

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

## THESE

**PATHOLOGIES ANALES AU COURS DE LA  
GROSSESSE ET DANS LE POST -PARTUM AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

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

**Par Mme Fatoumata Massire SISSOKO**

**Pour obtenir le grade de docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

### Jury

**Président :** Pr Youssouf TRAORE

**Membres :** Dr Amadou TRAORE

Dr Aboubacar TOURE

**Co- Directeur :** Dr Hamady SISSOKO

**Directeur :** Pr Adégné TOGO

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE**

**DIEU, le tout puissant et le très miséricordieux, Dieu de la bonté, Dieu de l'univers et de tous les hommes. Que ta grâce, ton salut, ton pardon et tes bénédictions, accompagnent tous les Hommes sur terre.**

**Dieu merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir permis de mener à bien, ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.**

### **Je dédie ce travail à mon père FEU MASSIRE SISSOKO**

Mon très cher père, tu as fait de moi cette femme que je suis aujourd'hui, en m'inscrivant à l'école, tu as toujours donné le meilleur de toi-même pour la réussite et le bonheur de tes enfants. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Aujourd'hui, c'est l'occasion pour moi de te dire merci et sache que je n'oublierai jamais l'enseignement que tu nous as toujours donné, tu nous as appris, l'entraide, l'unicité familiale, l'honnêteté, le courage et le travail bien fait, J'aurais aimé te voir aujourd'hui mais hélas, père exemplaire puisse qu'ALLA le tout puissant t'accueille dans son paradis. Que la terre te soit

légère ALLAH Houma amine

### **A ma mère HAWA SAKILIBA**

Femme soumise, sage, respectueuse, dévouée, courageuse, généreuse, brave et source de ma vie, ces mots ne pourront jamais qualifier ta bonne personne. Ta conduite et tes enseignements m'ont toujours soutenu durant toute ma période d'étude et me soutiendra toujours dans la réalisation de mes activités quotidiennes, sache que ce travail est le tien. Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causées. Je t'admire énormément et je suis fier de t'avoir comme Maman. Je prie le bon Dieu pour qu'il te donne une longue vie, santé et beaucoup de bonheur.

### **A mon mari AMADOU TOURE**

Mari exemplaire, idéal, les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer mes sentiments. Je te remercie très sincèrement du fond du cœur pour ton soutien et

ton courage à mon égard, seul Dieu peut te récompenser pour ton acte de bonne volonté. Sans tes efforts conjugués, mon rêve n'allait pas être une réalité. Reçois ici toute mon affection que Dieu nous donne longue et pour qu'on s'occupe ensemble de nos enfants.

**A mes enfants MAHAMANE ET HAWA TOURE**

Vos venues nous ont beaucoup émerveillées et vous continuez de remplir nos cœurs de joie et du bonheur.

Que Dieu le Tout-Puissant vous donne longue vie, bonheur et santé.

**REMERCIEMENTS**

Cette thèse m'offre l'heureuse opportunité d'adresser mes remerciements à toutes les mains visibles et invisibles qui ont contribué à sa réalisation.

Mes sincères remerciements vont à :

**A mon grand frère YACOUBA,**

Uni par les liens du sang, j'ai toujours bénéficié de ton aide moral et surtout ta compréhension. Ton soutien et assistance tout au long de ce difficile parcours, m'a été d'un réconfort inoubliable. Puisse Dieu renforcer nos liens et maintenir notre famille unie. Ce travail est le tien.

**A ma belle-mère Feu AISSATA SANGARE**

Je remercie Dieu pour l'occasion qui se présente à moi aujourd'hui et qui me permet de témoigner toute ma reconnaissance, mille mercis ma mère, car les mots me manquent.

Vous avez été la première à m'accueillir et à m'ouvrir votre porte. De ton vivant je ne connaissais pas les difficultés du mariage. Je prie chaque jour que le tout puissant t'accueille dans son paradis. Ce travail est le tien.

**A ma tante KADIDIATOU SISSOKO**

Je remercie Dieu pour l'occasion qui se présente à moi aujourd'hui et qui me permet de témoigner toute ma reconnaissance. Mille mercis, car les mots me

manquent. Je vous demande pardon pour les torts causés. Meilleur santé. Par ce travail, recevez l'expression de ma gratitude et de toute mon affection.

**A mes frères et sœurs kadiatou, Moussa, Ibrahim, Alimatou**

Votre soutien a beaucoup contribué à ma réussite. Vous avez été toujours à mes côtés au moment opportun. Je n'oublierai jamais ces temps durs de mon existence. Merci pour tout.

**A mes tontons et à mes tantes :**

Bandjomakan SISSOKO, Sayon SISSOKO, Mamaye SISOKO, Dr Moro SISOKO, Madou SISOKO Awa Sakiliba, Mama Sakiliba, Nanaba Diakité. Vos soutiens moraux et matériels durant toutes ces années ont été pour moi d'une valeur inestimable. Que l'éternel vous bénisse.

**A mes feu grands-parents ;**

**A mes cousins et cousines ;**

**Aux membres de la famille**

SISSOKO, TOURE, GUITTEYE, SANGARE, BARRY, DIAKITE, MAIGA, COULIBALY, DIARRA, SIDIBE, FOMBA, SYLLA : Je me suis toujours senti membre à part entière de ces familles à travers vos gestes. Merci infiniment pour vos soutiens constants, vos amabilités. Soyez rassurée de mon profond amour. Merci pour votre soutien durant toutes ces années.

**A ma belle famille**

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

**A mes amis de la faculté A mes Co-thésards :**

Dr Poudiogo Abdoul Mouïnou, Dr Maiga alhouseine, Dr Koita Lamine, Dr Koné, Dr Simaga, Adam Maiga à tout mon groupe d'exercice de la médecine, Nos chemins se sont croisés par le hasard de la vie. Quel heureux hasard ! C'est l'occasion pour moi de dire qu'avec vous, j'ai compris le véritable sens d'un

travail d'équipe. Le chemin est encore long et le combat ne fait que commencer.

Avec courage et détermination, nous y arriverons. Bonne chance !

**A tout le personnel de la FMPOS**, particulièrement au corps professoral.

**A tout le personnel du CSREF de la CIII** plus particulièrement au personnel  
de la gynécologie obstétrique et de la chirurgie

**HOMMAGES AUX  
HONORABLES  
MEMBRES DU JURY**

## **A notre maitre et président du jury**

### **Professeur TRAORE YOUSSEUF**

- ❖ **Professeur Titulaire en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- ❖ **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Toure.**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- ❖ **Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).**
- ❖ **Modérateur national et expert sur la PTME au Mali.**
- ❖ **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie » de Bordeaux II.**
- ❖ **Membre de la SOCHIMA**
- ❖ **Enseignant Chercheur**

Cher Maitre

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un maitre admiré et respecté de tous.

Trouvé ici, cher maitre, notre profond respect et toute notre gratitude.

## **A notre Maître et juge**

### **Dr TRAORE Amadou**

- **Médecin lieutenant-colonel à la direction central des services de santé des armées (DCSSA)**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

### **Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d’être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

## **A notre maitre et jury**

### **Dr TOURE Aboubacar**

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Adjoint au Chef de service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako**
- **Diplômée en chirurgie de Guerre**
- **Président de la commission technique nationale santé Croix-Rouge malienne**
- **Membre de l'équipe nationale de gestion des catastrophes**

### **Cher Maître,**

L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et votre humilité ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances cliniques.

L'occasion nous est donnée ce jour, de vous réitérer toute notre reconnaissance.

Nous vous remercions pour votre enseignement de qualité.

## **A notre Maître et Co-Directeur de Thèse :**

### **Dr SISSOKO Hamady**

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de**
- **Référence de la Commune III du District de Bamako**
- **Attaché de recherche**

### **Cher Maître**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre humilité font de vous un maître respectable et admiré de tous.

En plus de vos connaissances scientifiques, votre sens social élevé de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Nous sommes fières d'être compté parmi vos disciples.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

## **A Notre maître et Directeur de thèse**

### **Pr. Adégné TOGO**

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

### **Cher maître,**

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

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos immenses qualités de maître formateur ; votre courage et abnégation dans le travail, vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la chirurgie au Mali, font de vous un modèle à suivre.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis et Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

## Table des matières

I. Introduction .....	1
II. Objectifs .....	3
1. Objectif général : .....	3
2. Objectifs spécifiques : .....	3
III. Généralités .....	4
A. Définitions .....	4
1. La proctologie : .....	4
2. La Grossesse : .....	4
3. Maladie hémorroïdaire : .....	4
4. La fissure anale : .....	4
5. Une incontinence anale : .....	4
6. L'incontinence fécale (IF) : .....	4
7. L'abcès anal : .....	4
B. Rappels anatomiques .....	5
1) Anatomie de l'utérus gravide .....	5
2) Anatomie de la région Ano rectale .....	16
3. Les pathologies anales .....	35
3.1.1 La maladie hémorroïdaire .....	35
3.1.2. La fissure anale .....	40
3.1.3. Incontinence anale .....	43
3.1.4. Abcès anal : .....	52
IV. METHODOLOGIE .....	54
1. Type et période d'étude : .....	54
2. Cadre d'étude. ....	54
3. Les Malades : .....	55
4. Les Méthodes : .....	55
5. Analyse des données : .....	57
6. Ethique : .....	58

V. Résultats .....	59
VI. Commentaires et discussion .....	77
VII. Conclusion et recommandations .....	85
VIII. BIBLIOGRAPHIE .....	87

## Liste des Tableaux

Tableau I: Score de Jorge et Wexner .....	44
Tableau II: Classification des déchirures périnéales .....	47
Tableau III: Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois. ....	60
Tableau IV: Fréquence des différentes pathologies anales au cour de la grossesse et dans le post partum.....	61
Tableau V: Répartition des femmes selon la tranche d'âge.....	61
Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	62
Tableau VII: Répartition des patientes selon la profession .....	62
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la Gestité .....	63
Tableau IX: Répartition des patientes selon Parité.....	63
Tableau X: Répartition des patientes selon ATCD Proctologiques.....	64
Tableau XI : Répartition des patientes selon IMC.....	64
Tableau XII : Répartition des patientes selon la Durée de la Période expulsive .....	64
Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'utilisation de la ventouse .....	65
Tableau XIV: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	65
Tableau XV: Répartition des patientes selon la Déchirure périnéale .....	65
Tableau XVI: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né.....	66
Tableau XVII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels.....	66
Tableau XVIII: Répartition des signes physiques au cour de la grossesse et dans le post partum.....	67
Tableau XIX: Croissement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées au premier trimestre.....	68
Tableau XX : Croissement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées au troisième trimestres .....	69
Tableau XXI : Croissement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées au post partum. ....	70

Tableau XXII : Analyse univariée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire. ....	71
Tableau XXIII: Analyse univariée des facteurs de risque de la fissure anale. .	72
Tableau XXIV : Analyse uni-variée des facteurs de risque d'incontinence anale.....	73
Tableau XXV: Répartition des patientes selon la prise en charge de la pathologie anale au cour de la grossesse et dans le post partum. ....	74
Tableau XXVI: Répartitions des femmes selon l'âge moyen, les extrêmes d'âge et l'écart-type.....	76
Tableau XXVII: Fréquence des pathologies anales selon les auteurs .....	78
Tableau XXVIII: Auteurs et signes fonctionnels.....	80
Tableau XXIX: Signes cliniques et auteurs .....	81
Tableau XXX: Types d'incontinence anale .....	82

## Liste des figures

Figure 1 : Rappels anatomiques : Utérus (vue latérale) (Tirée de KAMINA P. .....	5
Figure 2: Structure du corps utérin (coupe transversale) (Tirée de KAMINA P. .....	10
Figure 3: Rappels anatomiques : Pelvis et périnée (Coupe para sagittale gauche) (Tirée de KAMINA P.....	12
Figure 4: Croisement de l'artère utérine et de l'uretère (vue antérieure) (Tirée de KAMINA P. ....	14
Figure 5 : Vascularisation de l'utérus (Tirée de KAMINA P. ....	14
Figure 6: Rapports de l'a. Utérine et de la vessie (Tirée de KAMINA P. ....	15
Figure 7: Rapports sous péritonéaux du col (Tirée de KAMINA P. ....	15
Figure 8: Distribution de l'artère cervico-vaginale (Tirée de KAMINA P. ....	16
Figure 9 : Coupe frontale du canal anal .....	20
Figure 10 : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme .....	22
Figure 11 : Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal .....	29
Figure 12: Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal .....	31
Figure 13: Déchirure périnéale 1 <sup>er</sup> degré .....	48
Figure 14 : Déchirure périnéale .....	48
Figure 15 : Déchirure du 3 <sup>ème</sup> degré .....	49
Figure 16 : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois. ....	59

## LISTE DES ABREVIATIONS

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

## **I. Introduction**

La grossesse et l'accouchement peuvent se compliquer d'affections proctologiques douloureuses bien moins agréables. [1]

La pathologie proctologique demeure un motif fréquent de consultation tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée [2, 3].

Elle est probablement sous-estimée en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'informations [4].

Les pathologies proctologiques chez la femme enceinte comprennent principalement les hémorroïdes, la fissure anale (FA) et le prolapsus rectal et concernent 85 % des femmes dans le 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse pour les hémorroïdes. [5]

Le risque de thrombose hémorroïdaire et plus encore de FA [6] est significativement augmenté. [7]

L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner. [8]

En France, une étude réalisée à l'hôpital Bichat chez 165 femmes enceintes, en 2002 retrouvait à l'examen proctologique, une prévalence de 44,4% de pathologies anales [6].

L'incidence de la TH est d'environ 8 % lors du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse et de 20 % au postpartum, la presque totalité des cas (91 %) durant le premier jour postpartum. Elles sont plus souvent associées aux stades III et IV des HI. [9]

La fissure Anale est une pathologie très gênante et connue de l'humanité depuis l'antiquité, et a souvent un fort retentissement sur la qualité de vie. [10]

La fissure anale survient cependant le plus souvent après l'accouchement. [8]

Il est décrit dans la littérature une incidence maximale à 20 %. [11]

L'étude prospective d'Abramowitz décrit une incidence de 1,2 % durant le 3<sup>e</sup> trimestre et à 15 % en postpartum pouvant survenir dans les deux mois. [8]

La fistule anale cryptogénique est une maladie proctologique fréquente pouvant

représenter jusqu'à 71 % des suppurations de la région. [12]

Elle survient préférentiellement durant les semaines qui suivent l'accouchement, avec une incidence variant de 3 à 39 % selon les auteurs ; son incidence est faible pendant le troisième trimestre de la grossesse (1,2 à 3 %). [13]

L'incontinence anale est d'autant plus mal vécue qu'elle touche des femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée.

Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Ce tabou est responsable de l'absence de verbalisation des patientes qui n'osent en parler que si on leur pose ouvertement la question. [14]

L'étude princeps du St Mark's Hospital [15] avait analysé prospectivement une cohorte de 79 primipares et de 48 multipares ayant accouché par voie vaginale. Les primipares et les multipares ont développé une incontinence de novo dans respectivement 13 et 6 % des cas. Le premier accouchement avait alors été considéré comme le plus traumatisant pour le périnée.

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

Au Mali, aucune étude n'a été portée sur l'aspect épidémiologique diagnostique et thérapeutique de la pathologie anale chez la femme enceinte et dans le post-partum, d'où Notre étude prospective qui va apporter un éclairage sur ces pathologies dans notre contexte en se basant sur l'examen de 163 femmes enceinte et dans le post-partum

## **II. Objectifs**

### **1. Objectif général :**

❖ Etudier les pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

❖ Déterminer la fréquence des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le post-partum.

❖ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes.

❖ Identifier les facteurs de risque des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum.

❖ Décrire les aspects cliniques des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le post-partum.

❖ Décrire la prise en charge des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum.

### **III. Généralités**

#### **A. Définitions**

##### **1. La proctologie :**

Le mot proctologie vient du grec proktos « anus » et logos « science, étude ». La proctologie est la spécialité des maladies de l'anوس et du rectum [17].

##### **2. La Grossesse :**

Le dictionnaire Larousse définit la grossesse 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. » [18]

##### **3. Maladie hémorroïdaire :**

Les hémorroïdes du grec « Hémorroïden » sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie ». [19]

##### **4. La fissure anale :**

C'est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal [20].

##### **5. Une incontinence anale :**

Est définie par l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anوس jusqu'à la possibilité de le faire ou/et quand cela est socialement possible [21]. Il s'agit donc d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides [22].

##### **6. L'incontinence fécale (IF) :**

Est définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides par l'anوس, à l'exclusion de pertes isolées de gaz ou de glaires [21,22].

##### **7. L'abcès anal :**

Est une cavité remplie de pus, située à proximité de l'anوس ou du rectum [23].

## B. Rappels anatomiques

Deux éléments sont importants à signaler. Il s'agit de :

- L'anatomie de l'utérus gravide
- L'anatomie de la région Ano rectale

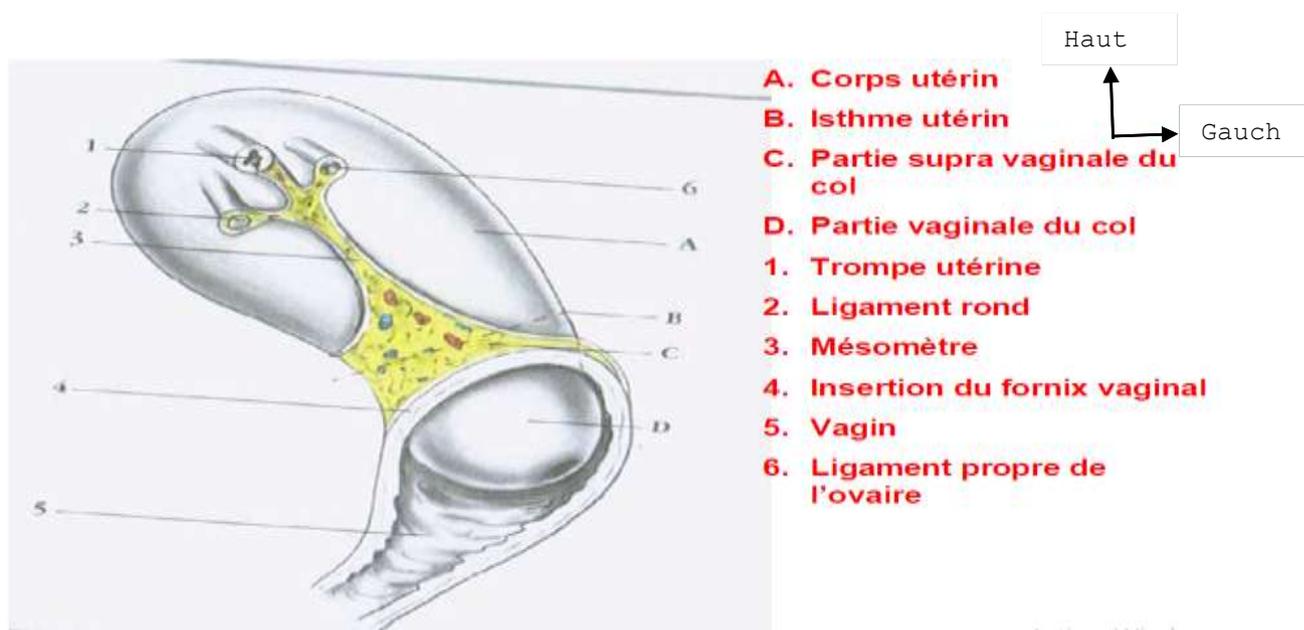
### 1) Anatomie de l'utérus gravide [24]

Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties :

- Le corps.
- Le col, il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.
- Le segment inférieur, situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculuse utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus.

C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne (figure I).



**Figure 1 :** Rappels anatomiques : Utérus (vue latérale) (Tirée de KAMINA P. [25])

## **1.1. Description des différentes parties**

### **a) Le corps utérin**

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

#### **i) Situation du fundus utérin**

- En début de grossesse, il est pelvien
- A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis
- A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

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

- A 4 mois  $\frac{1}{2}$ , il répond à l'ombilic
- Et à terme, il est à 32cm du pubis.

#### **ii) Les dimensions sont en moyenne**

- Pour la longueur :

- à la fin du 3ème mois : de 10 à 13cm
- à la fin du 6ème mois : de 17 à 18cm
- et à terme : de 31cm

- Pour la largeur :

- à la fin du 3ème mois : de 8 à 10cm
- à la fin du 6ème mois : de 18cm
- et à terme : de 23cm

#### **iii) Forme**

- Au cours du 1er mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique.
- Mais au 2ème mois, il est sphérique, semblable à une " orange ".
- Au 3ème mois, à un " pamplemousse ".
- Après le 5ème mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure.

En fait, la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle

dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine. Il est asymétrique ou étalé transversalement dans certaines malformations (utérus cordiforme).

#### **iv) Direction**

- •Au début de la grossesse, l'utérus habituellement antéversé, peut tomber en rétroversion.
- Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2ème ou 3ème mois.
- A terme :
  - o Sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.
  - o Dans le plan frontal, l'utérus, légèrement incliné vers la droite, présente un mouvement de torsion vers la droite. Cette dextrorotation varie en fonction du degré d'engagement de la présentation et de tonicité de la paroi. Son importance peut entraîner une dysaxie.

#### **v) Epaisseur de la paroi**

- Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4ème mois est de 3cm.
- Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît.
- Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus.

#### **vi) Consistance**

Elle est élastique et souple. Parfois, sa mollesse rend difficile la délimitation du fundus par le palper. Au cours du palper, il arrive qu'elle devienne dure sous l'influence d'une contraction.

#### **vii) Poids**

L'utérus pèse environ :

- à 2 mois ½ : 200g
- à 5 mois : 700g

- à 7 mois ½ : 950g
- et à terme 800 à 1200g.

### **viii) Capacité**

A terme, elle est de 4 à 5l.

### **b) Le segment inférieur**

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît après elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie lors des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

### **i) Forme**

C'est une calotte sphérique dont la convexité donne insertion au col. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

### **ii) Limites**

- La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col
- La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

### **iii) Dimensions**

- A terme, le segment inférieur mesure environ :
  - o 7 à 10 cm de hauteur
  - o 9 à 12cm de largeur
  - o 3cm d'épaisseur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

#### **iv) Formation**

Le segment inférieur se constitue aux dépens de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, comme le confirme la présence, au niveau du col, de cicatrices de césariennes segmentaires. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

#### **c) Le col utérin**

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail.

##### **i) Situation – Direction**

A partir du 3ème mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

##### **ii) Aspect – Dimensions**

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater :

Par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd sa tonicité et le canal cervical s'évasant progressivement, s'incorpore à la cavité utérine.

La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe " comme le diaphragme d'un appareil photographique ".

Si la succession des deux phénomènes est de règle chez la primipare, il n'en est pas de même chez la multipare, dont l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

##### **iii) Consistance**

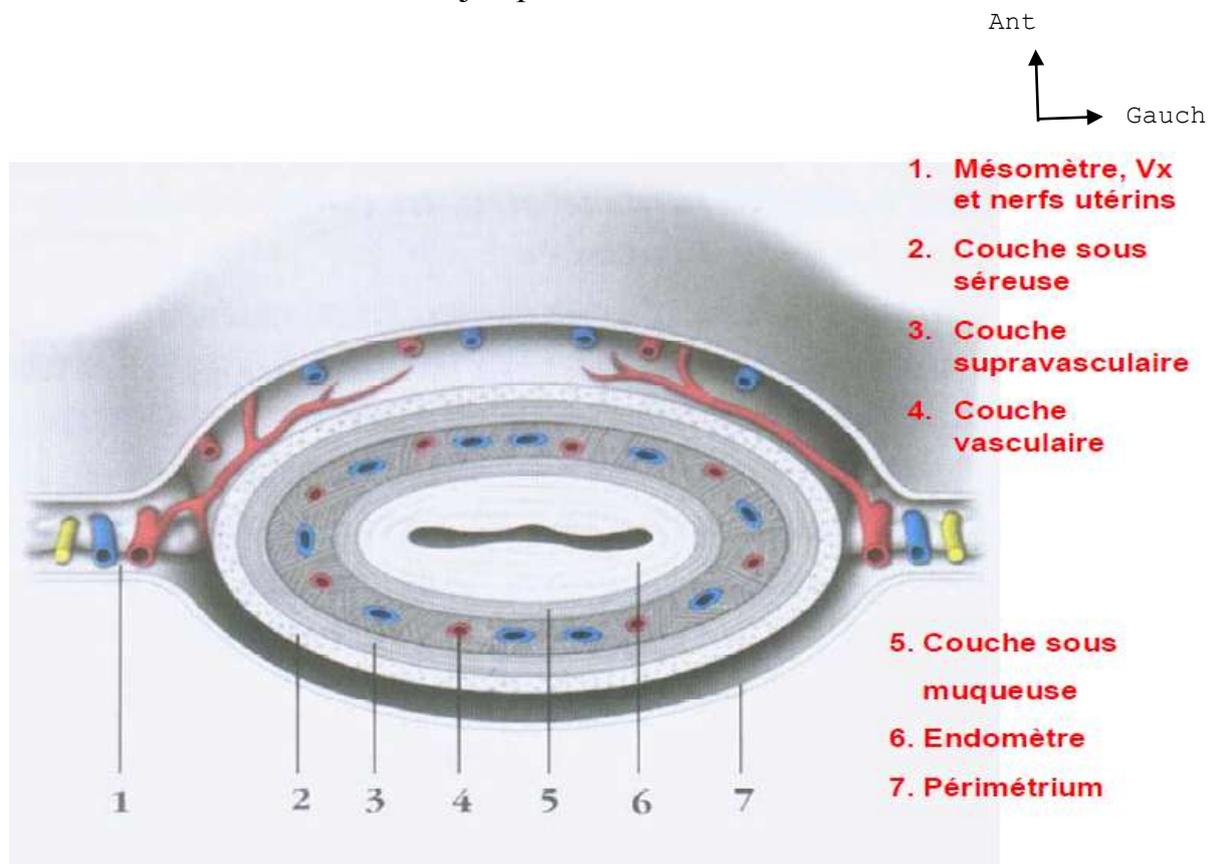
Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesse le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit

##### **iv) Etat des orifices du col utérin**

L'orifice externe :

- Chez la primipare, reste, en général, fermé jusqu'au début du travail.
- Chez la multipare, au contraire, il reste souvent perméable : c'est le col déhiscent de la multipare.

L'orifice interne : reste fermé jusqu'au début du travail



**Figure 2:** Structure du corps utérin (coupe transversale) (Tirée de KAMINA P. [25])

## 1.2. Rapports anatomiques de l'utérus gravide

### a) Les rapports anatomiques du corps utérin

L'utérus à terme est en rapport avec :

- **En avant**

La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum, plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure III).

- **En arrière**

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3ème vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

- **En haut**

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins :

En arrière : l'estomac ;

A droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ; plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

- **A droite**

Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

- **A gauche**

Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant. Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure III).

## **b) Les rapports anatomiques du segment inférieur**

- **La face antérieure**

La vessie est le rapport essentiel (figure IV). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul

de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

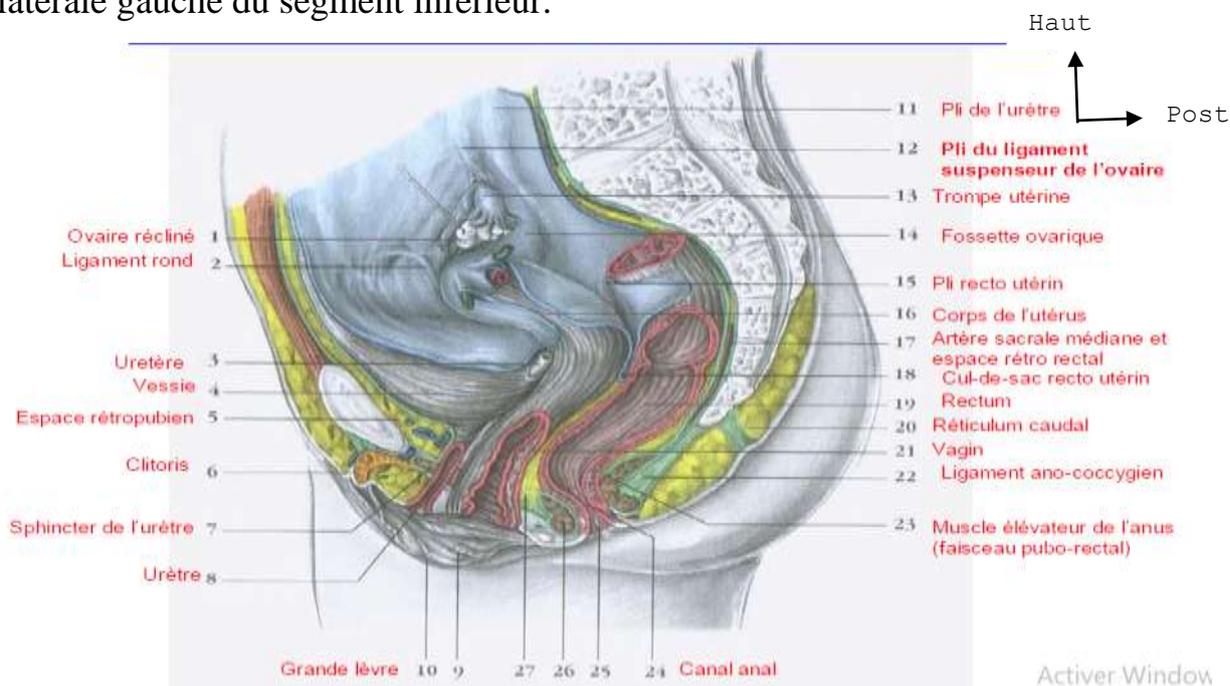
- **La face postérieure**

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

- **Les faces latérales**

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure V). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal.

La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro latérale gauche du segment inférieur.



**Figure 3:** Rappels anatomiques : Pelvis et périnée (Coupe para sagittale gauche)  
(Tirée de KAMINA P. ([25])

### **1.3. Vascularisation de l'utérus gravide**

#### **a. Les artères**

##### **❖ L'artère utérine**

➤ Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. figure VI.

➤ Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure IV).

##### **❖ L'artère ovarienne**

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

##### **❖ L'artère funiculaire**

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

#### **b. Les veines utérines**

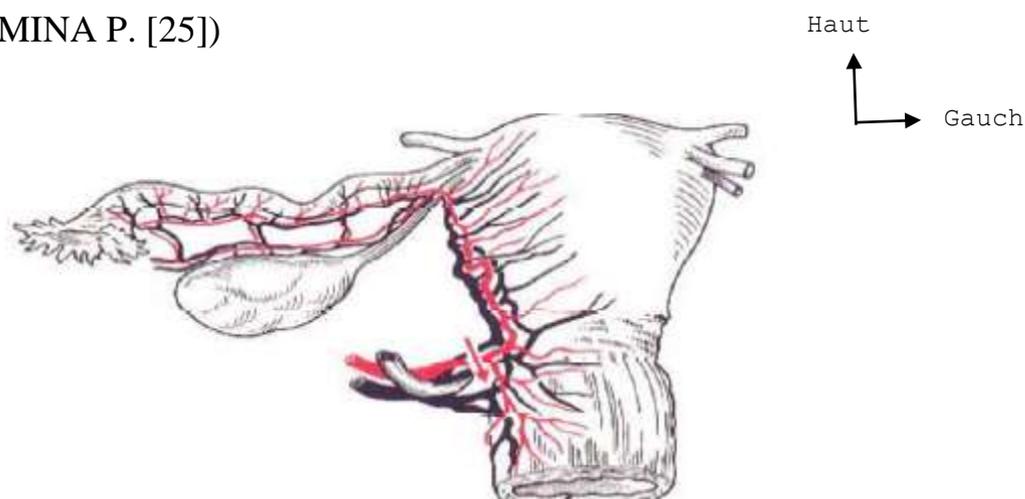
Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure IV).

#### **c. Les lymphatiques**

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

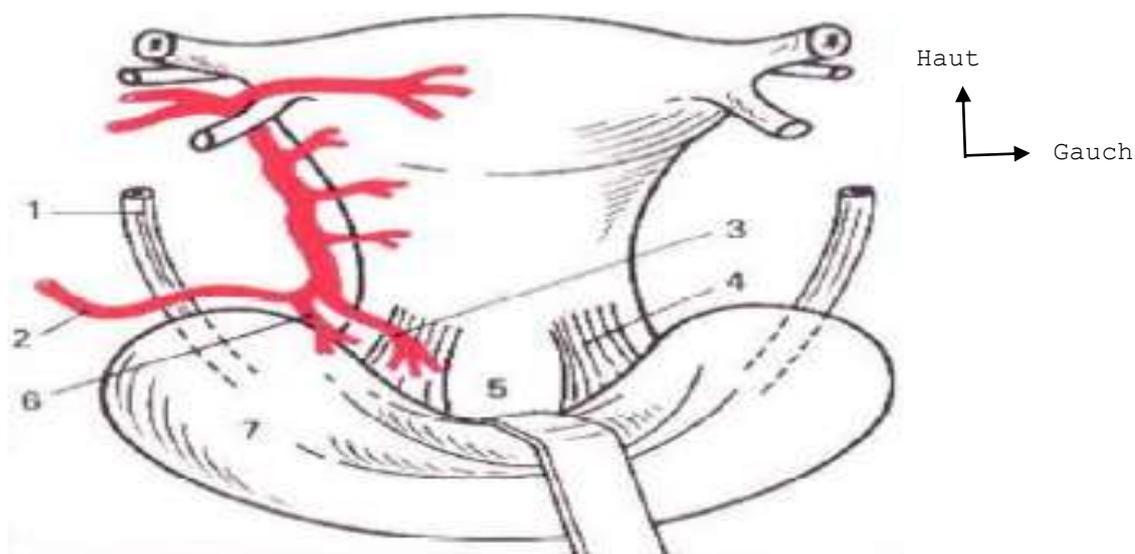


**Figure 4:** Croisement de l'artère utérine et de l'uretère (vue antérieure) (Tirée de KAMINA P. [25])



**Figure 5 :** Vascularisation de l'utérus (Tirée de KAMINA P. [25])

1. Uretère
2. A. utérine
3. A. cervico-vaginale
4. Ligament utérovésical
5. Vagin
6. A. vésico-vaginale
7. Vessie



**Figure 6:** Rapports de l'a. Utérine et de la vessie (Tirée de KAMINA P. [25])

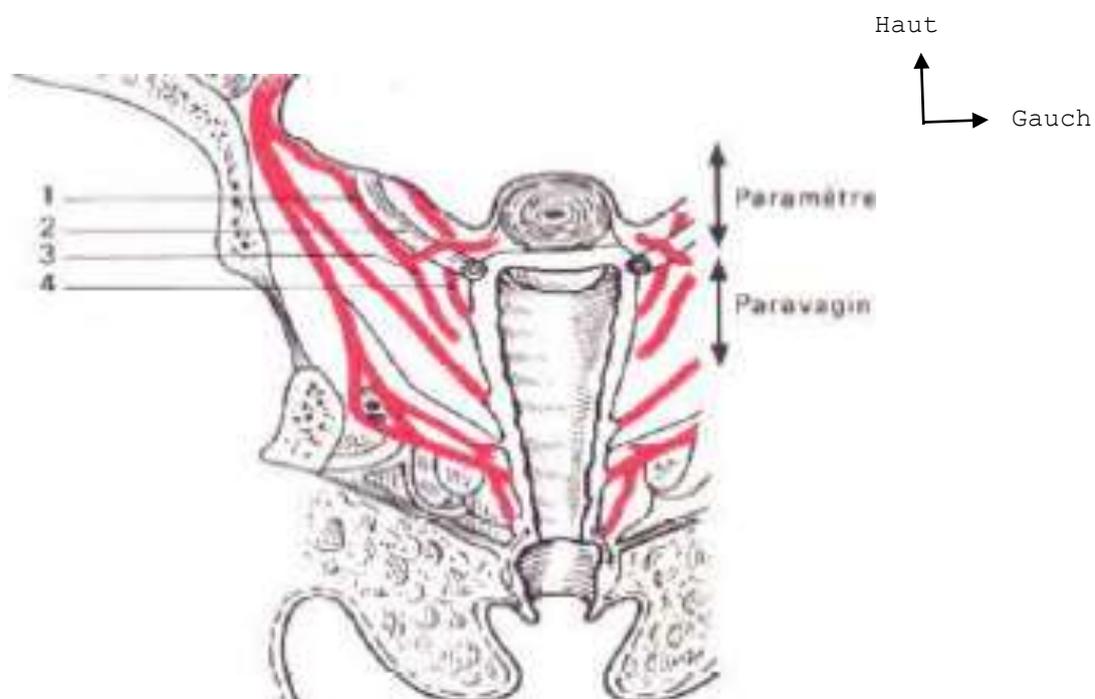
**1. A. utérine**

**2. Uretère**

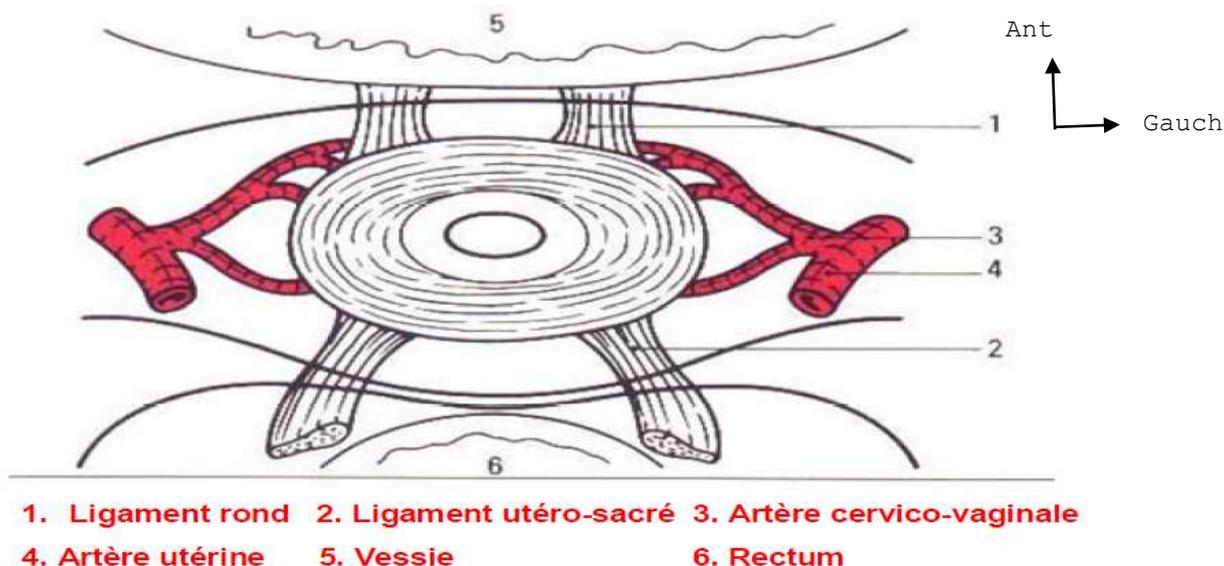
**3. A. cervico-vaginale**

**4. A. vaginale**

**longue**



**Figure 7:** Rapports sous péritonéaux du col (Tirée de KAMINA P. [25])



**Figure 8:** Distribution de l'artère cervico-vaginale (Tirée de KAMINA P. [25])

## 2) Anatomie de la région Ano rectale

L'intestin terminal a pour rôle d'assurer, grâce à des conditions anatomiques particulières, deux fonctions physiologiques distinctes, mais complémentaires,

- La continence fécale et
- La défécation.

Mieux que toute autre définition anatomique, c'est la définition clinique, fonctionnelle qu'il faut retenir (Milligan et Morgan, 1934) : zone de "contrainte", de haute pression, qui sépare et isole le rectum sus-jacent du milieu extérieur [26-27].

Le canal anal est un conduit cylindrique de 3 cm chez la femme.

Sa longueur augmente lors des efforts de retenue.

Il se situe en position strictement médiane dans le plan sagittal, se projetant radiologiquement dans un plan passant par le bord inférieur du pubis, les tubérosités ischiatiques et la pointe du coccyx, tous repères osseux cliniquement et radiologiquement identifiables.

Par son trajet oblique en bas et en arrière, il décrit, avec le rectum sus-jacent d'obliquité inverse, un angle (Ano rectal) ouvert en arrière dont la valeur varie de 80° lors d'un effort de retenue à 110° lors d'un effort de poussée.

La limite supérieure du canal anal est la jonction ou ligne anorectale définie par :

- le bord supérieur de l'appareil sphinctérien, qui est un repère clinique identifiable par le toucher rectal ;
- l'angle Ano rectal, encore appelé cap anal, qui est un repère défécographique ;
- la zone de transition entre muqueuse glandulaire du rectum, rose clair, et muqueuse cuboïde, rouge foncé, de la partie supérieure du canal anal, qui est un repère endoscopique (anuscopie) [28].

La limite inférieure correspond à la marge anale.

C'est l'anus proprement dit, ou encore ligne Ano-cutanée.

Elle est marquée par des plis radiés et une peau pigmentée pourvue d'annexes cutanées complètes (poils, glandes sébacées et sudoripares)

L'aspect endoluminal du canal anal [29] comporte un repère anatomique important : la ligne pectinée (pecten : crête de coq) ou ligne des cryptes ("dentate line" des auteurs anglo-saxons) [30].

Située en regard de la partie moyenne du sphincter interne de l'anus, à environ 2 cm de la marge anale, elle sépare le canal anal en deux zones d'origine embryologique distincte :

- La zone muqueuse sus-jacente (endodermique) et
- La zone cutanée sous-jacente (ectodermique).
- La zone muqueuse du canal anal est soulevée par les colonnes de Morgagni, au nombre de 8 à 14, qui s'étendent jusqu'à la ligne anorectale.

La zone cutanée du canal anal immédiatement sous la ligne pectinée est constituée, sur 1 cm environ, d'une peau fine, lisse, pâle et grise, dépourvue d'annexes cutanées, adhérente aux plans sous-jacents (muqueuse de Hermann). Elle se transforme progressivement en une peau normale qui tapisse la marge anale [31].

## **2.1. Anatomie descriptive :**

### **2.1.1. Anatomie macroscopique :**

#### **2.1.1.1. Configuration externe**

Le canal anal est oblique en bas et en arrière.

Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond, dans sa partie inférieure au sphincter externe ; il est en rapport avec :

- en arrière, le muscle élévateur (ou releveur) de l'anus ;
- en avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée ;
- sur les côtés, les muscles de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo urétrale et le pénis ;
- chez la femme, la paroi postérieure du vagin. Il se termine par l'anus qui fait suite au rectum [32].

#### **2.1.1.2. Configuration interne :**

- **Le pecten anal** est caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité par la ligne Ano-cutanée ; c'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mat, puis bleu [32].

- **Les colonnes anales de MORGANI** sont constituées par des plis 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 2mm, reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales, à ce niveau le pecten anal est rose.

Cette zone est séparée du rectum par la ligne Ano-rectale [33].

- **La zone Ano-cutanée** est lisse et haute de 1cm.

Elle est limitée par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe : c'est la ligne blanche.

- **La zone cutanée** : Elle continue avec la peau fine du périnée.

Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées. Selon certains auteurs [34] le canal anal se divise en deux (2) parties par la ligne pectinée qui est située aux environs de la jonction 1/3 moyen 1/3 supérieur du canal anal.

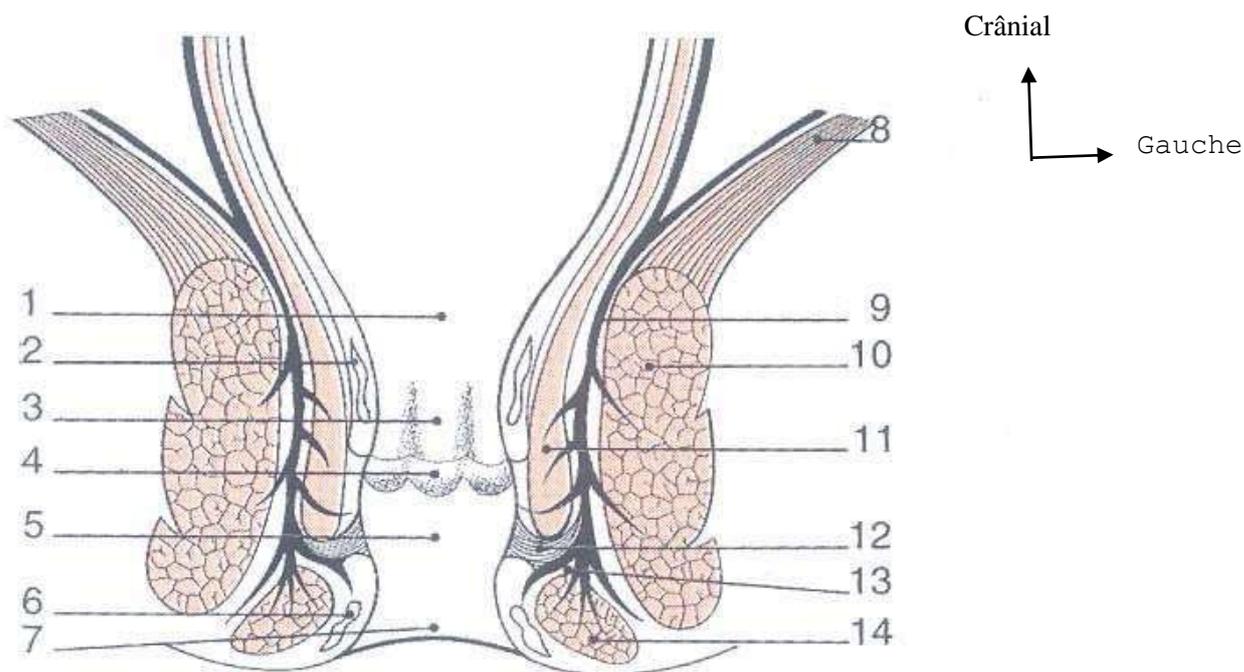
Cette ligne est oblique bas et en avant et constituée par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale, \_ les cryptes anales de

## MORGANI.

- **La portion sus-pectinée** : occupée par les replis verticaux, les colonnes de MORGANI au nombre de 6-8, elles ont une forme pyramidale de 10 à 15 de haut, leurs bases sont reliées entre elles par les commissures inter valvulaires remarquables par leur couleur rouge sombre liée aux volumineux plexus hémorroïdaires internes sous muqueux. Cette coloration tranche nettement avec la teinte rose pâle de la muqueuse rectale sus-jacente [35].

- **La portion sous-pectinée** : de couleur gris bleuté qui s'étend sur 10 à 15mm jusqu'à la marge anale dont elle est séparée par la ligne Ano cutanée. La muqueuse de cette portion sous-pectinée est intimement accolée au sphincter interne, sous-jacent par-là de PARKS [34]

**2.1.1.3. Appareil sphinctérien** : Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [36].



**Figure 9 :** Coupe frontale du canal anal [37]

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

Le système sphinctérien du canal anal est constitué de deux structures tubulaires

concentriques embryologiquement distinctes [26-31] :

– le tube interne, formé de fibres musculaires lisses, innervé par le système nerveux autonome, sans contrôle volontaire, est d'origine viscérale ;

– la composante externe, somatique, constitue un manchon musculaire autour du tube interne, intégré anatomiquement et fonctionnellement à sa partie supérieure, au plancher pelvien (muscles élévateurs de l'anus-levator Ani).

Ces muscles striés ont une activité tonique permanente (fibres de type 1), distincte de celle des autres muscles striés (fibres de type 2) [38], et capable de renforcements réflexes et volontaires.

Entre ces deux cylindres musculaires, existe un espace clivable mis à profit comme voie d'abord du plancher pelvien (voie inter sphinctérienne) [31-39].

Ce plan avasculaire est occupé par le muscle longitudinal anal qui solidarise l'ensemble sphinctérien.

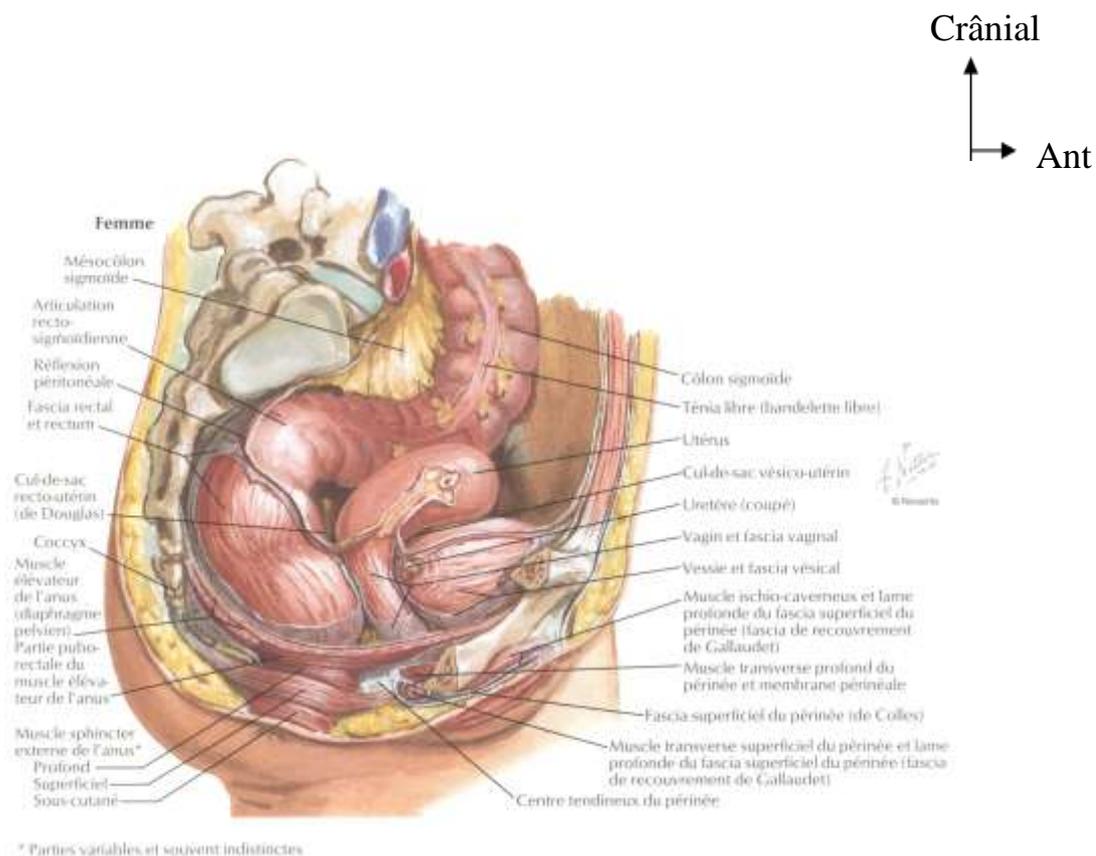
#### **2.1.1.3.1. Le sphincter interne de l'anus (composante viscérale) Ou muscle sphincter ani internus.**

C'est un muscle lisse constitué l'épaississement de la couche circulaire de la musculaire rectale.

Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [36] constitué de fibres musculaires lisses.

Il est innervé par le système neurovégétatif et échappe au contrôle de la volonté.

C'est le gardien de la continence anale [16]



**Figure 10** : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme [21]

C'est un anneau musculaire de 2-2,5 cm de haut et de 2,5-5 mm d'épaisseur, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale.

Son bord inférieur, arrondi et épais, est à 6-8 mm de la marge anale chez le sujet conscient.

Sous anesthésie générale, il est plus proche de l'anus, du fait du relâchement du sphincter externe [29-30].

Son bord supérieur, mal défini, se situe à 8-12 mm au-dessus de la ligne pectinée.

Le muscle s'identifie facilement par ses fibres blanches et circulaires (hémorroïdectomie, fissure, mucoséctomie).

Il est en contraction tonique permanente, inconsciente, et assure la fermeture automatique du canal anal au repos.

Il génère la majeure partie de la pression de repos enregistrée en manométrie Ano rectale (MAR).

Son ouverture est obtenue lors de la distension rectale par la mise en jeu du réflexe recto-anal inhibiteur.

Il apparaît en échographie endoanale (EEA) comme une couche concentrique hypo échogène, d'épaisseur inférieure à 4 mm.

Son atteinte se traduit de manière caractéristique par une incontinence anale passive, survenant sans que le patient en ait conscience [40-41].

### **2.1.1.3.2. Le sphincter externe ou L'appareil sphinctérien strié (composante somatique)**

Le sphincter externe est un ensemble musculaire complexe d'origine somatique.

Il a la coloration rouge des muscles squelettiques.

Il entoure de manière circulaire le sphincter interne et se renforce à la partie haute par le faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus (sangle des releveurs) [26-39].

Celui-ci cravate en fronde la jonction Ano rectale et lui confère son angulation particulière [29-42]

Le sphincter externe ne détermine qu'une faible part de la pression de repos (environ 20 %), mais augmente de façon réflexe et volontaire la pression anale lorsque les pressions intra-abdominale ou intra rectale s'élèvent (manœuvre de Valsalva).

Son activité correspond, en MAR, aux contractions volontaires, dont on apprécie les pressions maximales et la durée. En EEA, le sphincter externe correspond à la couche d'échostructure hyperéchogène mixte, plus épaisse, située en dehors du sphincter interne [41].

En raison de l'obliquité des fibres musculaires, la couche hyperéchogène n'est circonférentielle qu'à ses parties moyenne et basse, et reste ouverte en avant à son tiers supérieur.

L'atteinte du sphincter externe se traduit par une incontinence anale

“d’urgence”, avec l’impossibilité pour le patient d’empêcher une défécation alors qu’il en perçoit l’imminence [40].

Il se fixe en arrière sur le ligament Ano-coccygiens et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum, et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l’anus en trois (3) parties [36].

➤ **Le faisceau sous-cutané** : est une bande annulaire de muscle strié, triangulaire à sommet supérieur sur une coupe frontale (Fig.4). C’est la seule portion qui entoure l’orifice anal [34,43].

➤ **Le faisceau superficiel** : est un muscle elliptique qui s’étend entre le sphincter externe sous-cutané et le faisceau profond du sphincter externe.

Il entoure le sphincter interne dans ces 2/3 inférieurs.

Il se termine en s’insérant sur la point du coccyx et sur le ligament ano-coccygien.

➤ **Le faisceau profond** : est un tube musculaire d’une hauteur de 1cm.

Il se confond avec les fibres inférieures du faisceau pubo-rectal du releveur. C’est aussi un muscle circulaire comme le faisceau sous-cutané. Par sa tonicité, le sphincter externe assure l’occlusion du canal anal.

Il assure, ainsi, accessoirement la continence anale mais aussi joue un rôle important à l’expulsion au moment de la défécation [34-44].

### **2.1.1.3.3. Le muscle releveur de l’anus ou muscle levator ani. (Principal muscle du diaphragme pelvien).**

Il est pair, constitué par

- Le muscle pubococcygien : s’insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;
- Le muscle ilio-coccygien : s’insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l’arcade tendineuse du muscle élévateur de l’anus.

Ces deux (2) convergent en descendant vers la région retro-anale en croisant les faces latérales du rectum.

Ils s'insèrent sur le ligament Ano-coccygien, sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum.

Le faisceau pubo-rectal naît sur la face supérieure du pubis à côté du disque inter pubien.

Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal.

Il croise le vagin chez la femme.

Il se termine sur le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum ou ses fibres s'insinuent entre les parties du sphincter externe de l'anus.

Il participe efficacement au soutènement des viscères pelviens.

La contraction de sa partie externe entraîne l'occlusion du canal anal et celle de la partie interne, le dilate, assurant le 1er temps de la défécation [36].

#### **2.1.1.3.4. Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani.**

Il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus.

Il irradie vers son sphincter externe.

Sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus.

Il appartient pour certains auteurs à la couche musculaire du canal anal [36].

#### **2.1.1.3.5. Le corps caverneux et le muscle canalis ani :**

**Le corps caverneux :** se situe dans le 1/3 supérieur du canal anal en dessous de la ligne Ano rectale comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel.

Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure.

Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H, 11H ou ils peuvent être palpés.

Ils forment un réseau capillaire dans le corps caverneux.

Le corps caverneux est ancré sur les fibres du muscle canalis.

Ce muscle naît du sphincter ani internus sous forme d'écrou et traverse toute la largeur du corps caverneux.

Il joue un rôle très important dans la fermeture du rectum.

Les fibres caudales reviennent au sphincter ani internus, les autres sont ancrées sur le septum intermusculaire et la peau périnéale.

Le muscle canalis ani et le corps caverneux forment les colonnes anales qui sont plus longues sur la commissure postérieure que sur la commissure antérieure [18].

#### **2.1.1.3.6. La couche longitudinale complexe :**

Cette couche est dite complexe parce que les éléments qui la constituent, sont d'origine.

Si la plupart des auteurs s'accordent à lui reconnaître approximativement les mêmes origines, il n'en est pas de même pour ses terminaisons.

Selon la description de MILLIGAN et MORGAN [34], qui est la plus couramment admise, elle est composée par l'assemblage :

- Des fibres lisses de la couche longitudinale du rectum ;
- Des fibres striées issues du releveur de l'anus du faisceau profond du sphincter externe et ;
- Des fibres tendineuses de l'aponévrose pelvienne supérieure (faisceau pelvien).

Le complexe musculo-tendineux ainsi formé, descend entre le faisceau profond du sphincter externe pour se terminer en éventail un peu en avant du bord inférieur du sphincter externe ; les fibres de cet éventail vont :

- En dedans, constituer le septum intermusculaire de MILLIGAN et MORGAN qui sépare le sphincter interne du faisceau sous-cutané du sphincter externe.

Au préalable, une partie des fibres traverse ou contourne, selon les auteurs, le sphincter interne et se fixe à la muqueuse du canal anal, contribuant à former le ligament suspenseur de PARKS.

- En bas après avoir traversé, engainé et divisé en faisceaux secondaires, le faisceau sous-cutané du sphincter externe, les fibres de la peau vont s'insérer à la peau constituant le corrugator culis ani qui donne l'aspect caractéristique des plis radiés de l'anus ;

- En dehors, elles forment un septum, le fascia périnéal de MORGAN, qui s'étend de l'ischio-rectale, séparant les faisceaux sous-cutané et profond sphincter externe ;
- En avant, elles participent à la constitution du centre tendineux du périnée. Cette couche (ancree dans l'océan indien, selon l'expression de EATON) rend solidaires les appareils sphinctériens interne et externe, et constitue un ensemble de voies par lesquelles pourra cheminer l'infection [43, 34].

#### **2.1.1.4. Espaces cellulux péri-anaux :**

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

**2.1.1.4.1. L'espace circum-anal sous-muqueux :** est situé dans les 2/3 supérieurs du canal anal entre la muqueuse anale et le sphincter interne limité en bas par le ligament de PARKS et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous-muqueuse du rectum.

Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la muscularis mucosae ani, le plexus lymphatique sous-muqueux et le début des canaux glandulaires d'HERMANN et DEFOSES.

#### **2.1.1.4.2. L'espace péri-anal sous-cutané :**

Il est situé dans le 1/3 inférieur du canal anal, limité en bas par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de MORGANI.

IL contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdal externe et les glandes sudoripares et sébacées.

**2.1.1.4.3. La fosse ischio-rectale :** C'est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum.

De forme prismatique, triangulaire, elle présente un sommet supérieur et une base périnéale.

Sa paroi latérale verticale est formée du muscle obturateur et de son fascia.

Sa paroi médiale, oblique en bas et en dedans, est constituée par les muscles

élévateurs et le sphincter externe de l'anus.

Elle se prolonge en avant, vers le périnée antérieur sous le muscle élévateur, et en arrière, dans la région glutéale.

Elle est remplie d'un corps adipeux traversé par des vaisseaux et nerfs, et présente sous sa paroi externe, le canal honteux [34].

Il est admis actuellement que les fosses ischio-rectales communiquent entre elles en arrière du canal anal par les espaces retro-anaux supérieur et inférieur [34].

#### **2.1.1.4.4. L'espace postérieur du releveur de COURTNEY :**

C'est normalement virtuel, situé latéralement et en arrière entre les plans supérieur et inférieur du releveur.

Il peut constituer une voie d'extension controlatérale des suppurations aboutissant à la création de fistule « en fer à cheval ».

**2.1.1.4.5. L'espace inter-sphinctérien :** Il est situé entre le sphincter interne et le faisceau profond du sphincter externe. Il contient la couche longitudinale complexe et est le siège des abcès ou diverticules intra-muraux [34].

#### **2.1.1.5. Vascularisation du canal anal :**

##### **2.1.1.5.1. Vascularisation artérielle :**

- **Artère rectale supérieure ou artère rectalis supérieure :** Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse.

Ces branches perforent la paroi rectale à 8cm de la marge anale avant de descendre dans la sous-muqueuse.

Elles prennent ensuite un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal.

Elles jettent au niveau de la ligne pectinée.

- **Artère rectale moyenne ou artère rectalis média :**

Elle naît de l'artère iliaque interne, descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum et se termine à ce niveau par 3 ou 4



### **2.1.1.5.3. Vascularisation lymphatique :**

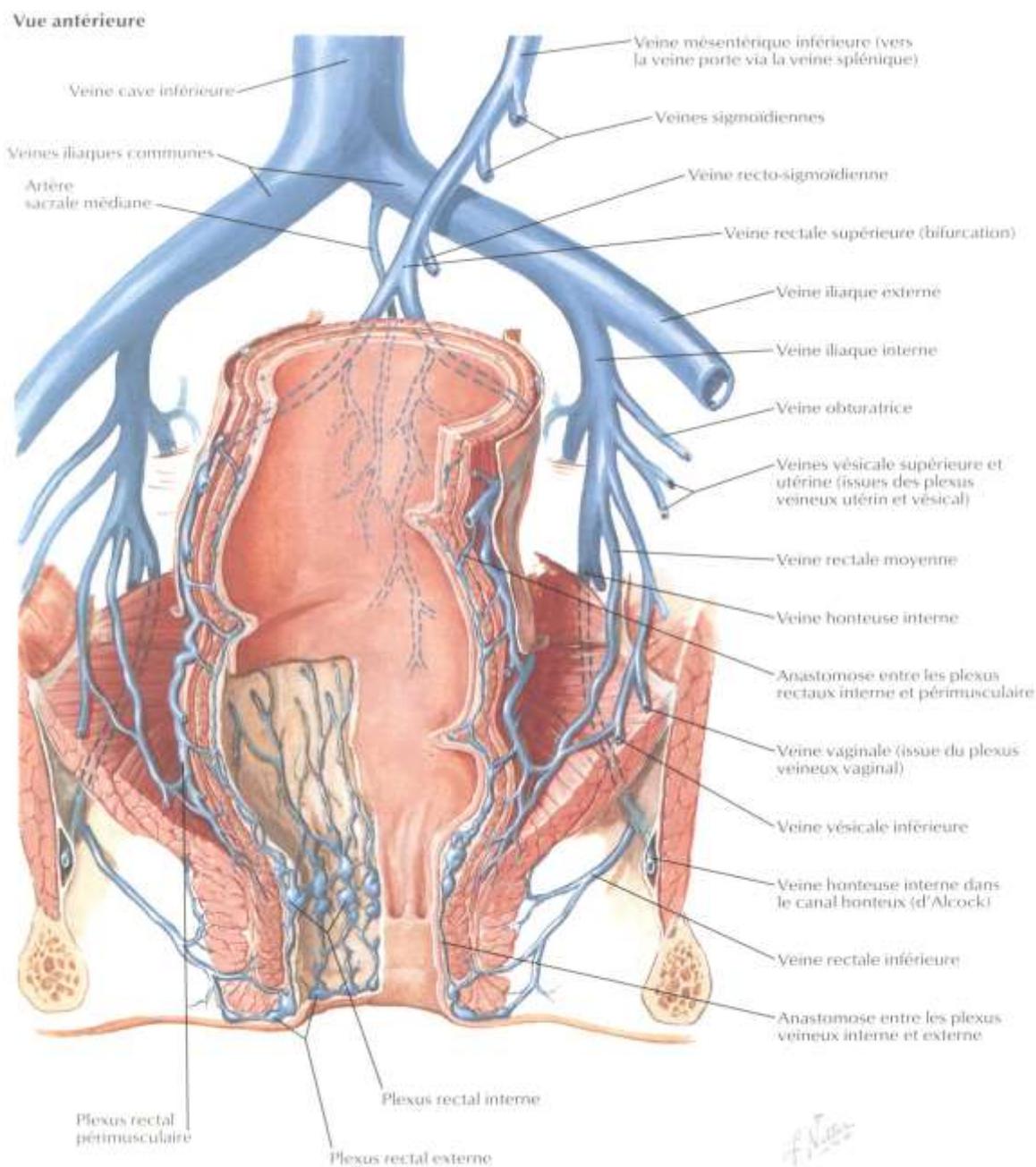
Les collecteurs satellites de l'artère supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : les nœuds lymphatiques mésentériques inférieurs.

Les collecteurs satellites de l'artère rectale moyenne se dirigent vers les nœuds lymphatiques iliaques internes.

Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguinaux superficiels [36].

Les filets sympathiques proviennent du nerf érecteur et les filets parasympathiques, des 2èmes et 4èmes segments lombaires du plexus hypogastrique.

## Crânial



**Figure 12:** Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal [23]

### 2.1.1.5.4. L'innervation du canal anal

Le canal anal est sous la dépendance à la fois du système nerveux autonome orthosympathique (excitateur) et parasympathique (inhibiteur) [31-45] et du système nerveux volontaire.

Les centres médullaires de la commande volontaire siègent en S2-S3-S4 et sont placés sous contrôle cortical.

➤ **Le sphincter externe** : est innervé par le nerf rectal inférieur, branche collatérale du plexus honteux.

Il naît par deux (2) racines des rameaux ventraux de S3 et S4.

Il sort du petit bassin par la grande incisure ischiatique, en dessous du muscle piriforme.

Il se termine en se divisant en rameaux :

- Moteurs, pour le muscle sphincter externe de l'anūs ;
- Sensitifs, pour les téguments péri-anaux.

Ce nerf anciennement appelé nerf anal ou encore nerf hémorroïdal, peut être double, voire même triple et naître de la face postérieure du nerf honteux.

➤ **Trajet du nerf anal** : branche du plexus honteux, le nerf anal (pudendal) véhicule les informations sensibles et les ordres moteurs provenant du canal anal ou qui lui sont destinés, ainsi qu'à son appareil sphinctérien. Dans l'incontinence fécale idiopathique, Parks et coll.

Ont montré qu'il existait une dénervation sphinctérienne sur des arguments histologiques et électromyographies [31-46-47].

L'étirement des nerfs destinés au canal anal et au plancher pelvien est la cause de cette incontinence d'origine neurogène.

Cet étirement traumatique est manifeste au cours de l'accouchement par voie basse, et d'autant plus que celui-ci est difficile (gros poids de naissance, forceps), prolongé, multiple [47]. Les efforts répétés de poussée (constipés chroniques) ont les mêmes effets délétères [46-48].

Le trajet particulier du nerf anal favorise la survenue d'une neuropathie d'étirement : peu après son origine, il quitte le pelvis dans l'angle aigu que forment les ligaments sacro-ischiatique et sacro-épineux au contact de l'épine sciatique.

De la région fessière où il se trouve alors, il repasse dans le pelvis par la petite

échancrure sciatique, cheminant dans la fosse ischio-anale, accompagné des vaisseaux rectaux inférieurs, en direction de la région anale.

Cette disposition anatomique (amarrage autour d'un point fixe, l'épine sciatique, et rattachement à une structure mobile [parfois excessivement], le plancher pelvien) est à l'origine de nombreux troubles de la fonction Ano rectale.

### **2.1.2. Anatomie microscopique :**

#### **2.1.2.1. Couche interne :**

- **La zone de transition** : elle est comprise entre la ligne Ano rectale et la ligne pectinée.

Cette transition s'effectue soit brusquement, soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium dit de « transition ».

Cet épithélium est d'origine cloacale.

Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre ectoderme para malpighien ; cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié [43].

- **Le pecten anal** : est constitué d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé, sans diverticules pileux. Sa lamina propria est dépourvue de follicules lymphatiques.

La muscularis mucosae n'est présente qu'au niveau des colonnes.

- **La zone Ano cutanée** : lisse est un épithélium pavimenteux, stratifié et kératinisé sans formation cutanée.

- **La zone cutanée** : est un revêtement cutané identique à celui du périnée.

Elle est pigmentée, riche en follicules pileux, en grosses glandes sébacées et glandes circum-anales.

#### **2.1.2.2. Sous muqueuse :**

La sous muqueuse de la région Ano rectale est riche en plexus veineux denses et volumineux en nombreux filets nerveux et en corpuscules lamelleux.

#### **2.1.2.3. Musculeuse :**

Elle est constituée par les sphincters interne et externe.

#### **2.1.2.4. Glandes anales :**

➤ **Les glandes d'Hermann et Desfosses :** encore appelées proctodéales [19].

Ce sont des canaux glandulaires, simples ou ramifiés, qui s'abouchent au niveau des cryptes de MORGAGNI. Ils s'étendent dans la sous muqueuse que plus de 80% traversent en franchissant le sphincter interne, pouvant envoyer alors des prolongements dans la couche longitudinale complexe, voire le sphincter externe.

Il s'agit de vestiges des glandes odorifères des mammifères.

En effet, leur origine est cloacale [42-34].

➤ **Les glandes sous pectinées :** Ce sont des formations glandulaires dont le collet est endo-anal sous la ligne des cryptes.

Les orifices sont, en règle, antérieurs situés de part et d'autre de la ligne médiane.

Le corps de la glande passe sous le sphincter interne pour se terminer entre lui et le faisceau profond du sphincter externe.

La nature histologique de ces glandes est analogue à celle des précédentes.

Elles peuvent être à l'origine d'abcès inter-sphinctériens [34].

#### **2.1.3. Les rapports [49]**

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

- Dans le périnée postérieur, il est entouré par le sphincter externe de l'anus.
- En arrière, les rapports sont identiques chez l'homme et la femme, ils s'effectuent avec les muscles releveurs dont les fibres s'unissent sur la ligne médiane en formant le raphé ano-coccygien.
- Latéralement, le canal anal répond aux fosses ischio-rectales, lieu de propagation des suppurations ano-périnéales.
- Elle est limitée en haut par le muscle pubo-rectal, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur, en bas par les plans superficiels du

périnée contenant une graisse abondante ainsi que le paquet vasculo-nerveux honteux interne qui chemine contre la paroi pelvienne dans le canal d'Alcock.

Cette région constitue le site d'infiltrations, utilisée comme support de techniques d'anesthésie en chirurgie proctologique, antalgiques dans 10 certaines algies pelviennes ou manifestations douloureuses chroniques attribuées à une neuropathie pudendale (nerf honteux interne) décrite sous le terme de syndrome du canal d'Alcock.

- En avant, Chez la femme, les rapports s'effectuent avec le triangle ano-vulvaire délimité par la paroi antérieure du canal et la cloison recto-vaginale contenant également le noyau fibreux central du périnée moins développé que chez l'homme.

#### **2.1.4. Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif [50]**

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

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

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

### **3. Les pathologies anales**

#### **3.1.1 La maladie hémorroïdaire**

##### **3.1.1.1 Signes cliniques et physiopathologie**

On différencie les hémorroïdes externes (HE) des internes (HI).

Ces dernières sont situées au-dessus de la ligne dentée et proviennent du plexus hémorroïdaire supérieur, les HE, situées sous la ligne anale, provenant elles du plexus inférieur.

Les HE se manifestent par des douleurs, un prurit et une extériorisation.

Les HI s'accompagnent de saignements, de sécrétions mucoïdes et sont souvent

indolores.

On différencie la thrombose hémorroïdaire interne (THI) de la thrombose du réseau externe (THE) (hématome péri-anal).

La maladie hémorroïdaire peut se manifester sous tous ses modes d'expression clinique au cours de la grossesse : rectorragies, prolapsus, thromboses.

La prévalence de la maladie augmente avec l'âge, elle n'est pas liée au sexe.

Les femmes souffrant de cette affection ont eu fréquemment une ou plusieurs grossesses [51].

On distingue les hémorroïdes externes situées dans l'espace sous cutané du canal anal, sous la ligne pectinée et les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous muqueux du canal anal, au-dessus de cette ligne [52].

➤ **Les hémorroïdes internes** se manifestent principalement par un saignement (rectorragie) et/ou un prolapsus ou procidence [53].

- **La rectorragie** : elle est indolore, variable dans sa fréquence et augmente avec la taille et l'inflammation des paquets hémorroïdaires [54].

Le saignement hémorroïdaire est classiquement rythmé par la défécation, fait de sang séparé des selles et s'écoulant le plus souvent en fin de défécation [55].

- **Le prolapsus hémorroïdaire** : s'extériorisant à la marge anale, il peut être perçu comme la sensation d'une masse lors de la défécation [56] permanent ou intermittent [55] et parfois peut être responsable d'un suintement ou d'un saignement pouvant provoquer une irritation cutanée péri anale cause de prurit. [53].

➤ **Les hémorroïdes externes** se manifestent principalement par les thromboses. La symptomatologie (tuméfaction plus ou moins œdématisée et bleutée, douleur d'intensité variable) dure quelques jours et régresse spontanément [53].

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

### 3.1.1.2. Diagnostic

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

Le malade sera examiné en position genou – pectoral ou en décubitus latéral gauche en lui demandant de pousser [57].

La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, congestifs, parfois ulcérés, à travers l'anus.

Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H, 11H et quatre petits paquets intermédiaires.

- **A l'inspection**

Après un bon éclairage, on recherchera une ou plusieurs procidences souvent les trois classiques [32] (3 heures, 7 heures, et 11 heures) des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissures, fistules, abcès).

- **Au toucher rectal**

On apprécie la tonicité du sphincter, la présence éventuelle d'une masse rectale. A l'issue de l'examen clinique il est possible de classer les hémorroïdes en différents stades (ou grades), mais cette classification ne tient malheureusement pas compte des épisodes de thromboses [33].

- **Stades cliniques**

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

2 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction spontanée.

3 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction manuelle.

4 : Prolapsus irréductible.

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

**La constipation** est un facteur favorisant admis de la maladie hémorroïdaire.

Chez la femme enceinte la constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus ralentit le transit, les modifications hormonales diminuent les contractions intestinales ainsi qu'à la supplémentation

en fer [58].

**La dyschésie** est un facteur indépendant augmentant le risque de survenue d'une crise hémorroïdaire au cours de la grossesse [59].

Il existe un bouleversement hormonal au cours de la grossesse or on sait que le tissu hémorroïdaire est riche en récepteurs œstrogéniques et sensibles aux variations hormonales [51].

Le ligament de Parks, qui constitue le ligament suspenseur des hémorroïdes au canal anal, se relâche au cours de la grossesse sous l'effet de cette imprégnation œstro-progestative [51].

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

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

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

- **Les thromboses hémorroïdaires**

- **Thrombose externe** : il s'agit d'une urgence, Elle réalise une tuméfaction bleutée sous cutanée dure et douloureuse. Elle est souvent entourée d'une zone œdémateuse. On observe des zones noirâtres contenant des caillots de sang.

- **Thrombose interne** : quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intra-canalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées. Quand elle est extériorisée ou prolabée, elle est difficile voire impossible à réduire.

La douleur est permanente et exacerbée par la défécation.

### **3.1.1.3. Traitement :**

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

hémorroïdes.

Les prescriptions médicamenteuses chez ces gestantes doivent toujours être prudentes à cause du potentiel risque tératogène ou du passage dans le lait maternel. Les mises en garde, précautions et autorisations de prescriptions que nous allons aborder proviennent du Vidal et d'un site dédié très régulièrement remis à jour : le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. ([www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)). La thrombose hémorroïdaire est le plus souvent externe mais peut toucher les hémorroïdes internes.

**L'incision ou l'excision** de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces deux gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non œdématisées [60].

Le traitement est donc le plus souvent médical. Il doit toujours contenir un régulateur du transit [60], le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées.

Il faut privilégier les osmotiques et les mucilages qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque durant la grossesse et l'allaitement.

**Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires [61], mais leur prescription est contre-indiquée durant le troisième trimestre de grossesse et non conseillée en début de grossesse. On les prescrit alors en cure courte de 3 à 7 jours en fonction de l'importance de la douleur et de l'œdème. Durant la période où les AINS sont contre-indiqués, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40 mg/j pendant 3 à 5 jours en cas de thrombose œdématisée.

**Les veïnotoniques** peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée [61].

Enfin, l'ordonnance de ces femmes consultant pour douleur doit contenir des **antalgiques**. Le paracétamol seul peut être prescrit sans restriction chez ces parturientes selon la posologie habituelle. La codéine peut être prescrite en cure courte durant toute la grossesse. En cas d'allaitement, la codéine doit être évitée

mais peut être utilisée en cure courte en l'absence d'autre alternative. Durant la grossesse, le tramadol ne doit être prescrit qu'en cas d'échec de la codéine et en cure courte. Il peut être également prescrit 2 à 4 jours maximum en cas d'allaitement.

En pratique, les thérapeutiques agissant sur l'inflammation locale, les antalgiques de niveau 1 et la régulation du transit sont souvent suffisantes pour traiter la douleur et permettent d'éviter de prescrire un antalgique de niveau 2.

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

Ce sont des traitements qui n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne ; en provoquant soit une fibrose cicatricielle, soit en réduisant le volume hémorroïdaire [62].

On dispose de différentes techniques :

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

Seule la photo-coagulation à l'infrarouge peut être réalisée chez la femme enceinte [63]. Le traitement chirurgical comprend des interventions partielles réalisées le plus souvent en urgence et d'autres complètes (cure de la maladie hémorroïdaire) réalisées à froid [62]. En effet, les interventions partielles sont réalisées sous simple anesthésie locale.

### **3.1.2. La fissure anale**

#### **3.1.2.1. Signes cliniques et physiopathologie**

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

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

### **3.1.2.2. Le diagnostic :**

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

- **le caractère retardé de la douleur** : celle-ci est provoquée ou exacerbée par la selle ; elle est suivie d'une rémission de quelques minutes et s'installe alors souvent, très vive, durant des heures ;
- **son association à la contracture sphinctérienne** : cette contracture n'est pas toujours manifeste et peut manquer, ou en tout cas être très discrète, à peine visible et perceptible une fois sur deux.

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

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

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

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

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

fond est creusant, et même strié transversalement par les fibres du sphincter interne, reconnaissable par sa couleur blanc-nacré.

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

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

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

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

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

L'irradiation peut se faire vers les fesses, les organes génitaux externes, les cuisses. Les autres signes sont constants : saignements (85% des cas), prurit marginal (60% des cas), constipation réflexe (25% des cas). Le déplissement des plis radiés de l'anus permet de voir la fissure en forme de raquette à bords nets, à fond rouge, souvent commissurale postérieure [64].

La particularité chez la femme enceinte est la localisation antérieure des fissures du fait de la faiblesse du septum recto vaginal et aussi l'absence d'hypertonie sphinctérienne [65].

Comme facteur de risque l'étude de Corby et al mettaient en exergue le rôle de la constipation avec 62 % de constipées chez les patientes avec FA versus 29 % chez celles n'en souffrant pas ( $p < 0,01$ ) [66].

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

- L'accouchement après 39,7 semaines,
- Le poids du bébé,
- Une incontinence fécale en postpartum

➤ Et la durée de l'expulsion (20 minutes) [67].

### 3.1.2.3. Traitement

Le traitement conservateur comprend : un laxatif, l'application d'anesthésiant local (lidocaïne sous forme de suppositoires ou de crème), un bain chaud de siège et l'application locale de nifédipine (0,2-0,5 %). Elle présenterait moins d'effets secondaires (céphalées) et serait plus efficace que le trinitrate de glycéryl topique [67]. Chez la femme enceinte, le traitement médical est largement justifié. Il permet le plus souvent une cicatrisation sinon définitive, du moins suffisante pour ne recourir à un traitement ambulatoire instrumental ou chirurgical qu'après l'accouchement.

En cas d'échec, une intervention chirurgicale qui consiste à réaliser le plus souvent une **fissurectomie** pouvant être associée à une **anoplastie** (uniquement pour les fissures postérieures) sans sphinctérotomie afin de ne pas léser un anus ayant déjà pu l'être lors de l'accouchement. Cette technique a démontré son efficacité et sa faible morbidité [68].

### 3.1.3. Incontinence anale

#### 3.1.3.1. Signes cliniques et physiopathologie :

On distingue deux types d'incontinence anale.

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

**L'incontinence active** : le patient perçoit le besoin d'exonérer, souvent de manière urgente. Elle peut être rencontrée en cas de rupture du sphincter externe ou d'atteinte du réservoir rectal : dans ce cas, ce sont des troubles de la compliance [69].

- **L'interrogatoire** consiste à mettre en exergue les symptômes présentés par la patiente et à récolter des informations concernant les causes possibles d'incontinence anale. Pour cela, il faut se renseigner sur les antécédents gynécologiques, obstétricaux et chirurgicaux de la patiente [70-71]. Au cours de

cet interrogatoire, il est fondamental d'évaluer la qualité de vie de la patiente pour permettre de mesurer l'impact sur sa vie de tous les jours et ainsi de se rendre compte de la gêne occasionnée. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état total de bien-être à la fois physique, mental et social [72]. Dans le cas de l'incontinence anale ces trois aspects sont touchés ; en effet les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont telles que les patients ont du mal à en parler et à consulter au moment opportun pour se faire soigner. L'évaluation de l'impact de l'incontinence anale est alors primordiale et systématique lors de l'interrogatoire. Pour cela des échelles et des scores de qualité de vie sont établis [72].

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

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

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

A la suite de cet interrogatoire, un projet thérapeutique peut être défini [70].

**Tableau I:** Score de Jorge et Wexner

Fréquence des pertes	Jamais	< 1/mois	< 1/Semaine	>1/semaine	1/jour
Selles Solide	0	1	2	3	4
Selles Liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Protection	0	1	2	3	4
Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4

Ce score varie de 0 à 20

0 à 4 : Minime

5 à 9 : Modère

10 à 16 : Importante

17 et plus : Sévère

- **L'examen clinique** doit s'intéresser particulièrement à la vacuité du rectum, au tonus de repos, à la contraction volontaire [70].

Un bilan proctologique et gynécologique doit être réalisé tout comme un examen du périnée pour évaluer la présence ou non de lésions morphologiques, les troubles réflexes, sensitifs ou moteurs [73]. L'examen est dynamique et doit comporter une phase statique et un examen de poussée. Un toucher rectal peut aussi être réalisé afin d'évaluer la sensibilité périnéale et la qualité des réflexes de la patiente [70].

- **Physiopathologie**

➤ **Pendant la grossesse**

L'augmentation du poids viscéral, l'allongement des moyens de suspension de l'utérus et la diminution du système d'amarrage des viscères entraînent des modifications pelvi-périnéales pendant la grossesse [69].

De plus, la pression qui s'exerce sur le périnée ne se fait plus en direction de la région anococcygienne mais en regard de la fente vulvaire [74].

➤ **Pendant l'accouchement**

Plusieurs mécanismes pendant le travail comme la dilatation du col, l'engagement de la tête fœtale ou le passage du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne sont à l'origine d'un étirement des fibres élastiques des ligaments de certains muscles entraînant ainsi des troubles statiques [75].

➤ **Durant le post partum**

Les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo-rectale) [66].

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

➤ **Principales causes d'incontinence anale**

**Les causes sphinctériennes** sont les lésions des sphincters anaux. Elles sont

généralement post-obstétricales, post-chirurgicales ou post-traumatiques. Plus rarement on retrouve une malformation ano-rectale congénitale.

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

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

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

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

**Des troubles du transit** (diarrhées chroniques, stase au niveau rectal) ou troubles de la statique pelvienne suite à un prolapsus extériorisé peuvent également être responsables d'IA [76-77].

### **Principales causes d'incontinence anale en post-partum :**

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

- **Les lésions musculaires** : un grand nombre d'études a confirmé que les lésions du sphincter anal sont un risque majeur d'IA post-obstétricale. En effet, malgré une réparation périnéale immédiate, ces déchirures sont pourvoyeuses d'IA dans 17 à 47% des cas [78]. Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'urgence à la défécation.

- **Les ruptures sphinctériennes** peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement ou rester occultes et se révéler secondairement lors d'un bilan d'IA [74].

Les ruptures sphinctériennes (classification anglo-saxonne) : on distingue quatre

degrés de déchirures (tableau II).

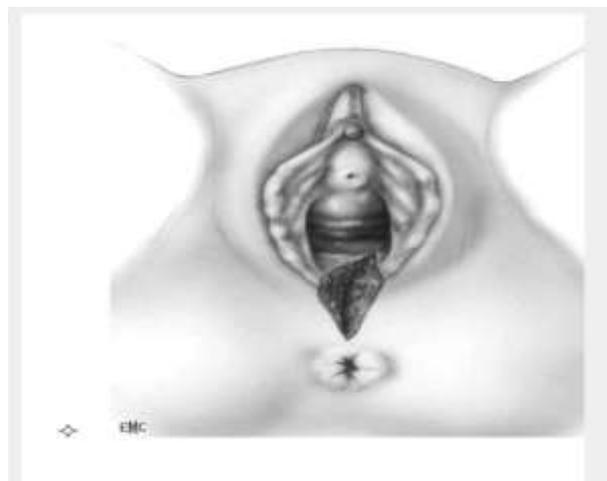
**Tableau II:** Classification des déchirures périnéales [79, 80]

<b>Lésions</b>	<b>Classification anglo-saxone</b>	<b>Classification française</b>
Déchirure périnéale simple - Vagin, vulve, peau - Centre tendineux du périnée, muscle	1 <sup>er</sup> 2 <sup>ème</sup> degré	1 <sup>er</sup> degré
Déchirure périnéale incomplète Sphincter anal externe : moins de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe	3 <sup>ème</sup> degré : IIIa	2 <sup>ème</sup> degré Périnée complet non Complicqué
Déchirure périnéale complète : - Plus de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte - Déchirure complète du sphincter anal externe et du sphincter anal interne sans atteinte de la muqueuse rectale	3 <sup>ème</sup> degré : IIIb 3 <sup>ème</sup> degré : IIIc	
Déchirure périnéale complète complicquée : muqueuse ano-rectale	4 <sup>ème</sup> degré	3 <sup>ème</sup> degré Périnée complet Complicqué

Ant



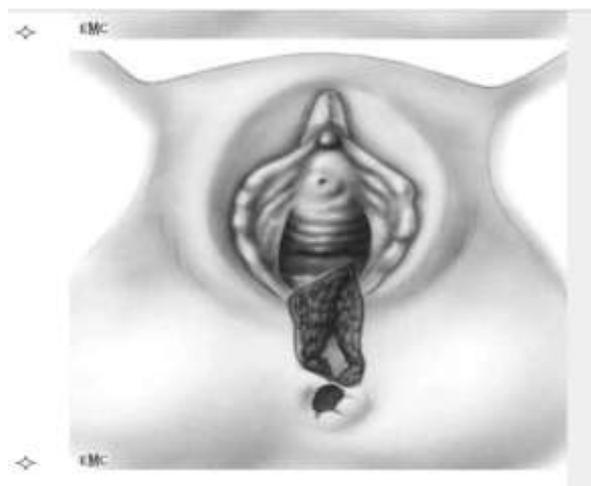
Gauche



Ant



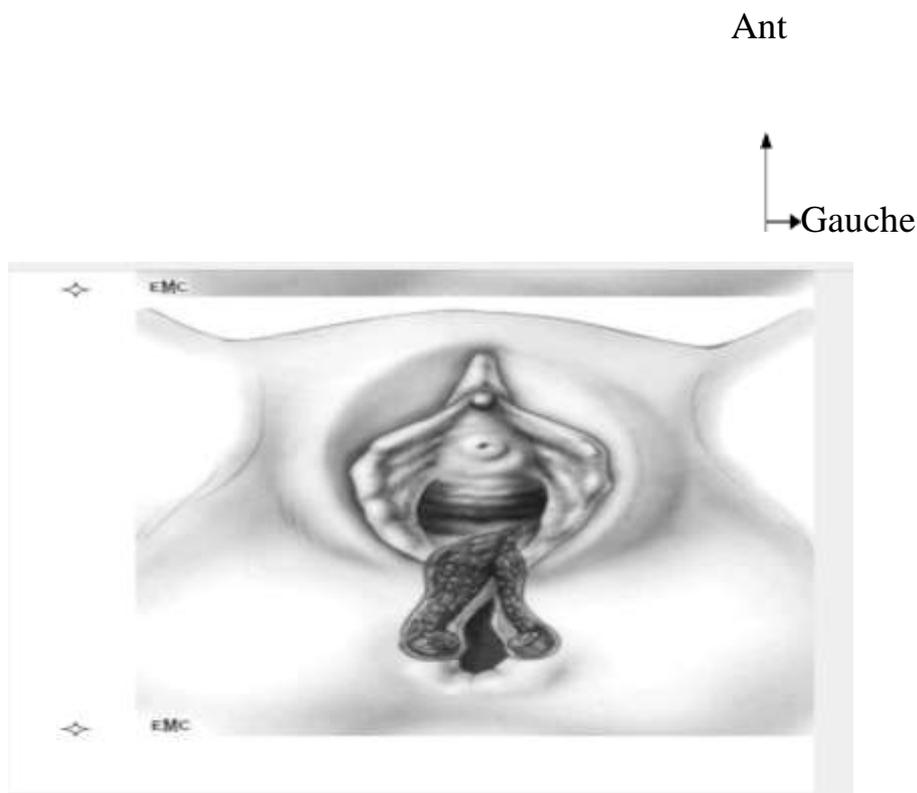
Gauche



**Figure 13:** Déchirure périnéale 1<sup>er</sup> degré [81]

**Figure 14 :** Déchirure périnéale

## 2<sup>ème</sup> degré [81]



**Figure 15** : Déchirure du 3<sup>ème</sup> degré [81]

- **Les déchirures occultes** symptomatiques en postpartum sont associées à un risque d'incontinence anale 10 ans après l'accouchement. En revanche, les déchirures asymptomatiques en postpartum immédiat ne sont pas associées à un sur-risque à distance de l'accouchement [82].

- **Les lésions neurologiques** : le nerf pudendal est sensitivo-moteur. Une lésion de ce nerf peut donc entraîner des troubles sensitifs, notamment une altération des réflexes de contraction anale à la toux, ou une diminution de la perception de sensations (pendant un rapport sexuel ou encore lors du passage d'urines ou de selles), et des troubles moteurs ; il a cependant une bonne capacité de récupération dans la mesure où les lésions neurologiques sont partielles [83].

### - **Autres mécanismes**

Des auteurs ont récemment mis en évidence, grâce à l'utilisation d'une échographie 3D endo-vaginale et trans-périnéale, un accroissement de 20% du

volume du canal anal et de son allongement de 3 mm, entre le début et la fin de la grossesse, qui revient à son état antérieur trois mois après l'accouchement. Ces changements auraient pour origine des modifications physiologiques de la muqueuse anale. Or, cet accroissement est moindre chez les femmes qui développent une IA en post-partum [66-84].

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

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

- un âge maternel élevé ;
- une parité élevée ;
- l'obésité maternelle ;
- Un travail prolongé ;
- la réalisation d'une épisiotomie médiane ;
- une lésion obstétricale du sphincter anal ;
- un accouchement par forceps [82-85]

#### - Autres facteurs :

##### ➤ Antécédent d'Incontinence anale

Il a été démontré qu'une IA transitoire dans le post-partum était un facteur prédictif de récurrence pour l'accouchement suivant [86-87].

#### - Incontinences combinées

L'IA et l'IU post-obstétricales peuvent être associées. En effet, l'IA est retrouvée chez 27 % des patientes souffrant d'IU [88].

### 3.1.3.2. Prise en charge de l'incontinence anale : [89]

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

##### ➤ Les traitements médicamenteux :

La prise en charge médicale des patients incontinents doit s'attacher dans tous les cas à différents aspects : équilibrer toute pathologie digestive intercurrente, normaliser qualitativement le transit de façon durable, faciliter l'exonération

spontanée et assurer la facilité de l'exonération. Les traitements médicaux sont peu efficaces pour corriger une incontinence aux gaz.

➤ **La rééducation périnéale :**

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

La principale technique de rééducation utilisée et évaluée lorsqu'il existe un dysfonctionnement Ano-rectal est le biofeedback :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Les techniques de réparation sphinctérienne anale**

- La réparation sphinctérienne directe

- Le principe de la myorrhaphie

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

### **3.1.4. Abscesses anal :**

#### **3.1.4.1. Signes cliniques et physiopathologie [90] :**

Le diagnostic de l'abcès anal est purement clinique.

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

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

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

L'échographie anale est une aide diagnostique appréciable dans ces situations, elle permet également de diriger l'incision de drainage. Si l'abcédation n'est pas prise en charge rapidement, le tableau clinique peut se compliquer et évoluer vers un sepsis sévère, dont il faut se rappeler l'importante mortalité chez les patientes fragiles.

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

#### **3.1.4.2. Prise en charge [51] :**

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

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

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

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

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive mono centrique allant du 1<sup>er</sup> Avril 2019 au 31 Décembre 2019, soit une durée de 9 mois.

### **2. Cadre d'étude.**

Notre travail s'est déroulé à la maternité du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako

### **1.1- Le Centre de Santé de Référence de la Commune III**

Organisation du centre de santé de référence de la commune III

Le centre de santé se trouve à Dravela, il comporte plusieurs services notamment

- Le service de chirurgie
- Le service gynéco-obstétrique.

#### **Le service gynéco-obstétrique comporte :**

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- Une salle d'urgence ;
- Une unité de soins prénatale ;
- Une unité de soins post natal ;
- Une unité de lutte contre transmission mère-enfant du VIH ;
- Deux blocs opératoires,
- Une unité post opératoire,
- Une salle de consultation externe ;

#### **Le personnel comprend :**

- ❖ Trois spécialistes en gynécologie obstétrique
- ❖ Deux médecins généralistes
- ❖ Deux D E S en gynécologie obstétrique
- ❖ Des étudiants en thèse de médecine,
- ❖ Des sages-femmes dont une sage-femme maitresse,
- ❖ Des infirmières obstétriciennes,

- ❖ Des infirmières,
- ❖ Des aides-soignantes,
- ❖ Des mains d'œuvres.

Le CSREF est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le CSREF de la commune III et les CSCOM, les CHU du pont et Gabriel Touré.

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24/24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par les Trois gynécologues obstétriciens quatre jours/ semaine, les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes.

Le service est dirigé par un gynécologue-obstétricien qui est le chef du service.

### **Les activités :**

Un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service et ou d'autre gynécologue-obstétricien et ou un médecin généraliste. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Une visite est faite tous les jours dans les salles d'hospitalisations du lundi au vendredi après le staff.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 /24 heures composée des gynécologues, des médecins généralistes, des internes, une sage-femme, deux infirmières, une aide-soignante, deux manœuvres, un chauffeur ambulance.

### **3. La population d'étude ou patientes :**

Notre travail s'est déroulé dans le service de gynéco-obstétrique et le service de chirurgie. Les femmes dans notre étude étaient celles dont leurs grossesses ont été suivies et qui ont accouchées dans le service de gynécologie du CSRefCIII.

### **Les Méthodes :**

Au CSRefCIII a été identifié, un interne, un gynécologue obstétricien et un chirurgien avec des compétences avérées en proctologie pour la réalisation de ce

travail.

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

➤ Critères d'inclusions :

Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes ayant débuté leur suivi de la grossesse au premier trimestre dans notre service chez qui, une pathologie anale a été diagnostiquée au cours de la grossesse et dans le post partum ou non et qui ont accouchés dans notre service d'obstétrique.

➤ Critères de non inclusions :

N'ont pas été incluses :

- Toutes les gestantes ayant consulté pour la première fois au-delà du premier trimestre de la grossesse.
- Toutes les gestantes ayant consulté au premier trimestre mais qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.
- Toutes les gestantes suivies dans un autre centre.

➤ **Technique d'échantillonnage**

Nous avons recensé **163** gestantes pendant notre période d'étude. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de toutes les gestantes répondant aux critères d'inclusion.

➤ **Collecte des données**

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

• **Variables étudiées**

Les variables étudiées ont été l'âge, le niveau d'instruction, la profession, la Gestité, la parité, l'IMC, les troubles de transit, les antécédents de maladie proctologique, la durée de la période expulsive, la voie d'accouchement, le poids du nouveau-né, les déchirures périnéales, l'épisiotomie, et l'accouchement

instrumental, les pathologies proctologiques, la période du diagnostic, les aspects cliniques, les examens paracliniques réalisés, la thérapeutique

### ➤ **Déroulement de l'enquête**

La méthodologie utilisée pour cette étude a été la recherche des pathologies anales chez la femme enceinte au premier trimestre, au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et dans le postpartum en réalisant un examen proctologique. Une anorectoscopie ou une échographie endorectale a été donnée aux patientes en fonction des plaintes ano-rectales.

### **4. Analyse des données :**

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

Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5% ( $P < 0,05$ ).

### **Définitions opérationnelles :**

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

**L'examen clinique proctologique** a été réalisé sur une table d'examen patient en position genou-pectoral ou décubitus latérale gauche.

- Le premier temps de l'examen était l'observation de l'anus (Inspection) qui s'effectue en dépliant les plis radiés permettant d'observer 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 prolapsent ; une tuméfaction ou un prolapsus rectal.

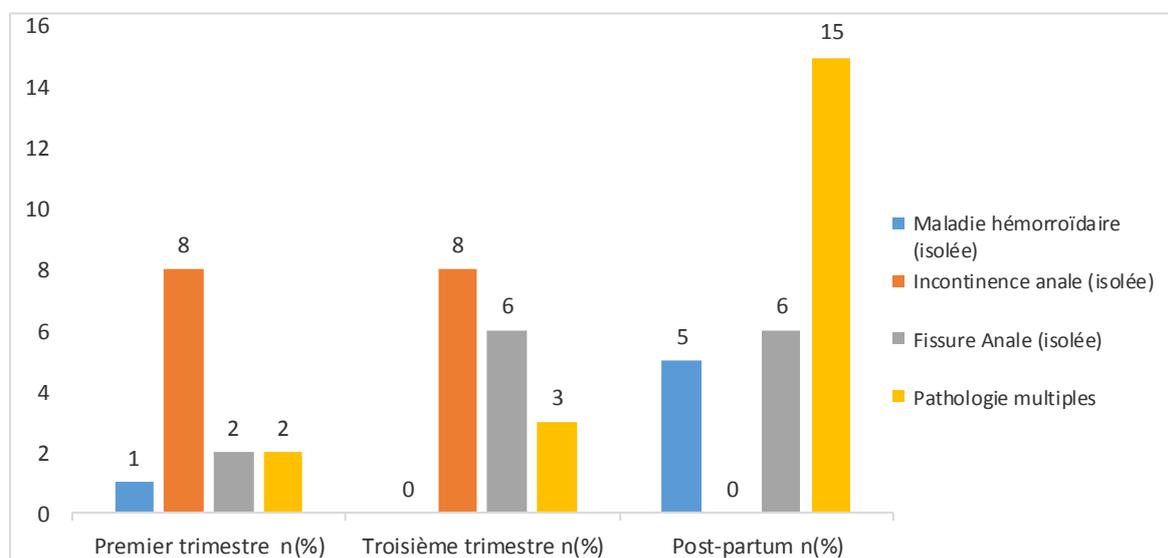
- Le deuxième temps de l'examen comprenait la palpation du bord de l'anus et un toucher ano-rectal à la recherche d'une anomalie telle que : une tuméfaction ; une douleur ; ou un orifice de la fistule anale. Se toucher permettait également d'évaluer le tonus des sphincters anaux
- La troisième étape était l'anuscopie permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal ; une fissure endo-canalair ; un cancer endo-canalair et le bas rectum. Cette troisième étape a été faite pour les femmes qui présentaient une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

### **5. Ethique :**

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

## V. Résultats

**Tableau I : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale.**



**Figure 16 : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale pour la première fois.**

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

Pathologie	Moment de diagnostic			Total n(%)
	Premier trimestre n(%)	Troisième trimestre n(%)	Post-partum n(%)	
<b>Maladie hémorroïdaire (isolée)</b>	1(0,6)	0	5(3,1)	6(3,6)
<b>Incontinence anale (isolée)</b>	8(4,9)	8(4,9)	0	16(9,6)
<b>Fissure Anale (isolée)</b>	2(1,2)	6(3,6)	6(3,6)	14(8,4)
<b>Pathologie multiples</b>	2(1,2)	3(1,8)	15(9)	20(12)
<b>Total</b>	13(7,9)	17(10,2)	26(15,6)	56(33,6)

Les pathologies multiples étaient :

- Au Premier trimestre  
2(1,2) Maladie hémorroïdaire +incontinence anale + Fissure Anale
- Au Troisième trimestre  
1(0,6) Maladie hémorroïdaire +incontinence anale + Fissure Anale  
1(0,6) Incontinence anale + Fissure Anale  
1(0,6) Maladie hémorroïdaire +incontinence anale
- Au Post-partum  
3(1,8) Maladie hémorroïdaire +incontinence anale + Fissure Anale  
6(3,6) Maladie hémorroïdaire+ Fissure Anale  
6(3,6) Incontinence anale + Fissure Anale

**Tableau IV:** Fréquence des différentes pathologies anales au cour de la grossesse et dans le post partum

<b>Pathologies</b>	<b>Maladie hémorroïdaire</b>	<b>Incontinence anale</b>	<b>Fissure Anale</b>	<b>Femmes saines</b>
<b>Premier trimestre</b>	3	10	4	150
<b>Troisième trimestre</b>	2	11	8	133
<b>Post-partum</b>	20	11	25	107
<b>Total</b>	25	32	37	

### 1-Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau V:** Répartition des femmes selon la tranche d'âge

<b>Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>[15-20]</b>	42	25,7
<b>]20-30]</b>	91	55,9
<b>]30-40]</b>	29	17,8
<b>plus 40</b>	1	0,6
<b>Total</b>	163	100

L'âge moyen des femmes était de 25 ans avec des extrêmes de 16 ans et 42 ans, écart-type = 5 ans Variance = 30 ans.

**Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non scolarisé</b>	39	23,9
<b>Primaire</b>	39	23,9
<b>Secondaire</b>	71	43,6
<b>Supérieur</b>	14	8,6
<b>Total</b>	163	100

La majorité des patientes étaient scolarisées avec un niveau d'étude secondaire dans 43,6% des cas soit 71 femmes

**Tableau VII: Répartition des patientes selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Coiffeuse</b>	2	1,2
<b>Commerçante/vendeuse</b>	7	4,2
<b>Elève/Etudiante</b>	16	9,8
<b>Enseignante</b>	1	0,6
<b>Infirmière</b>	2	1,2
<b>Laborantine</b>	1	0,6
<b>Ménagère</b>	123	75,5
<b>Tailleur</b>	4	2,4
<b>Autre</b>	7	4,2
<b>Total</b>	163	100

Les ménagères étaient les plus fréquentes avec 123, soit 75,5%

Autres : Agent de sécurité, Comptable, Artiste, Hôtelière, Monitrice, Nettoyeuse, Secrétaire.

## 2- Surveillance de la grossesse et de l'accouchement

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon la Gestité

<b>Gestité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primigeste</b>	50	30,7
<b>Paucigeste</b>	58	35,5
<b>Multigeste</b>	40	24,5
<b>Grande multigeste</b>	15	9,1
<b>Total</b>	163	100

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon Parité

<b>Parité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primipare</b>	53	32,5
<b>Paucipare</b>	32	19,6
<b>Multipare</b>	52	31,9
<b>Grande multipare</b>	26	16
<b>Total</b>	163	100

**Tableau X: Répartition des patientes selon les antécédents Proctologiques**

<b>ATCD proctologique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Incontinence Anale</b>	26	16
<b>Douleur anale</b>	38	23,3
<b>Rectorragie</b>	7	4,3
<b>Suintement</b>	5	3,1
<b>Total</b>	76	46,7

**Tableau XI : Répartition des patientes selon IMC**

<b>IMC</b>	<b>Premier trimestre</b>	<b>Troisième trimestre</b>	<b>Post-partum</b>
	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>
<b>Déficit pondéral</b>	5(3)	3(1,8)	0
<b>Normal (18,5-24,9)</b>	89(53,9)	64(38,8)	64(40,6)
<b>Surpoids (25-29,9)</b>	53(32,2)	71(43)	75(45,4)
<b>Obésité (30-40)</b>	16(9,6)	23(13,9)	20(13,9)
<b>Obésité morbide</b>	0	2(1,2)	1(0,6)

**Tableau XII : Répartition des patientes selon la Durée de la Période expulsive**

<b>Période expulsive</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage%</b>
<b>Césarienne</b>	19	11,7
<b>Inf. 10min</b>	62	38,6
<b>[10-20min[</b>	59	35,6
<b>Sup. 20min</b>	23	14,1
<b>Total</b>	163	100

**Tableau XIII:** Répartition des patientes selon l'utilisation de la ventouse

<b>Ventouse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	138	84,6
<b>Oui</b>	25	15,3
<b>Total</b>	163	100

**Tableau XIV:** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

<b>voie d'accouchement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Césarienne</b>	19	11,7
<b>voie basse</b>	144	88,4
<b>Total</b>	163	100

88,4% des femmes ont accouché par voie basse

La majorité des femmes avaient une grossesse de type mono fœtale dans 99,4% des cas.

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon la Déchirure périnéale

<b>Déchirure Périnéale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	103	63,2
<b>Oui</b>	60	36,8
<b>Total</b>	163	100

36,8% des femmes ont eu le périné déchiré

**Tableau XVI:** Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né

<b>Poids du N-Né(g)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
[2000-2500]	27	16,6
]2500-3000]	70	42,9
]3000-3500]	52	31,8
]3500-4000]	12	7,4
4000 et +	2	1,2
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

### 3-Les données proctologiques

**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon les signes fonctionnels

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Premier trimestre</b>	<b>Troisième trimestre</b>	<b>Post-partum</b>
	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>
<b>Douleur anale</b>	4/163	13/163	59/163
<b>Prurit anal</b>	41/163	61/163	99/163
<b>Rectorragies</b>	1/163	4/163	13/163
<b>Suintements anaux</b>	0/163	0/163	3/163
<b>Incontinence anale aux gaz</b>	10/163	11/163	10/163
<b>Incontinence anale aux matières liquides</b>	0/163	0/163	1/163
<b>Incontinence anale aux matières solide</b>	0/163	0/163	0/163
<b>Constipation</b>	49/163	88/163	57/163
<b>Diarrhée</b>	15/163	15/163	18/163

**Tableau XVIII:** Répartition des signes physiques au cour de la grossesse et dans le post partum

<b>l'examen physique</b>	<b>Premier trimestre n/N</b>	<b>Troisième trimestre n/N</b>	<b>Post-partum n/N</b>
<b>Marisque</b>	52/163	67/163	84/163
<b>hémorroïdaire</b>			
<b>Ulcération anale</b>	0/163	1/163	7/163
<b>Orifice fistuleux</b>	0/163	0/163	0/163
<b>Fuite liquidienne</b>	0/163	0/163	0/163
<b>Toucher rectal</b>	22/163	35/163	67/163
<b>douloureux</b>			
Hypertonie sphinctérienne	2/163	5/163	10/163
Hypotonie sphinctérienne	8/163	4/163	11/163
<b>Tuméfaction anale</b>	11/163	18/163	41/163
<b>Toucher rectal</b>	0/163	2/163	3/163
<b>Hémorragique</b>			
<b>Suintement anale</b>	3/163	0/136	7/163

**Tableau XIX:** Croisement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées au premier trimestre.

<b>Pathologies anales</b>	<b>Maladie hémorroïdaire</b>	<b>Incontinence anale</b>	<b>Fissure anale</b>
<b>Signes clinique</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>
<b>Douleur anale</b>	2/3	1/10	4/4
<b>Prurit anale</b>	3/3	9/10	3/4
<b>Suintement anale</b>	0/3	0/10	0/4
<b>Constipation</b>	3/3	7/10	4/4
<b>Diarrhée</b>	1/3	4/10	0/4
<b>Marisque</b>	3/3	10/10	4/4
<b>hémorroïdaire</b>			
<b>Tuméfaction anale</b>	3/3	8/10	4/4
<b>Rectorragies</b>	1/3	1/10	1/4
<b>Ulcération anale</b>	0/3	0/10	0/4
<b>Orifice Fistuleux</b>	0/3	0/10	0/4

**Tableau XX** : Croissement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées aux troisièmes trimestres.

<b>Pathologies anales</b>	<b>Maladie</b>	<b>Incontinence</b>	<b>Fissure</b>
<b>Signes clinique</b>	<b>hémorroïdaire</b>	<b>anale</b>	<b>anale</b>
	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>2/2</b>	<b>5/11</b>	<b>8/8</b>
<b>Prurit anale</b>	<b>2/2</b>	<b>11/11</b>	<b>8/8</b>
<b>Suintement anale</b>	<b>0/2</b>	<b>0/11</b>	<b>0/8</b>
<b>Constipation</b>	<b>2/2</b>	<b>10/11</b>	<b>8/8</b>
<b>Diarrhée</b>	<b>1/2</b>	<b>4/11</b>	<b>2/8</b>
<b>Marisque</b>	<b>2/2</b>	<b>6/11</b>	<b>8/8</b>
<b>hémorroïdaire</b>			
<b>Tuméfaction anale</b>	<b>2/2</b>	<b>11/11</b>	<b>8/8</b>
<b>Rectorragies</b>	<b>1/2</b>	<b>2/11</b>	<b>4/8</b>
<b>Ulcération anale</b>	<b>0/2</b>	<b>0/11</b>	<b>1/8</b>
<b>Orifice Fistuleux</b>	<b>0/2</b>	<b>0/11</b>	<b>0/8</b>

**Tableau XXI** : Croisement entre les pathologies anales et les signes cliniques retrouvées au post partum.

<b>Pathologies anales</b>	<b>Maladie</b>	<b>Incontinence</b>	<b>Fissure</b>
<b>Signes clinique</b>	<b>hémorroïdaire</b>	<b>anale</b>	<b>anale</b>
	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>	<b>n/N</b>
<b>Douleur anale</b>	19/20	10/11	25/25
<b>Prurit anale</b>	20/20	10/11	25/25
<b>Suintement anale</b>	2/20	7/11	7/25
<b>Constipation</b>	14/20	8/11	12/25
<b>Diarrhée</b>	9/20	4/11	6/25
<b>Marisque</b>	17/20	10/11	22/25
<b>hémorroïdaire</b>			
<b>Rectorragies</b>	3/20	2/11	13/25
<b>Tuméfaction anale</b>	18/20	8/11	20/25
<b>Ulcération anale</b>	7/20	5/11	5/25
<b>Orifice Fistuleux</b>	0/20	0/11	0/25

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

Pathologie		Maladie hémorroïdaire				
		Effectifs	Fréquences n=25 (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 25	88	19(21,59)	0,0167	2,6989	[1,13-6,40]
	<25	75	6(8,00)			
Parité	Multiparité	78	14(17,95)	0,3769	1,3869	[0,67-2,87]
	Primiparité	85	11(12,94)			
Constipation	Oui	57	18(31,58)	0,0000	4,7820	[2,12-10,76]
	Non	106	7(6,60)			
IMC (kg /m <sup>2</sup> )	≥ 25	32	11(34,38)	0,0008	3,2165	[1,61-6,40]
	<25	131	14(10,69)			
Accouchement	voie basse	144	24(16,67)	0,1961	3,1667	[0,45-22,08]
	Césarienne	19	1(5,26)			
Utilisation de ventouse	Oui	25	8(32)	0,0122	2,5976	[1,25-5,35]
	Non	138	17(12,32)			
Durée d'expulsion (minutes)	≥20	87	18(20,69)	0,0431	2,2463	[0,99-5,08]
	<20	76	7(9,21)			
Poids de nouveau-né (g)	≥3000	89	20(22,47)	0,0057	3,3258	[1,31-8,43]
	< 3000	74	5(6,76)			
Déchirure périnéale	Oui	60	14(23,33)	0,0311	2,1848	[1,06-4,50]
	Non	103	11(10,68)			

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

Pathologie		Fissure anale				
		Effectifs	Fréquences n=37 (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 25	88	23(26,14)	0,2979	1,4002	[0,77-2,52]
	<25	75	14(18,67)			
Parité	Multiparité	78	17(25,64)	0,3918	1,2821	[0,72-2,26]
	Primiparité	85	20(20)			
Constipation	Oui	57	21(36,84)	0,0016	2,4408	[1,38-4,29]
	Non	106	16(15,09)			
IMC (kg /m <sup>2</sup> )	≥ 25	32	17(53,13)	0,0000	3,4797	[2,07-5,84]
	<25	131	20(15,27)			
Accouchement	voie basse	144	36(25)	0,0542	4,7500	[0,69-32,67]
	Césarienne	19	1(5,26)			
Utilisation de ventouse	Oui	25	12(48)	0,0010	2,6496	[1,54-4,54]
	Non	138	25(18,12)			
Durée d'expulsion (minutes)	≥20	87	21(24,14)	0,6400	1,1466	[0,64-2,03]
	<20	76	16(21,05)			
Poids de nouveau-né (g)	≥3000	89	31(34,83)	0,0001	4,2959	[1,89-9,73]
	< 3000	74	6(8,11)			
Déchirure périnéale	Oui	60	22(36,67))	0,0011	2,5178	[1,41-4,46]
	Non	103	15(14,56)			

**Tableau XXIV** : Analyse uni-variée des facteurs de risque d'incontinence anale.

Pathologie		Incontinence anale				
		Effectifs	Fréquences n=32 (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≥ 25	88	<b>23(26,14)</b>	<b>0,0239</b>	2,1780	[1,07-4,41]
	<25	75	9(12)			
Parité	Multiparité	78	<b>18(23,08)</b>	<b>0,2903</b>	1,4011	[0,74-2,62]
	Primiparité	85	14(16,47)			
Constipation	Oui	57	<b>18(31,58)</b>	<b>0,0049</b>	2,3910	[1,28-4,44]
	Non	106	14(13,21)			
IMC (kg /m <sup>2</sup> )	≥ 25	32	<b>19(59,38)</b>	<b>0,0000</b>	5,9832	[3,31-10,79]
	<25	131	13(9,92)			
Accouchement	voie basse	144	27(18,75)	0,4365	0,7125	[0,31-1,62]
	Césarienne	19	5(26,32)			
Utilisation de ventouse	Oui	25	<b>6(24)</b>	<b>0,5513</b>	1,2738	[0,58-2,77]
	Non	138	26(18,84)			
Durée d'expulsion (minutes)	≥20	87	<b>17(19,54)</b>	<b>0,9749</b>	0,9900	[0,53-1,84]
	<20	76	15(19,74)			
Poids de nouveau-né (g)	≥3000	89	<b>25(28,09)</b>	<b>0,000</b>	0,0029	[1,36-6,47]
	< 3000	74	7(9,46)			
Déchirure périnéale	Oui	60	18 (30)	0,0112	2,2071	[1,18-4,10]
	Non	103	14 (13,59)			

**Tableau XXV:** Répartition des patientes selon la prise en charge de la pathologie anale au cour de la grossesse et dans le post partum.

Traitement	Périodes		
	Premier Trimestre n(%)	Troisième trimestre n(%)	Post-partum n(%)
Régulateur du transit+ Veïnotonique	3(1,8)	2(1,2)	20(12)
Antalgique	4 (2,4)	10(6,1)	30(18)
Veïnotonique +Antalgique	3 (1,8)	2(1,2)	20(12)
Régulateur du transit	41(24,6)	33(19,8)	38(22,8)
Topiques locaux	40(24)	20(12)	30 (18)
Réducation périnéale	0(00)	(00)	4(2,4)
Hygiène diététique	103(61,8)	115(69)	140(84)
Chirurgie	0	0	0

**Tableau XXVI:** Répartition des patientes en fonction de Amendement des symptômes au cour de la grossesse et dans le post partum.

<b>Signes cliniques</b>	<b>Périodes</b>		
	<b>Premier Trimestre n/N</b>	<b>Troisième trimestre n/N</b>	<b>Post-partum n/N</b>
<b>Douleur anale</b>	2/4	10/13	30/59
<b>Prurit anale</b>	30/41	10/61	60/99
<b>Suintement anale</b>	0	0	3/3
<b>Constipation</b>	40/49	20/88	30/57
<b>Diarrhée</b>	10/15	9/15	10/18
<b>Marisque hémorroïdaire</b>	10/52	30/67	40/84
<b>Rectorragies</b>	1/1	2/4	10/13
<b>Tuméfaction anale</b>	6/11	5/18	20/41
<b>Ulcération anale</b>	0	1/1	7/7

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

<b>Femmes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Age moyen</b>	<b>Extrêmes (ans)</b>	<b>Écart-type (ans)</b>
Maladie hémorroïdaire	6	25	18, 42	6
Incontinence anale	16	25	17, 38	6
Fissure anale	14			
Pathologie multiple	20	25	20, 42	5
<b>Groupe sain</b>	<b>107</b>	<b>25</b>	<b>16, 32</b>	<b>5</b>

## **VI. Commentaires et discussion**

### **6.1 Approches méthodologiques**

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

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

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

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique mono centrique allant du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Décembre 2019, soit une durée de 9 mois.

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

- Les moyens financiers limités des patientes pour la réalisation des examens complémentaires comme l'Ano-rectoscopie et l'échographie Ano-rectale. Par conséquent aucun examen complémentaire n'a été rapporté dans l'étude.
- Les facteurs socioculturels comme la pudeur ont influencé certaines malades notamment les gestantes non scolarisées. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.

## 6.2 La fréquence

**Tableau XXVIII:** Fréquence des pathologies anales selon les auteurs

Auteurs	Population	Fréquences	Test statistique
Abramowitz et al 2002 en France [2]	165	44,4 %	P=0,8220
Poskus T et al 2014 en Lituanie [61]	280	43,9 %	P=0,5863
Ollende C [10] et al 2010 au Maroc	100	19 %	P=0,0000
Ferdinande K et al 2018 en Belgique [62]	94	68,5 %	P=0,0003
<b>Notre étude</b>	<b>163</b>	<b>33,6%</b>	

Au cours de notre étude 56 femmes, soit 33,6% ont développé au moins une maladie anale. Notre résultat est comparable à celui Ollende C [10] et al 2010 au Maroc qui ont trouvé respectivement 19% ; et 27,5% cas de maladie anale ; mais inférieur à celui de Ferdinande K et al [93] qui ont trouvé 68,5%.

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

Dans notre étude la fissure anale était la pathologie anale la plus fréquente avec 37 soit 22,2%, suivie de l'incontinence anale et de la maladie hémorroïdaire avec respectivement 32 soit 19,6% et 25 soit 14,7%.

Tandis que Poskus T et al [92] qui ont trouvé 53,9% de maladie hémorroïdaire et 3,21% de fissure anale.

## 6.3 Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes était de 25 ans avec des extrêmes de 16 ans et 42 ans, écart-type = 5 ans Variance = 30 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans a été la plus représentée avec **55,9%** des cas. Nos patientes étaient relativement jeunes.

Notre résultat est proche de celui de Poskus et al [92] qui ont trouvé un âge moyen de 28,7 ans avec des extrêmes de 18 ans et 45 ans. Par contre, Ferdinande K et al [93] ont trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population africaine en général et malienne en particulier.

Des patientes étaient scolarisées avec un niveau d'étude secondaire dans des cas soit 71 patientes

La majorité des femmes soit 43,6% avaient un niveau d'étude secondaire contre 23,9% des femmes non scolarisées.

#### **6.4 Les facteurs de risques**

Une analyse uni variée a été réalisée ayant comme facteurs risque pour chaque pathologie anale. Nous avons identifié qu'une constipation chronique, un poids du nouveau-né  $> 3000$  g, l'âge  $\geq 25$ ans, la multiparité, un indice de masse corporel  $\geq 25$ kg/m<sup>2</sup>, une durée d'expulsion fœtale  $\geq 20$  et l'extraction instrumentale par ventouse étaient significativement associés à l'apparition des pathologies anales durant la gravidité-puerpéralité.

Poskus T et al [92] ont identifié la constipation, un poids de naissance  $> 3800$ g, durée d'expulsion prolongée  $> 20$  minutes et les ATCD personnels de pathologies anales comme facteurs de risque d'apparition de maladie anale chez la femme enceinte.

Dans la littérature les facteurs de risque de survenue de la maladie hémorroïdaire, et de fissure anale en per ou post-partum, sont l'accouchement traumatique (poids du bébé supérieur à 3,8 kg et la déchirure des parties molles) ou la durée de l'expulsion de plus de 20 minutes, et les antécédents de pathologies anales [91-95]. Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale postnatale sont : un âge maternel avancé ; une parité élevée ; l'obésité maternelle ; une deuxième partie du travail prolongée ; la réalisation d'une épisiotomie médiane ; une lésion obstétricale du sphincter anal ; un accouchement par forceps [81-84].

## 6.5 Aspects cliniques

### 6.5.1 Maladie hémorroïdaire

#### 6.5.1.1 Signes fonctionnels

**Tableau XXIX:** Auteurs et signes fonctionnels

Signes Auteurs	Douleur anale % (n/N)	Rectorragie % (n/N)	Prurit + suintement % (n/N)
Poskus T et al [61] en 2014	98,3 (121/123)	62,6 (77/123)	74 (91/123)
Ollende C et al [10] en 2010	26,3 (5/19)	89,5 (17/19)	-
<b>Notre étude</b>	<b>92(23/25)</b>	<b>20(5/25)</b>	<b>100(25/25)</b>

**6.5.2 Le prurit** a été le principal symptôme de la Maladie hémorroïdaire. Sa fréquence a été de 25 soit 100%. Notre résultat est comparable à celui rapporté par Poskus T et al. [92] 74%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

**La douleur anale** Sa a été de 23 soit 92% est comparable à celui rapporté dans l'étude de Poskus T et al. [92] qui ont enregistré 98,3% de douleur anale chez les patientes.

**La rectorragie :** Sa fréquence a été de 5 soit 20%. Elle est d'intensité variable apparaissant pendant ou après les selles.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Ollende C et al. [98] en 2010 89,5% des signes fonctionnels ( $p= 0,000010$ ). Ceci s'expliquerait par le fait que les rectorragies sont le plus souvent occultées du fait de l'utilisation des latrines traditionnelles dans notre contexte.

### 6.5.2.1 Signes physiques

#### a. Le toucher rectal

L'examen proctologique permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire. L'hypertonie du sphincter anal est un signe important de la maladie hémorroïdaire [97].

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

#### b. Siège des paquets hémorroïdaires

Il est classique d'avoir des paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures en position genu-pectorale [99-100]. La pathologie hémorroïdaire respecte l'anatomie vasculaire de la marge anale. Il s'agit des 3 branches de l'artère rectale supérieure qui peuvent se prolaber à ces niveaux.

### 6.5.3 Fissure anale

#### 6.5.3.1 Signes cliniques

**Tableau XXX:** Signes cliniques et auteurs

Signes	Douleur anale (%)	Rectorragie (%)	Suintement anal (%)	Prurit anale (%)
Auteurs				
Siproudhis et al [5] 2008 N= 80	100	85	65	60
Keita CO et al [69] 2012 N=105	100	71,5	78,1	74,3
<b>Notre étude</b>	<b>100</b>	<b>48,6</b>	<b>18,9</b>	<b>78,5</b>

- **La douleur anale** été le principal symptôme de la fissure anale soit 100% ; ainsi que dans ceux de Siproudhis et al en France, Keita CO et al. Au Mali [102-103] avec respectivement 100% et 100%. Elle a été la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quel que soit sa localisation.

Il s'agit d'une douleur à type de déchirure ou de sensation de verre brisée dans l'anus provoquée et rythmée par la défécation [104].

La douleur à trois temps caractérise la fissure anale. Il s'agit d'une douleur déclenchée par le passage des selles, calmée quelques temps après les selles puis reprenant pour une durée de plusieurs heures (4 à 6 heures). Parfois elle est remplacée par un simple gêne [102].

- **La rectorragie** a été peu fréquent 48,6% contrairement dans ceux de Siproudhis et al [102] et Keita CO et al. [103] avec un taux respectivement de 85 % à 71,5%. Elle était généralement faite de sang rouge, émis par l'anus mais en provenance du canal anal dont témoignent les traces de sang sur les selles.

- **L'écoulement anal** moins fréquent que la douleur anale a été retrouvé chez 18,9% des patientes. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement séro-hématique [105]. Pour certains, le prurit anal traduit très généralement un début de cicatrisation de la fissure [106]. Pour d'autres, la sécrétion séreuse provenant de la fissure anale cause un suintement donnant lieu à un anus humide et un prurit anal [93]. Il a été retrouvé chez plus de la moitié de nos patientes 60,8%. Siproudhis et al [102] l'ont enregistré dans 90% des cas.

#### 6.5.4 Incontinence anale

Dans la population féminine, il a été prouvé que moins de 19,6% des femmes affectées par des symptômes d'IA en parlent à leur médecin [107].

**Tableau XXXI:** Types d'incontinence anale

Types d'IA	Effectifs	Fréquence (%)
Incontinence aux gaz	31	96,8
Incontinence aux matières liquides	1	3,2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Sur les 32 cas d'incontinence anale, 31 étaient aux gaz et 1 étaient aux matières liquidiennes. Nous n'avons pas noté de cas d'IA aux matières solides.

Dans la littérature [67], il s'agit le plus souvent de fuites de gaz avec un retentissement qui peut être très invalidant dans la vie professionnelle, lors des loisirs ou des relations intimes. Dans 1 à 2 % des cas, il s'agit de pertes de selles liquidiennes avec un retentissement encore plus important sur la qualité de vie.

## **6.6 Traitement**

### **6.6.1 Maladie hémorroïdaire**

Durant notre étude, toutes les patientes atteintes de maladie hémorroïdaire ont été mise sous régulateur de transit intestinal. Nous estimons avec d'autres auteurs Abramowitz L et al, Holzheimer RG et al [60,108] que la régularisation du transit représente l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire.

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

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

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

Dans la littérature, les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles [58-60].

### **6.6.2 Fissure anale**

Durant notre étude, toutes les patientes porteuses d'une fissure anale ont été mises sous régulateur du transit intestinal. Il a porté sur les 37 cas de fissure anale.

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

Dans la littérature la prise en charge de la FA chez la femme enceinte consiste à faire un traitement associant une régulation du transit intestinal (il s'agit quasi exclusivement de constipation à traiter par laxatifs osmotiques ou huileux ou des mucilages) et des lubrificateurs du canal anal (topiques locaux sous forme de suppositoire et pommade) [108].

### **6.6.3 Incontinence anale**

Le traitement de première ligne de l'IA associe une rééducation périnéale spécifique de l'anus à des mesures diététiques et des prescriptions médicamenteuses permettant une régulation du transit intestinal Damon H et al [110].

## **VII. Conclusion et recommandations**

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

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

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

### **Recommandations**

#### **Aux autorités politiques et sanitaires**

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

#### **Au personnel médico-chirurgical**

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

### **Aux populations**

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

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Howell EA. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynecol*; 2001 ;115:284-289
2. PFENNINGER JL, ZAINEA GC. Common anorectal conditions : Part II. Lesions. *Am Fam Physician*. 2001 ; 64 (1) : 77-88.
3. TADE AO, SALAMI BA, MUSA AA, ADENIJI AO. Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu. *Niger Postgrad Med J*. 2004 ; 11 (3) : 218-20.
4. MAÏGA MY, TRAORE HA, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A, DEMBELE M, GUINDO A. Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. *Med Chir Dig*. 1995 ; 24 : 269-70.
5. Gojnic M, Dugalic V, Papic M, et al. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;32:183- 4.
6. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45:650- 5.
7. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2010;30:231- 7.
8. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45:650 - 5.
9. CHEICK OUMAR KEITA FISSURES ANALES PRIMAIRES OPÉRÉES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE DU CHU ; thèse de medecine 2011 ;17-80-90
10. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:546- 9

11. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. Cochrane Database Syst Rev 2005: CD004077
12. Arnous J, Denis J, Puymonbrun T. Les suppurations anales et périanales. À propos de 6 500 cas. Concours Med 1980;12:1715-29.
13. Service de proctologie, groupe hospitalier Diaconesses-Croix-Saint-Simon, Paris. Supplément à La Lettre de l'hépto-gastroentérologue - n° 3 - vol. VIII - mai-juin 2005
14. Lésions anales neurosphinctériennes induites par l'accouchement L. Abramowitz et A. Batallan
15. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al. (1993) Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 329: 1905-11
16. Agnès Senéjoux. Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu) Post'U (2011) p 213-218.
17. **P.AtiENZA**, L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 22, N°3, Avril 1998, P 26.
18. **Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE.** Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial. Lancet 2000 ;355 (9206): 782-5.
19. **Philippe Godeberge.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. POST'U 2015 : 167.
20. **Faucheron JL.** Incontinence anale. La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462.
21. **Lehur PA et al.** Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; Recommandations pour la pratique clinique argumentaire. Nantes : Beaufour-ipesen-pharma ; 1997
22. **Bamrani S L** les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 20- 59.

23. Mr Mohamed KORENZO étude de la césarienne a la maternité du centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako, Thèse de médecine 2013-2014 ; p :19-30
24. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986: 383-99
25. Henry M.M. The anal canal : a functional approach. Ann Gastroenterol Hepatol 1982 ; 18 : 1-5.
26. Arhan P., Devroede G., Pellerin D. Physiologie de la motricité de l'intestin terminal. Gastroentérol Clin Biol 1979 ; 3 : 911-8.
27. Knight C.D., Griffen F.D. Techniques of low rectal reconstruction. Curr Probl Surg 1983 ; 20 : 394-6.
28. Sarles J.C., Leandri R. Anatomie chirurgicale de l'anus. Encycl Med Chir, Paris. Techniques chirurgicales, appareil digestif, 40680, 4 : 7-12.
29. Goligher J.C. Surgery of the anus, rectum and colon (4th Ed). Baillière Tindall, London, 1980.
30. Anatomie Fonctionnelle du canal anal et du périnée postérieur P.A. Lehur\* \* Clinique chirurgicale II, Hôtel-Dieu de Nantes, Centre hospitalo-universitaire régional, 44093 Nantes Cedex 01. FMC PROCTO•03/98 12/05/04 17 : 48 Page 72 73 74 75
31. **Sayfan J.** Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Dis Surg 2001; 18: 131-3.
32. **Fabien D, bigard M A.** Pathologie hémorroïdaire. Rev. praticien 2005 ; 55 : 1719-1722.
33. Arnous J, Denis J, Puymonbrun T. Les suppurations anales et périanales. À propos de 6 500 cas. Concours Med 1980;12:1715-29.
34. Service de proctologie, groupe hospitalier Diaconesses-Croix-Saint-Simon, Paris. Supplément à La Lettre de l'hépatogastroentérologue - n° 3 - vol. VIII - mai-juin 2005
35. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al. (1993) Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 329: 1905-11

36. **Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. EMC Paris. Gastro-entérologie 2001 ; 9-086-A-10: 2001, 15.
37. Hallan R.I., Williams N.S., Hutton M.R.E. et coll. Electrically stimulated sartorius neosphincter : canine model of activation and skeletal muscle transformation. Br J Surg 1990 ; 77 : 208-13.
38. Corman M.L., Devroede G., Rudd W., Schuster M. Anal incontinence symposium. Dis Colon Rectum 1982 ; 25 : 90-107.
39. Kamm M.A. Repair of the anal sphincter. In : J.P. Galmiche (ed.). Update Gastroenterology 1996. John Libbey Eurotext, Paris 1996 ; 175-81.
40. Sultan A.H., Nicholls R.J., Kamm M.A., Hudson C.N., Beynon J., Bartram C.I. Anal endosonography and correlation with in vitro and in vivo anatomy. Br J Surg 1993 ; 80 : 508-11.
41. Shafik A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. I : The external anal sphincter : a triple-loop system. Invest Urol 1975 ; 12 : 412-9.
42. **P.Atiienza**, L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 22, N°3, Avril 1998, P 26.
43. **Netter F. Anatomie humaine, Pelvis et périnée** pdf planche 369.
44. Gonella J., Blanquet F., Grimaud J.C., Bouvier M. La commande nerveuse extrinsèque du côlon et du sphincter anal interne. Gastroentérol Clin Biol 1986 ; 10 : 158-76.
45. Parks A.G., Swash M., Urich W. Sphincter denervation in ano-rectal incontinence and rectal prolapse. Gut 1977 ; 18 : 656-65.
46. Swash M., Snooks S.J., Henry M.M. Unifying concept of pelvic floor disorders and incontinence. J Roy Soc Med 1985 ; 78 : 906-11.
47. Kiff E.S., Swash M. Slowed conduction in the pudendal nerves in idiopathic (neurogenic) faecal incontinence. Br J Surg 1984 ; 71 : 614-6.
48. **Aoud Z E.** La conduite à tenir devant un prurit ano-genital chez l'enfant Rabat. Thèse Med 2017 ; 338 : 9-10.

49. **Merger R, Lévy J, Melchior J** Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> edition 2001:56.
50. **Agnès Senéjoux**. Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu) Post'U (2011) p 213-218.
51. **Bamrani SL**. Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 24.
52. **Banaei L, Dancoisne A, Dia K**. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. <http://www.has-sante.fr>; P 16-85.
53. **Gravie JF, Lehur Pamd, Fantoli M, Descottes B, Press P, Arnaud P**. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Ann. Surg 2005; 242(1) : 29-35.
54. **Baumann R, Meyer C**. Pathologie de l'anus: hémorroïdes et fissures anales. Revue d'hépatogastro-entérologie, 2002; 273(14): 165-172
55. **Godeberge P**. La maladie hémorroïdaire. J Can chir.2006; 145 (57): 1-4.
56. **Mariko H**. Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. These Med. Bamako 2003; 33 : 90.
57. **Bamrani SL**. Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 29.
58. **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.
59. **Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D, Staumont G**. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol Clin Biol 2001; 25:674-702.
60. **Higuéro T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C, Pigot F, Pillant-Le Moul H, Senéjoux A, Ghislain G, Suduca JL, Vinson-Bonnet B, Siproudhis L**. Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire en 2013. In press. Consulté le 30/10/2019  
<https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Recommandations/RPC-MALADIE-HEMORROIDAIRE.pdf>
61. **Suduca JM**, Hémorroïdes, EMC, Gastro-entérologie (9-086-A-10) ,2001
62. **Abramowitz L**. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement des hémorroïdes, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2001, 25 :674-702.
63. **Laurent S, Marianne E, Stephan A**. Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. Rév Prat 2008; 51: 21-25.

64. **Altienza P.** Les problèmes proctologiques dans les suites de l'accouchement, <http://pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/94/14.htm>
65. **Abramowitz L.** Complications anales durant la grossesse et le post-partum 2<sup>ème</sup> partie. Lésions de la marge anale POST'U 2014 : 1-10
66. **Drs Jean-Marie Freymonda, Roland Chautemsb, Vincent Della Santaa et Line Woltera.** Les urgences proctologiques chez la femme enceinte. *Rev Med Suisse* 2018 ; 14 : 1394-6
67. **Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, et al** for the GREP and the CREGG. Sphinctersparing anal fissure surgery: A one-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy. *Colorectal Dis* 2013 Mar; 15 (3):359-67.
68. **Villet R.** Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Versus une nouvelle entité la pelvi-périnéologie, 2003 : 55.
69. **Godeberge P.** Traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007 : 168-169
70. **Blanc B, Siproudhis L.** Pelvi-périnéologie, Ed. springer, France, 2005 : 246-248.
71. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard m-A.** Traité des maladies de l'an us et du rectum, Ed Masson, Paris, 2006 : 135.
72. **Ninou-Elbaum S, Benaim J.** L'incontinence anale neurogène du post-partum : 2. consulté le 10/10/2019 [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=856](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=856)
73. **Atienza P.** Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999 :100.
74. **Bourcier A., Haab f., Mares P.** Pelvi-périnéologie du symptôme au traitement, Ed sauramps medical, 2010 : 56-58.
75. **Faucheron JL.** Incontinence anale. *La presse médicale* 2008; 37 : 1447-1462.
76. **Bensalem M, Sakhri N, Saidani K, et al.** Incontinence anale et constipation. Service de gastroentérologie HCA [En ligne]. 2010 [consulté le 10 octobre 2019] Disponible <http://www.sahge.org/congres/3JFCT/Seance3/bensalem%20%20IA.pdf>
77. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al.** Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ*; 308 (6933):887-891.
78. **De Tayrac R, Faruel Fosse H, Langer B et al.** L'épisiotomie, recommandation pour la pratique clinique, CNGOF. *Pelv Perineaol* 1 : 377-381.

79. **Maillet R, Martin A, Riethmuller D.** Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, 28<sup>ème</sup> journées nationales. Paris 2004. Tome XXVIII : 21-25.
80. **Clautrier A.** L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé. Gynécologie et obstétrique. 2013 : 18-20.
81. **Fritel X.** Périnée et grossesse. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010;38(5):332-346.
82. **Sayfan J.** Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Dis Surg 2001; 18: 131-3.
83. **Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T.** Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012; 39(6):690-7.
84. **Shin GH, Toto EL, Schey R.** Pregnancy and post-partum bowel changes: constipation and fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2015;110:521-9
85. **Abramowitz L.** Traumatisme anal chez la parturiente. EMC Gynécologie. 2007 ; 1064 (7): 45452-4.
86. **Fynes M, Donnelly V, Behan M et al.** Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. Lancet. 1999 ; 354(9183):983-6.
87. **Badiou W.** L'allongement de la seconde phase de travail est-il un facteur de risque indépendant d'incontinence anale du post-partum Thèse. 2008 : 152.
88. **Parant O.** Déchirures obstétricales récentes de périnée et épisiotomie, EMC. Obstétrique 1999 ,5-078-A-10.
89. **Bamrani S L** les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 59.
90. **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.
91. **Poskus T, Buzinskiene A D, Drasutiene B G, Samalavicius B NE, Barkus C A, Barisauskiene B A, et al.** Hémorroïdes et fissures anales pendant grossesse et après l'accouchement, une perspective étude de cohorte 2014; 13(2) : 72-87.
92. **Ferdinande Y K, Dorreman K, Roelens W, Ceelen D, Looze D .** Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum: une étude de cohorte prospective. Colorectal disease, 2018 ; 20(12) : 1109-1116.
93. **Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.** Enquête Démographique et de Santé (EDS)- VI Mali 2018.

94. **Mirhaidari SJ, Porter JA, Slezak FA.** Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:1557-9.
95. **Avsar AF, Keskin HL.** Hemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 30(3): 231–237.
96. **Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D, et al.** Recommandation pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastro enterology Clinbiol* 2001; 25 : 674-702.
97. **Herold A.** Thérapie vun häemorrhoidalleiden. *Ann. Chir.* 2006 ; 77 : 737-748.
98. **Dewit O, Melanger M, Vanheuverzwyn R.** Les urgences en proctologie Louvain Med 2001; 120: 43-49.
99. **Atienza P.** L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 1998, 22(3) : 26.
100. **Laurent S, Marianne E, Stephan A.** Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. *Rév Prat* 2008; 51: 21-25.
101. **Dembélé BT, Diakité I, Togo A, Traoré A, Kanté I, Keita CO, Coulibaly Y, Keita M, Diallo G.** Fissures anales primaires dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré. *J AFR Chir Digest* 2012; Vol 12 (2) : 1329 – 1333.
102. **Pigot F, Siproudhis L, Albert FA.** Risks factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol. Clin Biol* 2005; 9: 237-45.
103. **Dr Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, et al.** Primary anal fissure; we approche global. *World gastroenterology organisation global guiclelisis* June 2009.
104. **Mac Arthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD, Lancashire R.** Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *BJOG* 2001; 108:678-83.
105. **Pablo Coello A, Mills ED, Ansdell DH, Yarto ML, Zhou Q, et al.** Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires. *Am j Gastroenterol* Janvier 2006; 101:181.
106. **Holzheimer RG.** Haemorrhoidectomy: Indications and Risks. *Eur J Med Res* 2004; 9(1):18-36.
107. **Mac arthur, Lewis M, Knox EG.** Health after childbirth. *Br j obstet Gynaecol* 1991, 98: 193-204.
108. **Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL et al.** Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: A multicentre

randomized study. Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver. Dig Liver Dis. 2014 ; 237-42.

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

**I : Identification de la gestante**

Centre :

Q1 : Numéro de la fiche d'enquête .....

Numéro dossier .....

Nom : .....

Prénom : .....

Age :

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

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

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

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

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

Q6 Profession: 1 = fonctionnaire, 2 = Ménagère, 3 =  
Elève/Etudiante,

4 = couturière, 5 = vendeuse, 6 = Aide-ménagère, 7 =  
Autres

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

Q8 : Résidence : 1 = Commune I 2 = commune II 3 =  
Commune III

4 = Commune IV 5 = Commune V 6 = Commune VI  
7 = Autres

**II. Antécédents**

Q9-Antécédents Médicaux: 1 = HTA /\_\_\_/ 2 =  
Diabète/\_\_\_/ 3 = Cardiopathie/\_\_\_/ 4 = Néphropathie /\_\_\_/  
Autres.....

Q10- Antécédents Obstétricaux

Gestité: 1 = Primigeste 2 = Paucigeste  
3 = Multigeste 4 = Grande Multigeste

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

4 = Multipare 5 = Grande Multipare

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

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

Décès néonatal : Oui /.../ Non/.../

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

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

Autres

Q12- Antécédents Proctologiques : 1 = douleur anale 2 =  
rectorragie

3= suintements 4= incontinence anale

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

### III. Habitudes socio-alimentaires

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

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

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

### IV. Données de la grossesse et proctologique :

#### A) Consultation prénatale 1(CPN1) :

Age de la Grossesse : 1ère trimestre  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 obstétrical Présence des varices : Oui /.../ Non/.../

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

Type de la grossesse : /\_\_\_/ 1 = Mono foetale 2 = multiple

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

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

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

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

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

Pathologies associées à la grossesse :

1 =HTA  2 = Anémie  3 = Diabète  4= Drépanocytose  5  
= Paludisme  6 = Infection urinaire  7 =

Cardiopathie  8=VIH

Rendez-vous le /...../...../...../

#### B) Données proctologiques :

1) Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

Eveillant

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

d : Permanente

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

Aucun

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

La marche

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

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

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

Apres les selles

Quantité : a : Trace  b : Minimale  c : Grande abondance  d :

Autres (à préciser)

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

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

Q17 : Prurit anaux Oui  Non

Q18 : Suintements anaux Oui  Non

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

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

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

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

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

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

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

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

Non/.../

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q22 : La diarrhée Oui/.. / Non/.../

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

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

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

## 2) Examen proctologique

Inspection , a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque  
hémorroïdaire

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

f : Fuite liquidienne  g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

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

V. Bilan

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

a) Diagnostic

- Echographie obstétricale/\_\_\_/ 1=grossesse évolutive ;  
2=grossesse non évolutive

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

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

**VI. Diagnostic Retenu :** 1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit  Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

**VII Consultation prénatale 2(CPN2) :**

Age de la Grossesse : 2em trimestre  3eme trimestre

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

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

Tension artérielle : /\_\_\_/ 1= < 140/90mmHg 2= 140/90  
-150/100mmHg,

3= ≥160/110mmHg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rendez-vous le /...../...../...../

## B) Données proctologiques :

### 1) Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

précisée .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q28: La diarrhée Oui/.. / Non/..../

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

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

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

## 2) Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque  
hémorroïdaire

c : Ulcération anale  d : Orifices fistuleux

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

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

Hypertonique

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

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit  Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à précisé

Traitements reçu :

.....

.....

### VIII). Examen de la femme à l'admission

Conjonctives : /\_\_\_/ 1=Colorées 2= Pâles

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

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

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

MAF : /\_\_\_/ 1= présent, 2 = absent BDCF : /\_\_\_/1= présent, 2 =  
absent

Présentation : /\_\_\_/ 1= Céphalique, 2= Siège, 3= Transverse

PDE /\_\_\_/ 1= intacte, 2 = rompue

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

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

Bishop : /\_\_\_/ 1 < 7 ; 2 ≥ 7

- Maturation cervicale /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

-Déclenchement : /\_\_\_/ 1= Spontané, 2= Artificiel

-Médicament utilisé : /\_\_\_/ 1= Prostaglandine, 2= Ocytocine

3= Ocytocine+ Prostaglandine, 4= Autres

Phase d'accouchement : Latence  Active  Expulsion

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

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

Médiane/...../

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

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

Révision utérine : /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

Pathologie associées à l'accouchement : HTA  Diabète

Eclampsie  Placenta prævia  Nœud du cordon

Chorioamniotite

### IX. Examen du nouveau-né

Fœtus : vivant  décède

Sexe : /\_\_\_/ 1 = masculin ; 2 = féminin

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

Poids du fœtus en g: /...../

Taille en cm : /...../

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

### X) Examen proctologique du postpartum :

#### 1. Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

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

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

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

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

Q29 : La rectorragie Oui/.... / Non/..../  
Période : a : Avant les selles  b : Au moment des selles  c :  
Apres les selles

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

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

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

Q30 : Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/..../  
Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané  b : Apres un effort  
physique  c : Autres (à préciser)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q30 : La diarrhée Oui/.. / Non/..../

Type de selle a : Liquidienne  b : Glaireuse

c : Glaire-sanglante  c : Sanglante

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

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

## 2. Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque  
hémorroïdaire

c : Ulcération anale  d : Orifices fistuleux

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

Palpation et Toucher Rectal :

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

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

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

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

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

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit  Postérieur-gauche

Antérieur-gauche

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à préciser

XI- Satisfaction de la suivie :

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

- 2) Traitements reçu :

.....

.....

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**NOM** : SISSOKO

**PRENOM** : FATOUMATA MASSIRE

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

**SECTEUR D'INTERET** : Gynécologie obstétrique et Chirurgie Générale

**PAYS** : MALI

**VILLE DE SOUTENANCE** : BAMAKO

**ANNEE DE SOUTENANCE** : 2021

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

**Adresse e-mail** : fathi6ko93@ gmail.com

## **RESUME**

La pathologie proctologique demeure un motif fréquent de consultation tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. La grossesse et l'accouchement peuvent s'entacher d'affections proctologiques douloureuses bien moins agréables. Elle est sous-estimée en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'informations.

L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir, en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner. Dans la plupart des cas, leur diagnostic est tardif et leurs prises en charge sont inadaptées ou inappropriées.

**But** : Etudier les pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique mono centrique avec enquête prospective des données allant du 1<sup>er</sup> avril au 31 Décembre 2019.

**Résultats** : Au cours de cette période nous avons recensé 163 gestantes. Parmi ces gestantes, 56 soit 33,6% ont développé au moins une maladie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire (15%), fissure anales (22,2%), les incontinences anales (19,2%). La maladie hémorroïdaire et la fissure anale (FA) sont deux sources de douleurs anales fréquentes chez la femme enceinte et dans le postpartum. Elles restent toutefois négligées en l'absence de complications.

Les facteurs incriminés étaient dominés par l'âge  $\geq 25$  ans, la multiparité, une constipation chronique, un indice de masse corporelle  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, Accouchement par voies basse, une durée d'expulsion fœtale  $\geq 20$  minutes un poids du nouveau-né  $\geq 3000$  et une déchirure périnéale. La clinique est dirigée

par l'interrogatoire et l'examen proctologique. Les signes cliniques retrouvés ont été la douleur anale, la rectorragie, et les prurits. Le traitement comprend avant tout la régulation du transit intestinale et des topiques locaux, les antalgiques, les Veïnotoniques (Daflon) et l'hygiène diététique. Les interventions chirurgicales sont à éviter et indiquées en cas d'échec du traitement conservateur.

**Mots Clés : Hémorroïde**, fissure anales, les incontinences anales, grossesse et post partum

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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**