalair. Au toucher anorectal, on palpe un petit nodule dur et douloureux. L'anuscopie confirme le diagnostic.

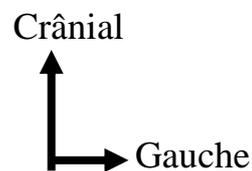


Figure 5: Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [21].

➤ **Prolapsus hémorroïdaire thrombosé** : thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne se sont pas réintégrés dans le canal anal. Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante. Peut-être circulaire ou localisé onde.

4.1.6. Le traitement en général :

➤ Le traitement médical :

• Traitements locaux :

Les traitements topiques sont disponibles sous forme de suppositoires, de crèmes ou de pommades. Ils contiennent des corticoïdes locaux, un anesthésique, un phlébotrope, un lubrifiant et/ou un protecteur mécanique.

Leur utilisation prolongée n'est pas conseillée du fait de l'absence de bénéfice à long terme et d'action préventive démontrée sur de nouvelles poussées [22].

Les traitements topiques sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire [23]. Il n'y a pas d'étude étayant clairement l'intérêt respectif des différents composants. Il semble cependant utile de prescrire des produits avec corticoïdes en cas d'œdème et d'inflammation (thrombose hémorroïdaire) et ceux avec anesthésique en cas de douleur.

• Traitement général :

L'apport de fibres alimentaires par l'alimentation ou par des laxatifs de type mucilage diminue de moitié le saignement et la récurrence des symptômes de la maladie hémorroïdaire avec un bénéfice qui persiste au minimum trois mois [24].

La régularisation du transit est recommandée en cas de symptômes liés à la maladie hémorroïdaire interne et externe, en curatif mais aussi en préventif. C'est la seule mesure préventive au long cours ayant une efficacité démontrée sur les symptômes hémorroïdaires [23]. La constipation étant le trouble du transit le plus fréquemment en cause, son traitement est une priorité sur le long terme. La prise en charge d'une diarrhée pour diminuer le nombre d'évacuations irritantes semble tout aussi importante.

L'utilisation des phlébotropes est basée sur le concept physiopathologique impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes. Ce sont la diosmine, la troxérutine, les dérivés du Ginkgo biloba, l'hydroxyl-éthylrutoside.

Deux métaanalyses récentes [25,26] montrent un bénéfice à l'utilisation des phlébotropes pour le prurit, les rectorragies et le suintement liés à la maladie hémorroïdaire. La diosmine à fortes doses dans sa forme micronisée abrège et atténue les symptômes aigus de la maladie hémorroïdaire interne et le risque de récurrence à moyen terme (6 mois) [25].

D'autres substances (troxérutine, dérivés du Ginkgo biloba, hydroxyl-éthylrutoside) ont été comparées à la diosmine sans différence significative d'efficacité sur les symptômes. S'il n'est pas rapporté d'effet secondaire notable, des cas de colites lymphocytaires ont été décrits [25,26].

Les phlébotropes sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire (excepté le prolapsus) à court terme.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens agissent sur la douleur et l'inflammation, les antalgiques périphériques et centraux (éventuellement associés aux AINS) peuvent être prescrits en cas de douleur insuffisamment contrôlée, les corticoïdes par voie orale en cas de thrombose externe œdémateuse avec contre-indication aux AINS (accord professionnel).

En cas de thrombose hémorroïdaire, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques.

En cas de pathologie hémorroïdaire interne, il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit, des topiques et des phlébotropes (accord professionnel) [23].

➤ **Le traitement instrumental :**

Regroupe l'ensemble des méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne responsable de rectorragie ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3 [27]. Les thromboses hémorroïdaires, externes et/ou internes, sont des contre-indications au traitement instrumental.

Le principe commun à ces traitements instrumentaux consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle dont les conséquences sont doubles : fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu de l'artère rectale supérieure.

Les moyens rapportés dans la littérature sont soit chimiques (injections sclérosantes), soit thermiques (photocoagulation infrarouge, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire, cryothérapie, thermosonde), soit mécaniques (ligature élastique). Cette dernière ajoute de fait une réduction du prolapsus muco-hémorroïdaire.

•**La photocoagulation infrarouge :**

Elle nécessite un photocoagulateur à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Deux à trois points de photocoagulation sont appliqués à la base de chacun des pédicules hémorroïdaires. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle. Le nombre de séance est de 2 à 4, l'intervalle admis entre deux séances est de 4 semaines. La photocoagulation infrarouge est recommandée en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grade 1 et 2 après échec du traitement médical [28].

•**Les ligatures élastiques :**

Elle nécessite un ligateur et un système à aspiration. Elle doit être réalisée à au moins un centimètre au-dessus de la ligne pectinée. Les tissus ligaturés conduisent à la formation d'une escarre dont la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. Le rythme entre deux ligatures successives est d'une séance toutes les 4 semaines, en se limitant à un total de 3 ou 4 séances.

Les résultats après une triple ligature en une seule séance [29] sont comparables à ceux de trois ligatures en trois séances successives [23].

Les ligatures élastiques sont recommandées en cas de rectorragies et de prolapsus hémorroïdaire modéré, ou limité à un seul paquet en cas d'hémorroïdes internes grades 2 et 3 [23].

En cas de rectorragies sans prolapsus, la ligature élastique ne doit être proposée qu'en seconde intention, après échec du traitement normalisant le transit intestinal dont l'efficacité à 3 mois est similaire [30] et probablement après échec de la photocoagulation infrarouge, aux résultats comparables avec moins d'effets secondaires et de complications [31,32].

Lorsque le prolapsus domine le tableau clinique, la ligature peut être d'emblée proposée en raison de sa supériorité démontrée, en particulier sur le long terme.

En l'absence de contre-indication, les ligatures élastiques peuvent être proposées avant la chirurgie mais elles sont moins efficaces sur le prolapsus de grade 3 circulaire et inefficaces sur le prolapsus de grade 4 [33].

•Les injections sclérosantes :

La technique nécessite une seringue à usage unique couplée à une allonge de 10 cm. L'injection est indolore et ne doit être ni trop superficielle (œdème blanchâtre), ni trop profonde (douleurs). Deux injections par séance sont conseillées, en des sites diamétralement opposés, dirigées vers la base des pédicules hémorroïdaires internes. Le rythme entre deux séances successives le plus souvent retenu est de 2 à 4 semaines, en se limitant à un total de 2 ou 4 séances. Elles sont indiquées en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grades 1 et 2 après échec du traitement médical [23].

•L'électrocoagulation bipolaire : ou diathermie bipolaire de contact utilise un appareil en forme de pistolet. Deux à six impulsions sont délivrées, entraînant une zone de coagulation souvent large.

L'ensemble des paquets hémorroïdaires peut être traité en une seule séance, qui peut être renouvelée 3 à 4 semaines après [34].

L'efficacité de l'électrocoagulation bipolaire sur les saignements est comparable à celle de la photocoagulation infrarouge mais moins bonne que celle des

ligatures élastiques [35,36] et au prix d'effets indésirables et de complications plus importants : gêne anale presque constante [34], douleurs modérées à intenses dans 10 à 28% des cas [34,35] et rectorragies nécessitant une hémostase chirurgicale dans 8% des cas [34]. L'utilisation de cette technique à une forte intensité doit donc rester prudente et la douleur être prévenue.

➤ **Le traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical et/ou instrumental. Il peut parfois être indiqué d'emblée.

Les trois principales méthodes sont : l'hémorroïdectomie pédiculaire, technique de référence, l'hémorroïdopexie circulaire ou technique de Longo et la ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) associée ou non à une mucopexie, alternative mini invasive.

• **L'hémorroïdectomie pédiculaire** : Elle consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéomuqueux entre les plaies opératoires. Il existe des variantes techniques selon le traitement des ponts, l'ajout d'une anoplastie muqueuse postérieure, le mode de traitement des plaies opératoires qui peuvent être fermées ou laissées ouvertes. L'hémorroïdectomie pédiculaire est possible quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire [23]. Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aiguë (poly thrombose hyperalgique et/ou nécrotique résistant au traitement médical), d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire grade4

• **La ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL)** : a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaire tout en évitant de gêner le retour veineux. On la distingue de la mucopexie ou recto anal repair qui fixe le plexus hémorroïdaire prolabé.

Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaire dans le canal

anal. En cas de DGHAL, 7 à 9 ligatures artérielles sont réalisées en moyenne (durée moyenne d'intervention de 20 à 30–mn). La DGHAL est recommandée en cas maladie hémorroïdaire interne grades 2 et 3 symptomatique.

La ligature artérielle seule est déconseillée en cas de grade 4. Le DGHAL associé à la mucopexie peut être proposé en alternative à l'hémorroïdopexie [23].

•**L'hémorroïdopexie agrafée (ou anopexie) circulaire** : Décrite par Antonio Longo, elle consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture muco muqueuse par agrafage circulaire.

L'hémorroïdopexie agrafée circulaire est une alternative à l'hémorroïdectomie pour la maladie hémorroïdaire interne symptomatique de grades 2 et 3. Deux essais randomisés comparant l'hémorroïdopexie à l'hémorroïdectomie effectuée en urgence en cas de thrombose hémorroïdaire interne montrent un léger avantage pour l'hémorroïdopexie en termes de douleur postopératoire, de récurrence et de satisfaction [23].

Du fait de son mode d'action, l'hémorroïdopexie n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.

4.1.7. Cas particuliers de la femme enceinte et allaitante :

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes permet l'utilisation des traitements locaux, du paracétamol, des laxatifs et des phlébotropes dans la pathologie hémorroïdaire chez la femme enceinte ou allaitante. Les AINS sont à éviter dès le début de la grossesse et sont formellement contre-indiqués à partir du début du 6^{ème} mois (24SA) et jusqu'à l'accouchement.

Ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement. En période de gestation et après l'accouchement, les corticoïdes par voie orale peuvent être utilisés en cure courte à toutes les périodes en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse. Si

un antalgique est nécessaire on privilégie le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse. La morphine ne doit être prescrite qu'en cure courte et pas plus de trois jours en période d'allaitement. Pendant l'allaitement, on utilise en première intention le paracétamol ou le tramadol pendant les 72 premières heures puis la codéine en cas de besoin. Ces données doivent impérativement être actualisées avant prescription en se référant au site du CRAT.

En cas de grossesse, les ligatures élastiques et les injections sclérosantes sont contre-indiquées [23].

La chirurgie des hémorroïdes pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat est à réserver aux complications sévères (thrombose hyperalgique et/ou nécrotique, anémie aiguë) et résistant au traitement médical qui reste le traitement de première intention (avis d'expert).

4.2. Fissure anale

4.2.1. Définition

La société nationale française de colo-proctologie définit la fissure anale comme étant une déchirure non cancéreuse (et sans aptitude à le devenir) de la peau qui recouvre la partie basse de l'anus



Figure 6 : Fissure anale antérieure [5].

4.2.2. Les facteurs de risque :

➤ La dyschésie, principal facteur de risque

- Un terme d'accouchement tardif
- Une durée d'expulsion prolongée [37]
- La primiparité
- L'épisiotomie
- L'extraction instrumentale par forceps [38]

4.2.3. Le diagnostic positif :

➤ L'interrogatoire :

Le symptôme essentiel est une douleur à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Elle va persister après ou reprendre à l'issue d'une accalmie transitoire (douleur en deux temps) pour une durée variable, quelques minutes ou quelques heures, avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante [39].

➤ L'inspection :

Après avoir délicatement écarté les plis de la marge anale, on découvre une plaie allongée et courte d'un à deux centimètres. Elle se situe généralement à la commissure postérieure, mais également parfois en avant notamment après un accouchement.

➤ Le toucher anorectal :

Souvent impossible à cause de la douleur et d'une contracture sphinctérienne. Il apprécie la tonicité sphinctérienne, l'état de la ligne des cryptes, l'existence de tuméfactions anales et rectales [40].

4.2.4. Diagnostic différentiel :

- Le cancer épidermoïde dans sa forme fissuraire (lésion avec des berges saillantes et un fond infiltré et dur), il s'agit d'une femme d'âge mur ou d'un homosexuel séropositif au VIH.
- La maladie de Crohn qui peut débuter par une fissure anale isolée.
- D'autres affections peuvent mimer une fissure mais se présentent plus souvent sous forme d'ulcérations que de fissure : l'herpès anal ; les

ulcérations par immunosuppression (chimiothérapie, hémopathie maligne ou SIDA) ; IST (LGV, syphilis).

4.2.5 Evolution :

L'évolution de la fissure anale est imprévisible, capricieuse, volontiers récidivante. Si elle ne cicatrise pas rapidement, son évolution est émaillée d'une alternance de poussées successives et de rémissions.

La déchirure subit alors des transformations dues aux phénomènes inflammatoires, scléreux et infectieux, qui vont modifier son aspect : ses bords s'épaississent, se décollent et s'infiltrent, notamment au pôle externe, pour former un capuchon cutané œdémateux qui perdure sous forme d'une marisque dit sentinelle.

Le fond se creuse pour reposer sur les fibres blanches du sphincter interne mis à nu. À l'extrémité proximale, la papille anale s'hypertrophie pour former un polype fibreux de taille variable [41].

La marisque sentinelle et la papille hypertrophique sont les « éléments satellites » de la fissure anale. [40].

La fissure peut être le point de départ d'une infection qui va se propager en souscutané et former une fistule superficielle perforant la marisque au pied de laquelle elle s'exteriorise.

La fissure anale chronique n'a pas de définition consensuelle mais on retient en général une période de 8 à 12 semaines d'évolution. Mais c'est surtout l'aspect de la fissure et l'apparition des annexes qui sont évocateurs, ainsi qu'un faible taux de cicatrisation spontanée (35%). Elle est moins douloureuse [41].

4.2.6 Le traitement :

➤ Traitement médical :

- Mesures hygiéno-diététiques
- Régulateurs de transit

- Suppositoires et pommades associant des anesthésiques locaux et de l'hydrocortisone afin de favoriser le glissement de la selle ;

- Antalgiques : paracétamol et AINS [41].

Le traitement médical soulage les symptômes en quelques jours à une à deux semaines et guérit généralement les lésions en plusieurs semaines [40].

Il n'y a pas de bénéfice à prolonger le traitement au-delà de quarante jours [42].

- Certains médicaments permettent de lutter contre le spasme du sphincter anal interne : les dérivés nitrés et les inhibiteurs calciques en application locale répétée et l'injection unique dans le sphincter anal de toxine botulique en très faible quantité provoquant une paralysie musculaire incomplète qui récupère lentement en quelques mois [40].

Les dérivés nitrés induisent une relaxation du sphincter interne afin d'améliorer la perfusion sanguine ano-dermique [43].

➤**Traitement instrumental :**

Le traitement instrumental par injection sous fissuraire de kinine urée à 5% après anesthésie sphinctérienne est peu pratiqué et générateur dans les fissures vieilles d'infection sous fissuraire. [41].

➤**Le traitement chirurgical :**

Peut être proposé en cas de fissure chronique ou compliquée ou lorsque la douleur persiste de façon importante ou répétée malgré un traitement médicamenteux [40].

- La sphinctérotomie latérale interne** : ou léiomyotomie latérale est la méthode la plus étudiée à travers le monde. Elle est considérée comme la technique de référence dans la littérature internationale. L'objectif est d'agir exclusivement sur l'hypertonie par une section du sphincter interne, la fissure cicatrisant secondairement sans autre geste complémentaire [44]. Cette sphinctérotomie est réalisée à distance de la fissure et la douleur est améliorée en une semaine. Le principal effet secondaire est la survenue de troubles de la continence [40].

•**La fissurectomie** : a pour objectif de retirer le tissu fissuraire et ses « éléments satellites ». Elle peut être isolée ou combinée à une sphinctérotomie ou une anoplastie (recouvrement partiel de la plaie par de la peau ou une petite partie du revêtement du rectum) ou les deux.

La fissurectomie seule fait moins bien que la sphinctérotomie latérale interne pour le contrôle de la douleur [45,46]. Elle ne supprime pas complètement le risque d'incontinence de novo [47].

La dilatation anale est abandonnée [40].

4.3. L'incontinence anale

4.3.1. Définition :

L'incontinence anale est définie par la société française de gastro-entérologie comme étant l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus.

On parlera d'incontinence fécale en cas de pertes de selles.

4.3.2. Physiopathologie

Deux mécanismes prédominent dans la survenue de l'incontinence anale du post partum : les ruptures des sphincters de l'anus et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo rectale) [5].

➤ Lésions musculaires :

Trois muscles permettent d'avoir une continence normale : La sangle pubo rectale qui est un muscle strié et forme l'angle ano-rectal de 90° lorsqu'il est contracté en dehors de la défécation. Elle n'est qu'exceptionnellement lésée après un accouchement, sauf en cas d'épisiotomie trop profonde. Les deux autres sont les sphincters interne et externe. Les déchirures du périnée stade 3 et 4, qui par définition touchent le sphincter externe, sont pourvoyeuses d'incontinence anale malgré la réparation périnéale effectuée par l'obstétricien immédiatement après l'accouchement [48].

L'incontinence anale est alors proportionnelle à l'importance de la déchirure périnéale [49]. La qualité de la réparation est bien sûr essentielle, dans un

contexte difficile car cette chirurgie est réalisée en urgence sur un tissu dilacéré, œdématisé et hémorragique. Il faut aussi signaler la méconnaissance possible de ruptures sphinctériennes profondes.

Ainsi, il y a 20 ans l'équipe du St Marks Hospital [50], en réalisant une échographie endo-anale avant et après l'accouchement, avait montré que les sphincters de l'anus pouvaient être rompus, même si l'obstétricien n'avait pas mis en évidence de déchirure du périnée.

Plus récemment, des parturientes ont systématiquement été examinées par leur sage-femme et leur obstétricien après l'accouchement puis une deuxième fois par un obstétricien senior en salle de travail. Les sages-femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de déchirure sphinctérienne dans 87% des cas (26/30) et les obstétriciens dans 28% des cas (8/29) [51]. Le sphincter externe est plus souvent touché que l'interne, il est alors lésé dans le quadrant antéro droit dans 75% des cas [52]. Chez ces femmes jeunes, 25 à 50% [51] des ruptures sphinctériennes diagnostiquées lors d'une échographie endoanale après l'accouchement sont associées à une incontinence anale du post-partum. La majorité des patientes qui ont ainsi cette rupture sphinctérienne ne souffrent pas immédiatement d'incontinence anale mais ont fragilisé leur capital périnéal.

➤ **Lésions neurologiques :**

Le nerf pudendal est sensitivo-moteur, bilatéral et issu des racines sacrées S2, S3 et S4. Snooks et al [53] ont montré en 1984 qu'il peut être étiré durant les efforts de poussées de la parturiente. En effet, les femmes accouchant par voie vaginale avaient un temps de latence allongé du nerf significativement plus important que celles qui accouchaient par césarienne ou qu'une population contrôle n'ayant pas accouché. Les résultats étaient identiques dans le groupe contrôle et les césarisées. Ces lésions du nerf pudendal étaient prédominantes à gauche et associées à une baisse de la contraction volontaire. Deux mois après l'accouchement, il n'existait plus de différence du temps de latence du nerf pudendal entre les patientes qui avaient accouché par voie vaginale et la

population témoin ou les césarisées. Par contre 5 ans après leur accouchement, ce temps de latence était de nouveau significativement plus élevé par rapport à une population contrôle de nullipares. Cette lésion du nerf pudendal était de nouveau associée à une baisse de la contraction volontaire [54].

Autres mécanismes :

Une nouvelle approche avec une échographie 3D endo-vaginale et transpérinéale a permis de montrer que le volume du canal anal s'accroît de 20% et sa longueur s'allonge de 3 mm entre le début et la fin de la grossesse. Trois mois après l'accouchement, ces modifications disparaissent. Les auteurs attribuent ces augmentations à des modifications de la muqueuse anale qui a pu être évaluée grâce à l'abord endo-vaginal. Or, cet accroissement était moins important chez les femmes qui développent une incontinence anale après l'accouchement. Ces auteurs pointent également le rôle potentiel d'une évolution de l'angle ano-rectal par les modifications physiologiques survenant sur la sangle pubo-rectale durant la grossesse [55].

4.3.3 Facteurs de risque :

➤ Facteurs liés aux lésions du nerf pudendal :

- L'utilisation de forceps est sans doute le principal pourvoyeur de lésion de ce nerf
- Le premier accouchement semble également être le plus traumatisant [53].
- L'accouchement d'un macrosome
- Une durée d'expulsion prolongée (> 30 min) [56].

➤ Facteurs liés aux lésions des sphincters anaux :

L'utilisation de forceps est également le principal facteur de risque avec une rupture qui est mise en évidence (lorsqu'elle est recherchée systématiquement par échographie endo anale) dans 63 à 80 % des cas [52] après leur utilisation (risque relatif compris entre 8 et 12 selon les séries). L'expérience de l'opérateur joue un rôle prépondérant.

En cas de déchirures du périnée stade 3 ou 4, il persiste une rupture sphinctérienne dans 40 à 100% des cas [52] si on la recherche par une échographie endo anale systématique, alors que le sphincter externe a été suturé en fin d'accouchement.

Cette persistance d'une rupture échographique est fortement liée au risque d'incontinence anale à long terme après l'accouchement [57].

Nous avons par ailleurs observé [52] que les déchirures du périnée cotées stade 1 ou 2 par l'obstétricien (respectant en théorie le sphincter) étaient souvent associées à une rupture sphinctérienne ignorée (stade 1 : 9 ruptures sphinctériennes chez 48 parturientes et stade 2 : 4 ruptures sphinctériennes chez 4 parturientes).

Le rôle de l'épisiotomie est sujet à controverse. L'épisiotomie médiane ne préserve pas le périnée alors qu'il est probable que l'épisiotomie médio latérale, doit être utile pour éviter une ou des déchirures périnéales non contrôlées et très difficilement réparables complètement.

La parité joue également un rôle. Le premier accouchement semble le plus traumatique [50], mais l'on s'est ensuite rendu compte que le deuxième pouvait l'être tout autant [52].

La durée d'expulsion dépassant une heure ou une péridurale pourraient favoriser la survenue d'une rupture sphinctérienne avec un risque de respectivement 1,7 et 7,7 [58].

Enfin, l'hérédité semble aussi jouer un rôle avec un risque multiplié par 2 pour les filles de femmes ayant eu une déchirure du périnée [59].

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

Une déchirure du périnée et une rupture sphinctérienne diagnostiquée en échographie [52] sont logiquement des facteurs de risque indépendants d'incontinence anale dans le post partum et à long terme [49].

Ce risque est ainsi multiplié par 2 [60] à 4 [52] avec une augmentation de ce risque qui est proportionnelle à la gravité de la déchirure du périnée. Six ans

après une déchirure du périnée, 10% des femmes avaient une incontinence fécale alors que seulement 3 % ($p < 0,01$) en souffraient en l'absence de déchirure [49].

De nouveau, le forceps joue un rôle prépondérant puisqu'il est observé 4 à 7 fois plus d'incontinence anale du postpartum après leur utilisation [58]. L'épisiotomie médiane augmente également de 5,5 fois le risque d'incontinence anale.

Il a été démontré qu'une déchirure du périnée provoquait trois fois moins d'incontinence anale qu'une épisiotomie médiane [61].

Le rôle de l'épisiotomie médio latérale est moins univoque. Il est probable qu'une épisiotomie non systématique, réalisée à bon escient (au moment où la tête fœtale est engagée, le périnée devient tellement ischémié qu'il va se rompre sans aucun contrôle), transforme une déchirure du périnée inéluctable en une plaie contrôlée et dirigée épargnant le sphincter externe [52].

Il semble également qu'une durée d'expulsion [60] ou de travail prolongé [52] et la péridurale (en prolongeant la durée d'expulsion) [60] puissent favoriser l'incontinence après l'accouchement.

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

Une incontinence anale transitoire dans le post partum est un facteur prédictif de récurrence après l'accouchement suivant [48,62].

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

4.3.4. Exploration de l'incontinence anale :

Tableau I : Classification de l'incontinence anale

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

- Score de 0 à 4 : Incontinence anale minime
- Score de 5 à 9 : Incontinence anale modérée
- Score de 10 à 16 : Incontinence anale importante
- Score de 17 et plus : Incontinence anale sévère

4.3.5. Le traitement

L'incontinence anale du post partum régresse le plus souvent durant les mois qui suivent l'accouchement. Cette amélioration peut être spontanée ou aidée par les 10 séances de rééducation du périnée qui doivent être réalisées deux à trois mois après l'accouchement [63]. Si les symptômes persistent au-delà de six mois, une prise en charge spécifique est nécessaire.

Le bilan de première ligne est exclusivement clinique [63,64], mais complet : interrogatoire (éléments du Wexner, antécédents), inspection de la marge anale (disparition des plis radiés de l'anus, béance anale, cicatrice du périnée), toucher rectal (évaluation du tonus et de la contraction volontaire, recherche d'une rectocèle), anoscopie (pathologie canalaire associée) et rectoscopie (lésions rectales, stase fécale et type de selles), sans oublier l'examen du périnée moyen (colpocèle) et antérieur (fuites d'urines, cystocèle). La prise en charge consiste à associer une rééducation spécifique de l'anus de type biofeedback à une régulation du transit [64].

La rééducation doit être réalisée par un rééducateur (kinésithérapeute, médical, sage-femme ou infirmier) motivé et spécialement formé à ce type de prise en charge. Il semble qu'il faille privilégier les techniques de biofeedback plutôt que l'électrostimulation [65].

La manométrie ano rectale est souvent réalisée pour guider la rééducation. En général, cette première ligne suffit chez les jeunes femmes. Mais quelques fois, devant la persistance des symptômes invalidants, des explorations peuvent se discuter pour orienter la suite de la prise en charge [64] :

➤ **La manométrie anorectale** peut être utile en cas de doute sur un asynchronisme (contraction paradoxale du sphincter externe ou de la sangle pubo-rectale lors de la défécation) qui pourra bénéficier d'une rééducation spécifique.

➤ **Une échographie endo-anale** permet d'identifier, localiser et quantifier une rupture sphinctérienne externe qui pourrait bénéficier d'une réparation chirurgicale (sphinctérorraphie).

➤ **Une colpocystodéfécographie** avec opacification du grêle ou une IRM dynamique peut être utile en cas d'anomalies de plusieurs étages du périnée à l'examen clinique (rectocèle profonde avec manœuvres défécatoires endovaginale plus ou moins associée à une cystocèle compétitive), dont la cure chirurgicale pourrait traiter la patiente (incontinence anale par regorgement secondaire à une stase de matières rectales).

Les explorations électrophysiologiques du périnée ne semblent pas utiles en dehors d'études cliniques car elles ne permettent pas d'orienter la décision thérapeutique.

En dehors d'anomalies anatomiques du périnée, exceptionnelles chez une jeune femme, la discussion s'effectue en réunion multidisciplinaire de périnéologie souvent entre une sphinctérorraphie et une neuromodulation des racines sacrées.

La réparation donne de bons résultats à court et moyen termes mais qui s'altèrent très nettement avec le temps [66].

Les alternatives pouvant être le TENS (stimulation rétro-tibiale ou les lavements de PERISTEEN qui n'ont pas été évalués spécifiquement dans le post-partum.

4.3.6 Parturientes chez qui nous devons discuter un accouchement par césarienne pour préserver l'anus :

- Antécédent de chirurgie colo proctologique (pour incontinence anale, malformation anorectale, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, fistulotomie, sphinctérotomie).
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de Crohn.
- Incontinence anale avérée.
- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée.
- Secondipare avec : premier accouchement traumatique (forceps associés à une rupture sphinctérienne (diagnostiquée par échographie anale), déchirure du périnée (stade 2), incontinence anale transitoire du postpartum), rupture sphinctérienne significative à l'échographie endo-anale.
- Demande d'une parturiente ayant eu un premier accouchement traumatique et informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement [5].

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

3.1. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako (Mali).

3.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude longitudinale et analytique, allant de février en octobre 2019 soit une période de 9 mois.

3.3 Population d'étude :

Elle était constituée par des patientes (gestantes et accouchées) reçues dans le service pendant la période d'étude.

3.4 Echantillonnage :

Critères d'inclusions :

Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes enceintes consentantes qui ont été suivies dans le service pendant la grossesse et le post-partum.

Critères de non inclusions :

N'ont pas été incluses dans cette étude, toutes les femmes enceintes qui n'ont pas accepté de participer.

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(constante)

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

Q= 1-p

I= Risque d'erreur (5% soit 0,05).

$$N = (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9 / 0,0025$$

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

3.5 Supports de collecte des données

Afin de faciliter l'étude, nous avons élaboré une fiche de collecte des données sociodémographiques, les facteurs de risque des pathologies anales, les résultats de l'examen clinique et le traitement reçu. Nous avons aussi pris en compte l'indice de masse corporelle (IMC) en Kg/m² (IMC normal : 18,5-24,9, surpoids : 25-29,9, obésité : ≥ 30).

3.6. Variables étudiées

Les variables étudiées ont été l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, les habitudes alimentaires, la parité, les troubles de transit, les antécédents de maladie proctologique, la durée d'expulsion, la voie d'accouchement, le poids du nouveau-né, les signes cliniques (douleur anale, rectorragie, prurit anal, suintements anaux...) le diagnostic et le traitement.

3.7 Déroulement de l'enquête

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas de pathologies anales chez la femme enceinte ou dans le post partum. Toutes les patientes ont été recrutées au 1^{er} trimestre de la grossesse jusque dans le post partum. Pendant cette période de suivi, elles ont toutes bénéficié d'un examen obstétrical et proctologique méthodique et soigneux. L'examen clinique proctologique est réalisé sur une table d'examen patiente en position genu-pectoral ou décubitus latérale gauche.

-Le premier temps de l'examen est l'inspection de l'anus qui s'effectue en dépliant les plis radiés permettant de mettre en évidence une fissure ; une fistule ; une tuméfaction ; une thrombose hémorroïdaire ; un condylome.

Nous avons demandé 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. 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-canalairé ; un cancer endo-canalairé et le bas rectum. Cette troisième étape est faite pour les femmes qui présentent une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

3.8. Traitement et analyses des données

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2013. Les données recueillies sur la fiche d'enquête ont été saisies sur Excel version 2013 et analysées sur le logiciel EPI info version 7.2.2.16. Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%.

3.9. Définitions opérationnelles

- **Patiente** : gestante ou post partum.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse chez la femme.
- **Primigeste** : 1 grossesse.
- **Paucigeste** : 2-3 grossesses.
- **Multigeste** : 4-5 grossesses.
- **Grande multigeste** : > 5 grossesses.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- **Nullipare** : 0 accouchement.
- **Primipare** : 1 accouchement.
- **Paucipare** : 2-3 accouchements.
- **Multipare** : 4-5 accouchements.
- **Grande multipare** : > 5 accouchements.

3.10. Aspects éthiques

Notre étude était purement scientifique et a permis 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. Garant du secret médical, le nom d'aucune femme n'a été mentionné sur les fiches d'enquête.

RESULTATS

IV. RESULTATS

4.1 Fréquence

Nous avons suivi 165 patientes sur 2998 durant la période d'étude, parmi lesquelles 54 ont présenté au moins une pathologie anale soit **32,7%**.

Tableau II : Fréquence des différentes pathologies anales en fonction de la période gravidopuerpérale.

Pathologies anales	Périodes					
	1 ^{er} trimestre		3 ^{ème} trimestre		Post partum	
	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)
Maladie hémorroïdaire	5(3,0)	160(97,0)	6(3,7)	159(96,4)	35(21,2)	130(78,8)
Fissure anale	2(1,2)	163(98,8)	0(0,0)	165(100,0)	1(0,6)	164(99,4)
Incontinence anale	1(0,6)	164(99,4)	1(0,6)	164(99,4)	1(0,6)	164(99,4)
Pathologies anales associées	0(0,0)	165(100,0)	0(0,0)	165(100,0)	2(1,2)	163(98,8)
Total	8(4,8)	157(95,2)	7(4,2)	156(95,8)	39(23,6)	126(76,4)

La maladie hémorroïdaire a été la plus représentée avec **27,9%** des cas.

Les pathologies anales associées étaient : maladie hémorroïdaire + fissure anale (1), maladie hémorroïdaire + incontinence anale (1).

Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge en années

Tranche d'âge en années	Effectif (n=165)	Fréquence (%)
≤ 19	25	15,0
20 – 34	125	76,0
≥ 35	15	9,0
Total	165	100

L'âge moyen était de $25 \pm 5,72$ ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La tranche d'âge allant de 20 à 34 ans a été la plus représentée avec **76%**.

Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectif (n=165)	Fréquence (%)
Gestité		
Primigeste	32	19,4
Pauci geste	72	43,6
Multi geste	61	37,0
Total	165	100
Parité		
Nullipare	40	24,2
Primipare	40	24,2
Pauci pare	59	35,8
Multipare	26	15,7
Total	165	100
Avortement		
Oui	31	18,8
Non	134	81,2
Total	165	100
Mort intra partum		
Oui	6	3,6
Non	159	96,4
Total	165	100
Décès néonatal		
Oui	14	8,5
Non	151	91,5
Total	165	100

Les pauci gestes étaient les plus représentés avec **43,6%** des cas.

35,8% de nos patientes étaient des pauci pares.

18,8% des patientes avaient un antécédent d'avortement.

Tableau V: Répartition des patientes selon les habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	Effectif	Fréquence (%)
Aliments à base de céréales	165	100,0
Fruits	31	18,8
Légumes	31	18,8
Tubercules	25	15,2
Épices	14	8,5
Haricot	12	7,3

100% des patientes consommaient les céréales comme aliment de base.

Tableau VI: Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle

IMC (kg/m²)	Effectif	Fréquence (%)
Normal	75	45,5
Surpoids	60	36,4
Obésité	24	14,5

45,5% de nos patientes avaient un indice de masse corporelle normal.

4.2 Aspects cliniques des pathologies anales

Tableau VII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Périodes		
	1 ^{er} trimestre n(%)	3 ^{ème} trimestre n(%)	Post partum n(%)
Douleur anale	14(8,5)	7(4,2)	5(3,0)
Constipation	4(2,4)	13(7,9)	15(9,1)
Diarrhée	0(0,0)	1(0,6)	2(1,2)
Prurit anal	3(1,8)	7(4,2)	18(10,9)
Suintements anaux	2(1,2)	8(4,8)	4(2,4)
Rectorragie	3(1,8)	3(1,8)	3(1,8)
Pertes incontrôlées de gaz	1(0,6)	3(1,8)	1(0,6)

La douleur anale a représenté **8,5%** des cas au 1^{er} trimestre.

La constipation était le signe fonctionnel le plus retrouvé au 3^{ème} trimestre avec **7,9%** des cas.

Au post partum, les prurits anaux ont représenté **10,9%** des cas.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les données de l'examen proctologique

Données de l'examen proctologique	Périodes		
	1 ^{er} trimestre n(%)	3 ^{ème} trimestre n(%)	Post partum n(%)
Prolapsus hémorroïdaire	3(1,8)	10(6,1)	20(12,1)
Marisque hémorroïdaire	6(3,6)	7(4,2)	8(4,9)
Tuméfaction anale	3(1,8)	8(4,8)	8(4,9)
Fissure anale	2(1,2)	0(0,0)	1(0,6)
Ulcération anale	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)
TR douloureux	0(0,0)	7(4,2)	5(3,0)
TR hémorragique	1(0,6)	3(1,8)	4(2,4)
Hypotonie sphinctérienne	23(13,9)	7(4,2)	14(8,5)
Hypertonie sphinctérienne	3(1,8)	19(11,6)	11(6,7)

Au 1^{er} trimestre, l'hypotonie sphinctérienne et la marisque hémorroïdaire ont représenté respectivement **13,9% et 3,6%**.

Le sphincter anal était hypertonique dans **11,6%** des cas, pendant le 3^{ème} trimestre.

Le prolapsus hémorroïdaire était le signe physique le plus retrouvé dans le post partum avec **12,1%** des cas.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la pathologie anale retrouvée

Pathologies anales	Périodes		
	1 ^{er} trimestre n(%)	3 ^{ème} trimestre n(%)	Post partum n(%)
FA antérieure	2(1,2)	0(0,0)	1(0,6)
FA postérieure	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
IA aux gaz	1(0,6)	1(0,6)	1(0,6)
MHE	1(0,6)	2(1,2)	9(5,4)
MHI	4(2,4)	4(2,4)	26(15,7)
MH+FA	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)
MH+IA	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)
Total	8(4,8)	7(4,2)	39(22,9)

La maladie hémorroïdaire interne a été la pathologie anale la plus retrouvée avec **20,5%** des cas.

4.3 Prise en charge des patientes

Tableau X: Répartition des patientes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Prise en charge	Périodes		
	1 ^{er} trimestre n(%)	3 ^{ème} trimestre n(%)	Post partum n(%)
Régulateur de transit	0(0,0)	0(0,0)	1(2,85)
Régulateur de transit+Veinotonique	1(20,0)	2(33,3)	3(8,57)
Régulateur de transit+Topiques locaux	1(20,0)	0(0,0)	0(0,0)
Régulateur de transit+Veinotonique+Antalgique	0(0,0)	0(0,0)	7(20,0)
Régulateur de transit+Veinotonique+Topiques locaux	0(0,0)	1(16,7)	4(11,43)
Veinotoniques	3(60,0)	1(16,7)	8(22,86)
Veinotonique + Antalgique	0(0,0)	0(0,0)	1(2,85)
Veinotonique+Topiques locaux	0(0,0)	0(0,0)	11(31,43)
Veinotonique+Topiques locaux +Antalgique	0(0,0)	2(33,3)	0(0,0)
Total	5(100)	6(100)	35(100)

- ✓ Les Veinotoniques ont été le traitement le plus représenté de la maladie hémorroïdaire avec **99,56%** des cas.
- ✓ Les régulateurs de transit et Veinotonique ont été le traitement le plus utilisé de la fissure anale avec **100%** des cas.
- ✓ Les régulateurs de transit ont représenté **100%** des cas, de traitement de l'incontinence anale.

4.4 Etude analytique :

Tableau XI: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de la maladie hémorroïdaire.

Facteurs de risque	Maladie hémorroïdaire		P	OR	IC
	Oui (%)	Non (%)			
Age > 30 ans	14 (41,18)	20 (58,82)	0,084	2,16	[0,98-4,77]
Primiparité	15 (37,50)	25(62,50)	0,155	1,81	[0,85-3,88]
Antécédents de pathologies anales	2 (16,67)	10 (83,33)	0,513	0,49	[0,10-2,35]
Surpoids	26 (32,50)	54(67,50)	0,226	1,56	[0,78-3,10]
Constipation	13 (40,63)	19 (59,38)	0,082	2,07	[0,92-4,65]
Accouchement par voie basse(VB)	43 (43,43)	56(56,57)	0,000	13,56	[3,96-46,37]
Durée de la période expulsive ≤ 15 min	40 (26,32)	112(73,68)	0,193	0,41	[0,13-1,31]
Poids de naissance compris entre 2500-4000g	42 (32,81)	86(67,19)	0,001	4,02	[1,33-12,12]

Les facteurs de risque qui ont eu un impact sur l'apparition des maladies hémorroïdaires ont été : l'accouchement par voie basse et un poids de naissance compris entre 2500-4000 g (P1= 0,000 et P2= 0,001)

Tableau XII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de la fissure anale.

Facteurs de risque	Fissure anale		P	OR	IC
	Oui (%)	Non (%)			
Age > 30 ans	1 (2,94)	33 (97,06)	0,501	1,95	[1,17-22,21]
Primiparité	1 (2,50)	39(97,50)	0,567	1,57	[0,13- 17,86]
Surpoids	2 (2,50)	78(97,50)	0,611	2,15	[0,19-24,22]
Constipation	2 (6,25)	30 (93,75)	0,096	8,80	[0,77-100,25]
Accouchement par voie basse(VB)	3 (3,03)	96 (96,97)	0,275	-	-
Utilisation de la ventouse	1 (8,33)	11(91,67)	0,203	6,86	[0,57-81,74]
Poids de naissance compris entre 2500-4000g	2 (1,56)	126 (98,44)	0,535	0,57	[0,05-6,48]

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque en fonction de l'incontinence anale.

Facteurs de risque	Incontinence anale		P	OR	IC
	Oui (%)	Non (%)			
Age > 30 ans	1 (2,94)	33 (97,06)	0,501	1,95	[1,17-22,21]
Primiparité	1 (2,50)	39(97,50)	0,567	1,57	[0,13- 17,86]
Surpoids	2 (2,50)	78(97,50)	0,611	2,15	[0,19-24,22]
Constipation	1 (3,13)	31 (96,88)	0,478	2,11	[0,18-24,05]
Accouchement par voie basse(VB)	3 (3,03)	96 (96,97)	0,275	-	-
Poids de naissance compris entre 2500-4000g	3 (2,34)	125(97,66)	1,000	-	-

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Approche méthodologique

Nous avons mené une étude longitudinale et analytique avec collecte prospective des données.

Il s'agissait d'une étude première dans notre service sur les pathologies anales au cours de la gravidité-puerpéralité. Nous avons noté des points forts tels que l'examen des patientes mené par un seul observateur. Il s'agissait d'une étude prospective. Ceci nous a permis de diminuer les biais dans l'analyse de données. Elle a aussi permis la collecte du maximum d'information.

Les limites de ce travail ont été :

- Les cas de refus de certaines patientes de participer à l'étude
- Le non-respect des rendez-vous par certaines patientes pour le contrôle dans le post partum

Malgré ces limites, les résultats obtenus nous ont permis d'avoir une idée sur les pathologies anales chez les femmes enceintes et de comparer nos données avec celles de la littérature.

5.2 Fréquence

Au cours de notre étude, les pathologies anales ont représenté **32,7%** de notre échantillon. Notre résultat est inférieur à ceux d'Abramowitz et al [37] et de Poskus T et al [3] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 43,9% cas de pathologies anales pendant la période de gravidité-puerpéralité.

Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risque et les modes de vie différents des patientes.

Dans notre étude la maladie hémorroïdaire était la pathologie anale la plus fréquente avec **27,9%**, suivie de l'incontinence anale et de la fissure anale avec respectivement **1,8%** et **1,8%**.

Abramowits L et al. [2] ont rapporté 7,9% de maladie hémorroïdaire au 3^{ème} trimestre contre 3,7% dans notre étude.

La fréquence des pathologies anales dans le post-partum est variable selon les auteurs, ainsi Abramowitz L. et al [2] ont retrouvé 20% de thrombose hémorroïdaire et Mac Arthur C. et al [22] ont trouvé une fréquence de

5,3% de maladie hémorroïdaire dans le post-partum.

Au cours de notre étude, dans le post partum la maladie hémorroïdaire a représenté 21,2%.

Dans notre étude, l'association de pathologies anales est souvent retrouvée surtout dans le post partum.

Concernant la fissure anale, nous avons trouvé 1,2% pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse. Abramowits L et al. [2] ont rapporté le même résultat au 3^{ème} trimestre de la grossesse.

L'incontinence anale était de 1,8% au cours de notre étude. Roman et al. [6] ont trouvé 3,3% d'incontinence anale avant l'accouchement.

5.3 Aspects cliniques

- Les maladies hémorroïdaires :

Au 1^{er} trimestre, la douleur anale (**8,5%**), la constipation (**2,4%**) et la rectorragie (**1,8%**) ont été les principaux signes fonctionnels au cours de notre étude.

Concernant la symptomatologie de la maladie hémorroïdaire au 3^{ème} trimestre, la constipation, la douleur anale, les suintements anaux et les prurits anaux étaient les principaux signes fonctionnels retrouvés dans notre étude. Ferdinande K et al [4] ont retrouvé le gonflement anal, la douleur anale, la constipation comme principaux signes fonctionnels de pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum. Poskus et al [3] ont rapporté la douleur anale et l'inconfort périanal comme principaux signes fonctionnels des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum.

Dans le post-partum, les principaux signes fonctionnels de la maladie hémorroïdaire rapportés par Ferdinande K et al [4] étaient le gonflement anal, la douleur anale et la constipation.

Poskus et al [3] ont rapporté la douleur anale et l'inconfort périanal comme principaux signes fonctionnels des pathologies anales au cours de la gravidopuerpéralité. Au cours de notre étude, dans le post partum, les principaux signes fonctionnels étaient la constipation, les prurits anaux et la douleur anale.

- **La fissure anale :**

Dans notre étude, les principaux signes fonctionnels de la fissure anale étaient la constipation et la douleur anale au 1^{er} trimestre et dans le post-partum.

Ferdinande K et al. [4] et Poskus et al. [3] ont retrouvé les mêmes symptômes mais au cours du 3^{ème} trimestre et dans le post partum.

- **L'incontinence anale :**

Tous les cas d'incontinence anale étaient aux gaz. Nous n'avons pas retrouvé de cas d'incontinence anale aux matières liquidiennes et solides.

Dans la littérature, il s'agit le plus souvent de fuites de gaz avec un retentissement qui peut être très invalidant dans la vie professionnelle et familiale, lors des loisirs ou des relations intimes [68]. 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 [68].

5.4 Facteurs de risques

Les pathologies anales sont fréquemment retrouvées chez les patientes jeunes le plus souvent comme rapportées par certains auteurs [3,4]. Dans notre étude, l'âge moyen était de $25 \pm 5,72$ ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La tranche d'âge allant de 20 à 34 ans a été la plus représentée avec **76%**. Notre résultat est proche de celui de Poskus et al [3] qui ont trouvé un âge moyen de 28,7 ans avec des extrêmes de 18 ans et 45 ans. Ces résultats s'expliquent par augmentation du taux de naissance pendant cette période.

Par contre, Ferdinande K et al [4] ont trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans.

Les paucigestes et les paucipares sont celles qui ont plus présenté de pathologies anales avec respectivement 43,6% et 35,8% dans notre étude.

Nous avons identifié que l'accouchement par voie basse et un poids de naissance compris entre 2500- 4000 g ont été significativement associés à l'apparition des pathologies anales avec ($P_1=0,000$ et $P_2=0,001$).

Poskus T et al [3] ont trouvé que, la constipation, un poids de naissance $>$ à 3800g, durée d'expulsion prolongée $>$ à 20minutes et les antécédents personnels de pathologies anales étaient significativement associés à l'apparition des pathologies anales.

Ollende C [7] a retrouvé en plus de la constipation et des antécédents de maladie hémorroïdaire, les accouchements traumatiques et un poids de nouveau-né supérieur à 3500 g comme facteurs de risque des pathologies anales.

Abramowits L et al [37] ont rapporté en plus de la constipation une macrosomie fœtale et la déchirure des petites lèvres comme facteurs de risque des pathologies anales. Mac Arthur C et al [20] considéraient que les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et une macrosomie fœtale augmentaient le risque de complications hémorroïdaires.

Nous n'avons pas pu faire le lien entre l'extraction instrumentale et le risque de pathologies anales.

Ferdinande K et al [4] ont trouvé la constipation et l'antécédent de problèmes anaux comme facteurs de risque de la fissure anale.

Abramowits L et al [37] ont rapporté aussi qu'un gros fœtus, un dépassement de terme et une durée d'expulsion prolongée étaient associés à un plus grand nombre de fissure anale après l'accouchement.

Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale rapportés par Abramowits L et al [37] sont ceux de la déchirure périnéale, la macrosomie, l'extraction instrumentale par ventouse, la dystocie des épaules, la durée du travail d'accouchement et l'antécédent de déchirure périnéale.

5.6 Prise en charge

Les régulateurs de transit et les veinotoniques ont été les principaux moyens thérapeutiques utilisés dans les pathologies anales au cours de notre étude.

Abramowitz L et al [37], ont trouvé que la régularisation du transit représente l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire. Aucune de nos patientes n'a bénéficié d'un traitement chirurgical au cours de l'étude.

Tous les cas de pathologies anales, les patientes ont bénéficié de conseils hygiéno-diététiques, à savoir: hydratation importante, éviction de la constipation, éviction de la position assise continue, éviction de la surcharge pondérale, consommation d'aliments riches en fibres.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et surtout dans le post-partum dans notre service. Leur diagnostic est essentiellement clinique et la prise en charge est essentiellement médicamenteuse.

Elles peuvent altérer la qualité de vie. Un examen proctologique complet pendant la grossesse ou dans le post-partum peut aider au dépistage des pathologies anales en vue d'une prise en charge adéquate.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Aux autorités sanitaires :

- Assurer une formation de qualité des prestataires en matière de proctologie pendant la gravido-puerpéralité ;
- Introduire une partie réservée aux antécédents proctologiques dans les dossiers médicaux et faire un examen proctologique dès le premier suivi prénatal et dans le post-partum.

2. Aux personnels de santé :

- Rechercher systématiquement les facteurs de risque de pathologies anales lors du suivi prénatal et dans le post-partum;
- Traiter précocement la constipation chez les femmes enceintes.

3. Aux femmes enceintes :

- Fréquenter le service de soins prénatals
- Observer les mesures hygiéno-diététiques préventives des pathologies anales.

REFERENCES

VII. REFERENCES

- 1. Patrick A.** Pathologies anales au cours de la grossesse. Septième journée de la clinique médicale Dr GUESSAB. 30 Avril 2009. En ligne <https://slideplayer.fr/slide/486511/>.
- 2. Abramowitz L, Batallan A.** Épidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003 ; 31(6), 546-9. doi:10.1016/s1297-9589(03)00127-9 .
- 3. Poskus T, Budzinskiene D, Grasutiene G, Samalavicius NE, Barkus A, Barisauskiene A et al.** hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *General obstetrics*. 2014 ;1666-71.
- 4. Ferdinande K, Dorreman Y, Roelens K, Ceelen W, De Looze D.** Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum : une étude de cohorte prospective. *Colorectal Disease*.2018 ;20 :1109-16.
- 5. Abramowitz L.** Complications anales durant la grossesse et le post partum 1ère partie incontinence anale. *Post'U*. 2014 ;1-10.
- 6. Roman H, Robillard PY, Payet E, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L, Barau G.** Facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum : Etude prospective chez 525 femmes. *J Gynecol Obstet Biol reprod*. 2004 ;33 :497-505
- 7. Ollende C.** Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post partum. Thèse de médecine. Université Mohamed V Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010, 105p.
- 8. Dicko M L.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako USTTB; 2007, 112p
- 9. Université Médicale Virtuelle Francophone.** L'utérus gravide. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEobstetrique/uterusgravide/site/html/cours.pdf>. Consulté le 29 décembre 2020.

- 10. Chenafa H.** Cours sur Anatomie du côlon. Service - d'anatomie normale CHU ORAN. En ligne http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichiers_produit_2046.pdf. Consulté le 4 novembre 2020.
- 11. Parnaud E, Guntz M, Bidart J M, Bernard A, Chome J.** Anatomie normale, macroscopique et microscopique du réseau hémorroïdal. Arch Fr Mal App Dig 1979 ;65:501-14.
- 12. Keita B J.** Ulcère gastro-duodénaux en chirurgie B à l'hôpital du point G à Bamako. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako USTTB ; 1990 ; 110p.
- 13. Diarra M.** Maladie hémorroïdaire. [En ligne]. http://cnom.sante.gov.ml/docs/EPU_MALADIE_HEMORROIDAIRE_MH.pdf. Consulté le 9 mars 2019.
- 14. Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie (CDU-HGE).** Rectumcanal anal. In : Les fondamentaux de la pathologie digestive. Editions Elsevier. Paris :Masson ; 2014. En ligne <https://fr.slideshare.net/mutangachuk/rectum-et-canal-anal>.
- 15. Thomson WH.** The anatomy and nature of piles. Dans: Kaufman HD. The haemorrhoid syndrome. Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.
- 16. Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastroentérologie,9-086-A-10,2001,15p.
- 17. Université Médicale Virtuelle Francophone.** Modifications physiologiques de la grossesse. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>. Consulté le 9 mars 2019.
- 18. Saidani K.** Constipation et grossesse. [En ligne] <http://www.sahgeed.com/upload/files/7JCM2009/13-SAIDANI.pdf>. Consulté le 5 novembre 2020.

- 19. Parnaud E, Bauer P.** Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. *Rev Prat* 1985; 35:3423-33.
- 20. Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG.** Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98: 1193-204
- 21. Abramowitz L, Sobhani I,** Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 27, N° 3 - Mars 2003, pp. 277-283
- 22. Jiang Z, Weisong T, Jinduo C.** Double-blind randomized clinical trial in evaluating the efficacy and safety of rectum mucosa protector in the treatment of acute hemorrhoids. *Chin J Surg* 2001; 39 :53-5.
- 23. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C et al.** Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg.* 2016 Jun;153(3):213-8. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2016.03.004. Epub 2016 May 18. PMID: 27209079.
- 24. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF et al.** Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006 Jan;101(1):181-8. Review.
- 25. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez Zapata MJ, Mill E, Heels Ansdell D; Johanson JF et al.** Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006 Aug; 93(8):909-20. Review.
- 26. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M.** Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:CD004322. Review.
- 27. Coulom P.** Non surgical therapy of hemorrhoids. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(10- 11 Suppl): F20-6.
- 28. Chiloiro M, Darconza G, Piccioli E, De Carne M, Clemente C, Riezzo G.** Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. *J Gastroenterol.* 2001 Aug ; 36(8) : 538-43. Doi : 10.1007/s005350170056. PMID : 11519832.

- 29. Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JM, Yeung C, Yiu TF et al.** Conventional versus triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1986;29: 836-8.
- 30. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F.** Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:66-9.
- 31. Johanson J F, Rimm A.** Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:1600-6.
- 32. Gupta PJ.** Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1433-9.
- 33. Mac Rae HM, McLeod RS.** Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A metaanalysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:687-94.
- 34. Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K et al.** Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:403-10.
- 35. Dennison A, Whiston RJ, Rooney S, Chadderton RD, Wherry DC, Morris DL.** A randomized comparison of infrared photocoagulation with bipolar diathermy for the outpatient treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33:32-4.
- 36. Jutabha R, Jensen D, Chavalitdhamrong D.** Randomised prospective study of endoscopic rubber band ligation compared with bipolar coagulation for chronic bleeding internal hemorrhoids. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104:2057-64.
- 37. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M et al.** Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002 ; 45 : 650-5.

- 38. Martin JD.** Post-partum anal fissures. *Lancet* 1953 ; 271-3.
- 39. Godeberge P.** La fissure anale. *EMC traité de gastroentérologie*. Vol. 9: Elsevier, 2015:9087-A-10.
- 40. Charlotte FW.** La fissure anale. *Société Nationale Française de Colo-Proctologie*. Avril 2014 ; 1-8p.
- 41. Phillipe G, Pierre C.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. *Post'U*. 2015.
- 42. Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF, Arcanà F, Cafaro D, La Torre F et al.** Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial. *Tech Coloproctol* 2010; 14:241-8.
- 43. Steele SR, Madoff RD.** Systematic review: the treatment of anal fissure. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:247-57.
- 44. Littlejohn DR, Newstead GL.** Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:1439-42.
- 45. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM.** Anal fissure. 20-year experience. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:378-82.
- 46. Leong AF, Seow-Choen F.** Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995;38:69-71.
- 47. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel UN et al.** Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year. prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013;15:359-67.
- 48. Bek KM, Laurberg S.** Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *B J ObstetGynecol*1992; 99: 724-6
- 49. Sundquist JC.** Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 715-8.

- 50. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, et al.** Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329: 1905-11.
- 51. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW.** Occult anal sphincter injuries ,myth or reality? *BJOG* 2006; 113:195-200.
- 52. Abramowitz L, Sobhani M, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E et al.** Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:590-8.
- 53. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM.** Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;8: 546-50.
- 54. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM.** Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990;77: 1358-60.
- 55. Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T.** Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39:690-7.
- 56. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN.** Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *B J ObstetGynaecol*1994; 101:22-8.
- 57. Damon H, Bretones S, Henry L, Mellier G, Mion F.** Long-term consequences of first vaginal delivery-induced anal sphincter defect. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1772-6.
- 58. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR.** Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998; 92:955-61.
- 59. Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S.** Familial risk of obstetric anal sphincter injuries: registry-based cohort study. *BJOG* 2013; 120:831-8.
- 60. Evers EC, Blomquist JL, Mc Dermott KC, Handa VL.** Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *Am L Obstet Gynecol* 2012; 207: 425.e1-6.

- 61. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.** Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 2000 ; 320 : 86-90
- 62. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C.** Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354: 983-6.
- 63. Lehur PA, Leroi AM.** Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24: 299-314.
- 64. Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL et al.** Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French national society of coloproctology.
- 65. Mahony RT, Malone PA, Nalty J, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C.** Randomized clinical trial of intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy with intra-anal electromyographic biofeedback augmented with electrical stimulation of the anal sphincter in the early treatment of postpartum fecal incontinence. *Am J ObstetGynecol* 2004 ;191: 885-90.
- 67. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA.** Long term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *The Lancet* 2000;355(9200):260-5.
- 68. El Bamrani S.** Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum.[Internet]
[Thesis].2009[cité21mai2021].Disponiblesur:<http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/987>

ANNEXES

VIII. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DOUMBIA

PRENOM : ADAMA

TITRE DE LA THESE : Pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum au CS Réf de la commune V.

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 : a.doumbia72@yahoo.com Tel : 77834975

RESUME :

L'objectif de ce travail était d'étudier les pathologies anales au cours de la grossesse et du postpartum au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Résultats : Durant la période d'étude, la fréquence des pathologies anales a été de **32,7%**. Les différentes pathologies anales rencontrées étaient la maladie hémorroïdaire 46 cas (**27,9%**), la fissure anale 3 cas (**1,8%**), l'incontinence anale 3 cas (**1,8%**) et pathologies associées (maladie hémorroïdaire + fissure anale, maladie hémorroïdaire + incontinence anale) 2 cas (**1,2%**).

Leurs diagnostics étaient essentiellement clinique et la prise en charge essentiellement médicamenteuse.

Les facteurs de risque étaient dominés par l'accouchement par voie basse et le poids naissance compris entre (2500g - 4000g).

Le traitement comprend, la régulation du transit intestinal et des veinotoniques.

Conclusion : Les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et surtout dans le post-partum dans notre service.

Mots clés : Maladies hémorroïdaires, gravido-puerpéralité, CS Réf CV, Mali.

FICHE D'ENQUETE :

- 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 = Kalaban-Coro
8 = 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= ≥160/110mmHg

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

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

2 : Examen obstétricalPrésence 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 : 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 déclenchants : La défécation b : La position assise c : La
marche

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

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

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

Quantité : a : Trace b : 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 : Apres un effort physique c : Autres (à préciser)

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

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

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

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

Unmois 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/..../

Résultat:/...../Non /..../

a) Diagnostic

- Echographie obstétricale/___/ 1=grossesse évolutive ;

2=grossesse non évolutive

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

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

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

- ECBU : /___/ 1= stérile, 2= positif, 3 = non faite

-Glycémie /___/ 1=Normal 2= élevée, 3 = non faite

-Protéinurie /___/ 1=absente, 2= Non significative, 3 = significative,

4 = non faite

-Crase sanguine /___/ 1= normale, 2 = pathologique, 3 = non faite

- Rhésus : /___/ 1=positif, 2 = négatif

-HB: /___/ 1= <7g /dl, 2= ≥7g/dl, 3= ≥ 11g /dl

-Plaquettes : /___/ 1 = normal, 2 = thrombopénie

-Leucocytes : /___/ 1= positive, 2= négative

-HIV/___/ 1= positive, 2= négative

-Hépatite B/___/ 1= positive, 2= négative

-Rubéole/___/ 1= positive, 2= négative

-Toxoplasmose/___/ 1= positive, 2= négative

-CMV/___/ 1= positive, 2= négative

-TE : 1=positif, 2=négatif

VI. Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne []

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz

5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

.....
.....
.....

vii) Consultation prénatale 2(CPN2) :

Age de la Grossesse : 2emetrimestre 3eme trimestre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 : 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 préciser)

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

Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané b : Apres un effort physique

c : Autres (à préciser)

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

d : Permanent

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

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

Chronique

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

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

Q26: L'incontinence anale Oui /...../ Non/...../

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q28: La diarrhée Oui/./ Non/..../

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

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

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

2) Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire [] b : Marisque
hémorroïdaire []

c : Ulcération anale [] d : Orifices fistuleux []

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

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz

5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

.....
.....
.....

VIII). Examen de la femme à l'admission

Conjonctives : /___/ 1=Colorées 2= Pâles

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

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

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

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

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

PDE /___/ 1= intacte, 2 = rompue

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

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

Bishop : /___/ 1 < 7 ; 2 ≥ 7

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

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

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

3= Ocytocine+ Prostaglandine, 4= Autres

Phase d'accouchement : Latence [] Active [] Expulsion []

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

[]

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

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

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

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

Pathologie associées à l'accouchement : HTA [] Diabète []

Eclampsie [] Placenta prævia [] Nœud du cordon []

Chorioamniotite []

IX. Examen du nouveau-né

Fœtus : vivant [] décède []

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

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

Poids du fœtus en g: / /

Taille en cm : /...../

Malformation foetale : /___/ 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 : Après 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 : Après les selles

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

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

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

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

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

.....
.....
.....

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'Etre 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 !