

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

Thèse

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

Présentée et soutenue publiquement le 11/01/2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Youssouf DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Adégné TOGO

Membre: Dr Modibo SANOGO

Co-directeur: Dr Saleck DOUMBIA

Directeur : Pr Youssouf TRAORÉ

DÉDICACES

DEDICACES

Bissimilahi Rahman Rahim

Louange à ALLAH seigneur de l'univers, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, point de divinité à part lui, l'unique, le dominateur suprême. Celui qui subsiste par lui-même, ni somnolence ni sommeil ne le saisissent. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus, et nul n'est égal à lui.

Maitre du jour de la rétribution, c'est toi seul que nous adorons, et c'est toi seul dont nous implorons le secours. Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés. Seigneur ! Accorde nous belle part ici-bas, et belle part aussi dans l'au-delà.

Au MOHAMED paix et salut sur lui, qu'Allah lui accorde clémence et miséricordieux.

A mes parents :

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots.

A Ma mère : Aissata Dembélé

Tous les mots du monde ne pourraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation de qualité.

C'est grâce à tes immenses sacrifices, tes sages conseils, tes bénédictions que j'ai pu réaliser ce travail. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondé en moi.

Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Que Dieu le tout puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie.

A Mon père DEMBELE Souleymane :

Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. Tu m'as appris le sens du bon travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Ta bonté et ta générosité extrême sont sans limites. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral tout au long de mes études. Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et mon bien-être.

Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.

Que Dieu le tout puissant te garde et te procure santé et longue vie.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mon cousin Dr samba Dembélé : Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte.

Ta prière, ton encouragement et ton soutien a toujours été d'un grand secours.

Puisse Dieu le tout puissant te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer une longue vie.

A mon grand frère Oumar Dembélé : Vous avez toujours pris soins de moi depuis mon enfance et soucie de mon avenir, merci pour votre soutien, votre solidarité et fraternité. Que Dieu vous bénisse.

A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines : Mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A tous mes frères et sœurs de la grande famille : Avec tout mon amour et mon estime, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

A ma tante : Merci pour tous vos efforts, conseils et bénédictions

A tous les personnels du centre de sante de référence de la commune.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin, moralement, physiquement ou financièrement à la réalisation de ce travail.

A tous ce qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Au Président du jury

Professeur Togo Adégné

- ❖ **Professeur titulaire de chirurgie générale à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- ❖ **Spécialiste en cancérologie digestive**
- ❖ **Proctologue**
- ❖ **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**
- ❖ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- ❖ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- ❖ **Membre du "West African College of Surgeons" (WACS).**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Honorable maître, nous avons été marquée par votre gentillesse, votre enthousiasme, votre sympathie, votre simplicité et votre amour du travail bien fait.

Vos qualités d'homme scientifique, de formateur et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré.

Soyez rassuré cher maître, de notre estime et de notre profond respect.

Puisse Allah vous accorder une bonne santé et une longue vie afin qu'on continue de profiter de vous.

A notre Maître et Juge

Dr Sanogo Modibo

- ❖ **Spécialiste en Chirurgie Générale**
- ❖ **Chef de service de chirurgie du CSRéf CI**
- ❖ **Membre de la SOCHIMA**
- ❖ **Praticien Hospitalier**

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a marqué.

Votre humilité, votre sympathie et votre motivation ont forcé notre admiration.

Vous êtes ambitieuse et vous prônez le travail bien fait, ces qualités nous inspirent cher maître.

Longue vie et belle carrière médicale à vous.

Veillez croire cher maître en l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur

Docteur DOUMBIA SALECK

- ❖ **Gynécologue – Obstétricien ;**
- ❖ **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS**
- ❖ **Détenteur d'un Master en colposcopie obtenu en Algérie**
- ❖ **Détenteur d'un D.U Diplôme Universitaire en Epidémiologie Biostatistique a l'institut Africain de santé Publique de OUAGADOUGOU**
- ❖ **Détenteur d'un DIU en méthodologie de recherche à l'institut Africain de Santé publique de OUAGADOUGOU**

Cher maître, nous sommes très honorés que vous ayez accepté de co-diriger ce travail.

Enthousiasme, compréhension, don de soi et dévouement sont vos qualités, pour ne citer que celles-ci.

Votre courage, votre engagement et votre humilité ont forcé notre admiration et notre respect.

Recevez ici l'expression de notre grande admiration et de notre estime.

Qu'Allah vous prête longue vie dans la santé et le succès.

A notre Maître Président du jury et Directeur de thèse

Pr Traoré Youssouf

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

Cher maître, nous n'oublierons jamais la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous encadrer pour ce travail.

Tout au long de ce travail, nous avons été fascinée par votre amour pour le travail bien fait.

Vos qualités pédagogiques et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Soyez rassuré de toute notre estime, notre profonde gratitude et notre entière confiance.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
<	: Inférieur
<=	: Inférieur ou égal
>	: Supérieur
>=	: Supérieur ou égal
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AI	: Alliés
Ant	: Antérieur
ATCD	: Antécédent
CHU	: Centre hospitalier universitaire
cm	: Centimètre
CRAT	: Centre de référence sur les agents tératogènes
FA	: Fissure anale
FMOS	: Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
g	: Gramme
H	: Heure
IA	: Incontinence anale
IC	: Intervalle de confiance
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IST	: Infection sexuellement transmissible
Kcal	: Kilocalories
LGV	: Lymphogranulome vénérien
MH	: Maladie hémorroïdaire
MHD	: Mesures hygiéno-diététiques
Min	: Minute
ml	: millilitre
mm	: millimètre
P	: Probabilité
Post	: Postérieur
RR	: Risque relatif
S2	: 2 ^e vertèbre sacrée
S4	: 4 ^e vertèbre sacrée
SA	: Semaine d'aménorrhée
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	: Toucher ano-rectal
THE	: Thrombose hémorroïdaire externe

TR : Toucher rectal

VIH : Virus de l'immunodéficience acquise

.

LISTE DES TABLEAUX.

Tableau I : Classification de l'incontinence anale.	43
Tableau II : Fréquence des différentes pathologies anales en fonction de la période gravido- puerpérale.	52
Tableau III : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels.	52
Tableau IV : Répartition des patientes selon les données de l'examen proctologique.	53
Tableau V : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée :	53
Tableau VI : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques.	54
Tableau VII : Répartition des patientes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.	54
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la prise en charge de la fissure anale.	55
Tableau IX : Répartition des patientes selon la prise en charge de l'incontinence anale.	55
Tableau X : Analyse des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.	56
Tableau XI : Analyse des facteurs de risque de la fissure anale.	57
Tableau XII : Analyse des facteurs de risque de l'incontinence anale.	58

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
➤ Objectif général :	3
➤ Objectifs spécifiques :	3
I. GENERALITES.	5
1. Définitions :	5
2. Rappels	5
2.1. L'utérus gravide	5
2.2. Anatomie du côlon	6
2.2.1 Configuration externe :	7
2.2.2 Configuration interne :	8
2.2.3 Structure :	8
2.2.4 Rapports avec les organes :	9
2.3 Physiologie du côlon	10
2.4. Anatomie descriptive du canal anal :	12
2.4.1 Configuration externe :	12
2.4.2 Configuration interne :	13
2.4.3 Les sphincters du canal anal :	14
2.5. Anatomie fonctionnelle du canal anal :	16
3. Modifications physiologiques de l'appareil digestif au cours de la grossesse :	18
4. Pathologies anales.	20
4.1. La maladie hémorroïdaire.	20
4.1.1 Définition.....	20
4.1.2 Physiopathologie.	20
4.1.3. Les facteurs favorisants :	24
4.1.4. Les signes cliniques :	24
4.1.5. Les complications de la maladie hémorroïdaire interne :	26
4.1.6. Le traitement en général :	28
4.1.7. Cas particuliers de la femme enceinte et allaitante :	33
4.2. Fissure anale	34
4.2.1. Définition.....	34
4.2.2. Les facteurs de risque :	35
4.2.3. Le diagnostic positif :	35
4.2.4. Diagnostic différentiel :	36
4.2.5 Evolution :	36

4.2.6 Le traitement :	37
4.3. L'incontinence anale.	38
4.3.1. Définition :	38
4.3.2. Physiopathologie.	39
2-4.3.3 Facteurs de risque :	41
4.3.4. Exploration de l'incontinence anale :	43
4.3.5. Le traitement.....	44
4.3.6 Parturientes chez qui nous devons discuter un accouchement par césarienne pour préserver l'anus :	45
II. METHODOLOGIE.....	48
1. Cadre de l'étude	48
2. Type et période de l'étude :	48
3. La population d'étude :	48
4. Echantillonnage :	48
4.1. Taille de l'échantillon :	48
4.2. Critères d'inclusion :	49
4.3. Critères d'exclusion :	49
5. Déroulement de l'étude :	49
6. Collecte des données :	49
7. Saisie et analyse des données :	50
8. Aspect éthique :	50
9. Les variables étudiées :	50
III. RESULTATS	52
1. Fréquences :	52
2. Aspects cliniques des pathologies anales	52
4. Evolution des différentes pathologies dans le temps :	59
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	61
1. Approche méthodologique :	61
2 La fréquence :	61
3. L'aspect clinique :	63
4.La prise en charge :	66
V Conclusion et recommandations	69
Conclusion.....	69
Recommandations	69
References:	71
.....	84

ANNEXES.....	85
FICHE SIGNALETIQUE	85
FICHE D'ENQUETE.....	86
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	97

INTRODUCTION.

INTRODUCTION

Si la grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureux de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections proctologiques douloureuses bien moins agréables. Moins de 50 % des femmes sont informées de ces désagréments potentiels [1]. La proctologie est la spécialité des maladies de la zone anale et du rectum. Toutes les affections proctologiques peuvent s'observer lors de la grossesse. Les pathologies les plus fréquentes sont : les hémorroïdes, les incontinences anales et les fissures anales [1].

La maladie hémorroïdaire touche 7,9 à 38% des femmes enceintes [1]. Après un accouchement, 20% des femmes vont souffrir de maladie hémorroïdaire [2]. En 2003 à l'hôpital Bichat à Paris mettait en évidence 1,2% des fissures anales pendant le dernier trimestre et 15,2% durant le post partum immédiat [2]. Chez 1228 nullipares continentales, des troubles de la continence anales sont apparus dans 10,3% des cas, ces troubles étant d'autant plus fréquent que l'âge de la femme augmentait et qu'il existait une prise de poids excessive pendant la grossesse [3]

La prévalence de la constipation est augmentée au cours de la grossesse affectant environ un tiers des femmes [4]. En France, l'étude la plus récente publiée en 2014 a évalué la prévalence des pathologies anales en médecine générale sur 1079 patients ayant consultés leurs médecins généralistes entre février et septembre 2010 [5], a relevé que le taux de consultation spontanée pour symptômes anaux était de 2% alors qu'après un interrogatoire systématique de tous les patients le taux des symptômes anaux était en fait de 14,2%. Les symptômes étaient variés : saignement anal (32%) douleur anale (30,7%), prurit anal (22,2%), tuméfaction anale (21,6%), suintement anal (14,4%) et fuite anale (14,4%). A partir des ces symptômes les diagnostics posés par les médecins généralistes étaient une maladie hémorroïdaire (48,4%), une fissure anale (9,2%), une pathologie dermatologique anale (7,2%) une suppuration anale

(1,3%) et une pathologie fonctionnelle de type constipation diarrhée ou incontinence anale (32,7%)

La fissure anale survient cependant le plus souvent après l'accouchement, en 2003 à l'hôpital Bichat on a retrouvé (1,2%) des fissures anales pendant le troisième trimestre et de (15,2%) durant le post-partum immédiat [2].

La prévalence de l'incontinence anale (aux gaz ou aux selles) est de 5 à 10% pendant la grossesse et le post-partum. Elle semble maximale en fin de grossesse [6]. Une déchirure sphinctérienne est retrouvée dans la moitié des incontinenances anales du post-partum [7].

Au Mali, en 2006, Dicko ML [8] retrouvent en sept ans, une fréquence annuelle de 21,4% sur l'ensemble des consultations dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Il y'a très peu d'écrits sur les pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum au Mali. Par contre, nous avons beaucoup d'écrits sur la fréquence des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum dans la littérature. C'est ainsi que nous avons initié cette étude au CSRéf de la Commune I du District de Bamako dont les objectifs sont :

➤ **Objectif général :**

Etudier les pathologies anales chez la femme enceinte et les accouchées.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer l'incidence des pathologies anales chez la gestante et l'accouchée.
- Décrire les caractéristiques cliniques de ces différentes pathologies.
- Déterminer les facteurs de risques de ces pathologies.
- Décrire la prise en charge.
- Donner l'évolution dans le temps.

GENERALITES

I. GENERALITES.

1. Définitions :

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

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

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

2. Rappels

2.1. L'utérus gravide

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

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

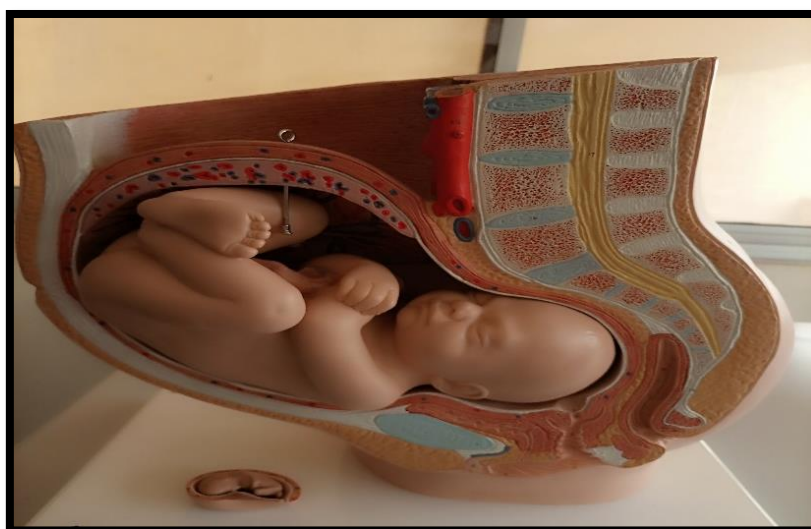


Figure 1 : utérus gravide.

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

2.2. Anatomie du côlon

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

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

➤ Les segments du côlon :

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

➤ Les angles :

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

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

Le côlon gauche est vascularisé par l'artère mésentérique inférieure et comprend : le 1/3 gauche du côlon transverse, l'angle colique gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde ou pelvien.

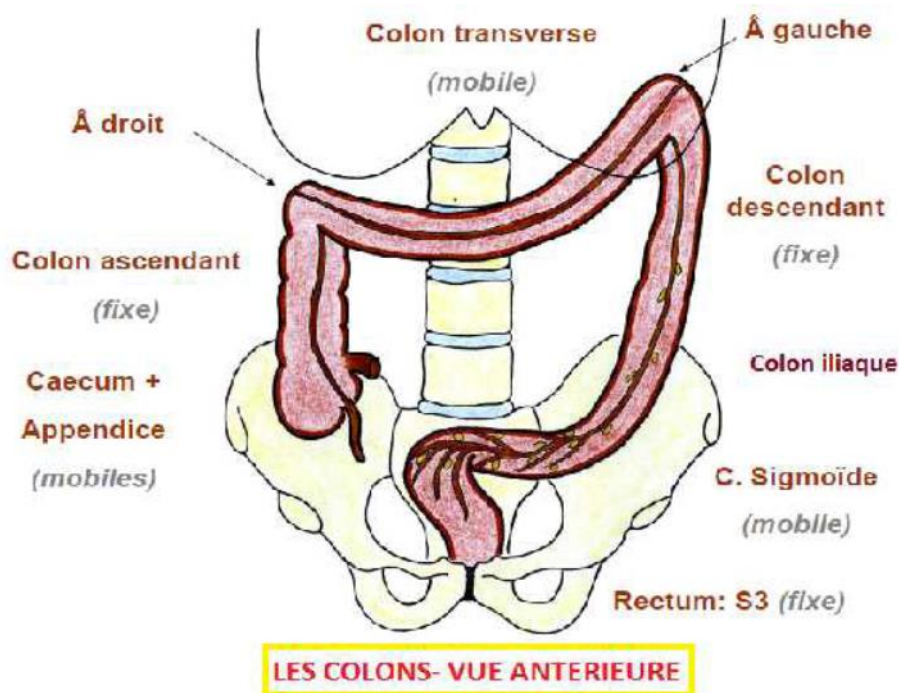
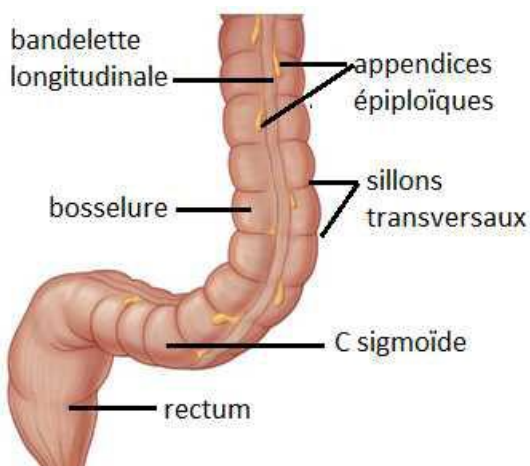


Schéma 2 : Les segments du côlon. [10]

2.2.1 Configuration externe :

Le côlon se différencie du grêle par :

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



**CONFIGURATION EXTERNE DU COLON
VUE ANTERIEURE**

Schéma 3 : Configuration externe du côlon [10]

2.2.2 Configuration interne :

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

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

2.2.3 Structure :

La paroi colique est constituée par quatre tuniques :

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

2.2.4 Rapports avec les organes :

➤ **Le caeco-appendice :**

- **En avant :** la paroi abdominale antérieure
- **En arrière :** par l'intermédiaire du péritoine pariétal, le caecum est en rapport avec le muscle psoas, sur lequel descendent le nerf crural et le nerf fémoro-cutané.
- **En dedans :** les anses iléales, les vaisseaux iliaques et l'uretère droit.
- **En dehors :** la fosse iliaque et la paroi abdominale latérale.

➤ **Le côlon droit :**

- **En avant :** le côlon ascendant répond à la paroi abdominale antérieure ; l'angle droit et le transverse répondent au foie, la vésicule biliaire, et plus à distance à la paroi costale.
- **En dedans :** le côlon ascendant est en rapport avec les vaisseaux gonadiques et l'uretère droit. L'angle colique droit répond au 2^e duodénum.
- **En dehors :** le côlon ascendant est en rapport avec la paroi abdominale latérale, l'angle colique droit avec le diaphragme.
- **En bas :** le côlon transverse répond aux anses grêles.

➤ **Le côlon gauche :**

- **En arrière :** l'angle colique gauche répond au rein gauche et à la queue du pancréas ; le côlon descendant répond à la fosse lombaire ; le côlon iliaque au muscle psoas et la fosse iliaque ; le côlon iliaque répond aux vaisseaux iliaques externes.
- **En avant :** l'angle colique gauche est en rapport avec la grande courbure de l'estomac ; le côlon descendant et le côlon iliaque

répondent aux anses intestinales ; le côlon pelvien en rapport avec la vessie et l'utérus.

- **En dedans :** le côlon ascendant et le côlon iliaque répondent aux vaisseaux gonadiques et l'uretère gauche.
- **En dehors :** l'angle colique gauche répond à la rate et au diaphragme et le côlon descendant et iliaque à la paroi latérale de l'abdomen [10].

2.3 Physiologie du côlon

La digestion est généralement complétée plus haut dans l'intestin, le côlon ne joue qu'un rôle secondaire dans ce processus. Les bactéries présentes dans le côlon peuvent cependant digérer, par putréfaction les protéines qui se présentent à ce niveau.

Bien qu'il soit peu actif dans la digestion des nutriments, le côlon remplit plusieurs fonctions :

- Absorption de l'eau et des ions.
- Fermentation bactérienne des nutriments non absorbés.
- Entreposage des déchets et des matériaux non digestibles.
- Élimination des déchets et des matériaux non digestibles.

Afin d'accomplir ses rôles le plus efficacement possible, le côlon réagit à différents stimuli :

- **La distension rectale** est perçue et permet la transition entre la fonction d'entreposage (relaxation musculaire) que le côlon remplit et la fonction d'excrétion des déchets (contraction musculaire). Cette réponse est possible grâce à l'interaction des systèmes nerveux intrinsèque et extrinsèque.
- **Une chute du volume circulant efficace** provoque, par l'entremise de l'aldostérone, une réabsorption accrue d'eau et d'ions.

- **L'arrivée d'acides gras libres dans le côlon** entraîne la libération du peptide YY qui inhibe la plupart des fonctions du tube digestif, de la sécrétion gastrique à la motilité colique.

La présence d'aliments dans la lumière du tube digestif cause un étirement de la paroi qui est perçu par des neurones sensibles à l'étirement. Ceux-ci stimulent ensuite le système nerveux parasympathique agissant au niveau du plexus myentérique, ce qui entraîne une contraction en amont (via l'acétylcholine) et une relaxation en aval. Le péristaltisme est donc un réflexe du système digestif en réponse à l'étirement de sa paroi. Le péristaltisme permet de faire progresser le chyme alimentaire dans le tube digestif à une vitesse de 25 cm/minute. Cette réponse peut également être déclenchée par une irritation chimique ou physique de la paroi.

Le péristaltisme typique est composé de segments qui propulsent et de segments qui reçoivent le chyme

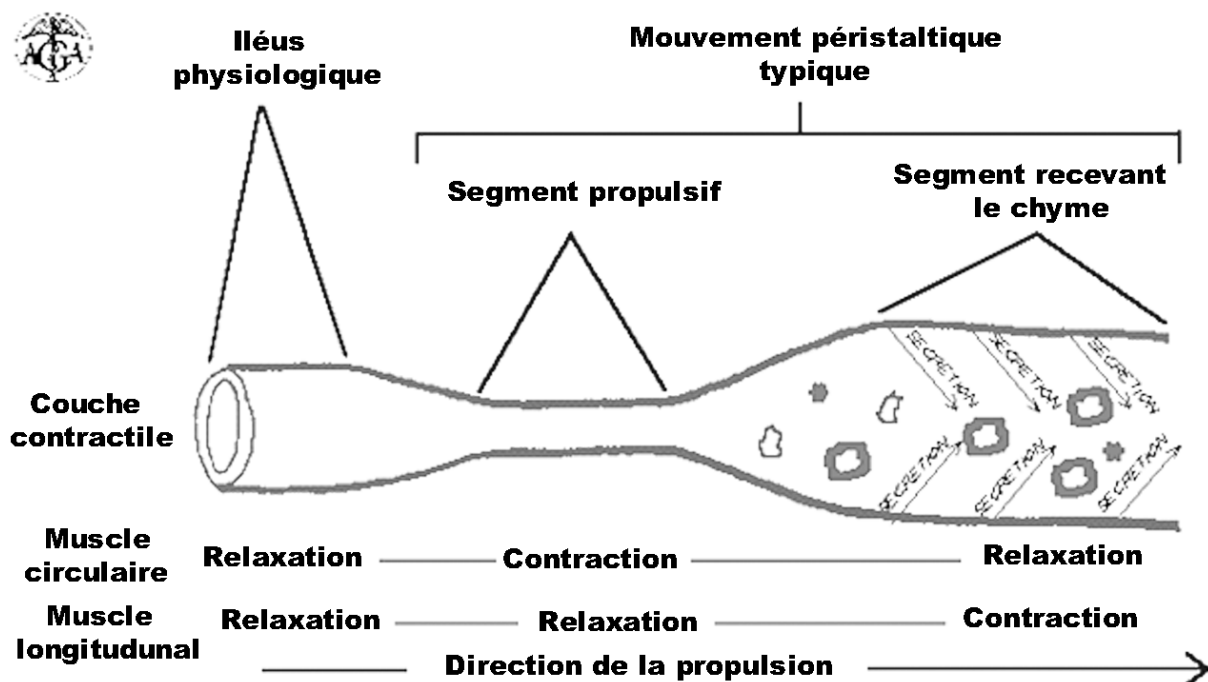


Schéma 4 : Mouvement péristaltique [11].

En plus d'un mouvement péristaltique aidant à la propulsion des aliments dans le système digestif, l'intestin présente également des contractions segmentaires.

Ce mouvement segmentaire s'effectue en plusieurs étapes :

- I. La distension de la paroi intestinale par le chyme provoque une contraction du segment distendu.
- II. La contraction pousse le contenu de l'anse dans la zone adjacente.
- III. L'arrivée du chyme dans cette zone provoque une distension.
- IV. La distension de l'anse provoque une contraction et le cycle recommence [11].

2.4. Anatomie descriptive du canal anal :

2.4.1 Configuration externe :

Le rectum, d'une longueur de 10 à 15 cm, est la partie terminale du gros intestin.

Le canal anal est le segment terminal du tube digestif. Il consiste en un segment d'une longueur d'environ 3,8 cm qui s'étend de la peau péri-anales du fessier jusqu'à la paroi rectale [12].

Il traverse l'épaisseur du périnée postérieur pour répondre dans sa partie inférieure au sphincter externe. Ses rapports sont :

- **Latéralement** : les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
Le muscle élévateur de l'anus ; Le centre tendineux du périnée.
- **En avant** : Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo urétrales et le bulbe du pénis ; Chez la femme, la paroi postérieure du vagin [13].

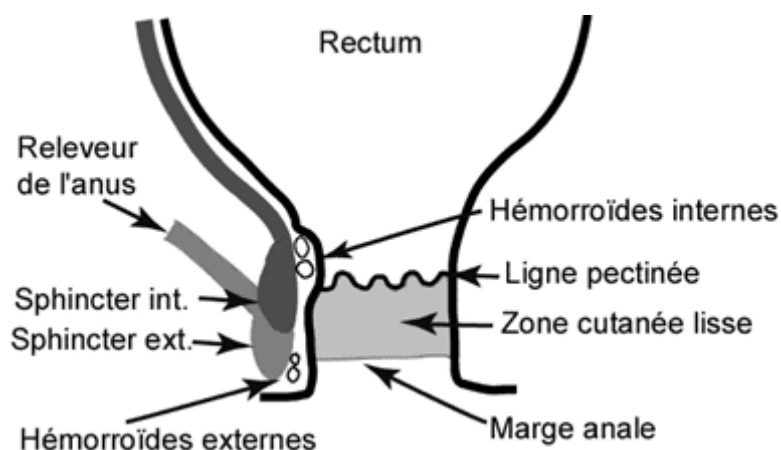


Schéma 5 : configuration externe du canal anal [14].

2.4.2 Configuration interne :

Le canal anal comporte deux zones : la zone sus pectinéale qui est rouge sombre et occupée par les colonnes de MORGAGNI et la zone sous pectinéale qui est grise, bleutée et contient le pecten, les glandes de la marge anale et la peau. Les colonnes anales de MORGANI sont constituées par des replis semi-circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm et épaisses de 1 à 2 mm, reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose.

La ligne pectinée ou dentelée marque l'endroit où se terminent les fibres sensorielles. La région au-dessus de cette ligne est relativement insensible à la douleur. Par contre, au-dessous de cette ligne, le canal anal et l'anus sont extrêmement sensibles [12].

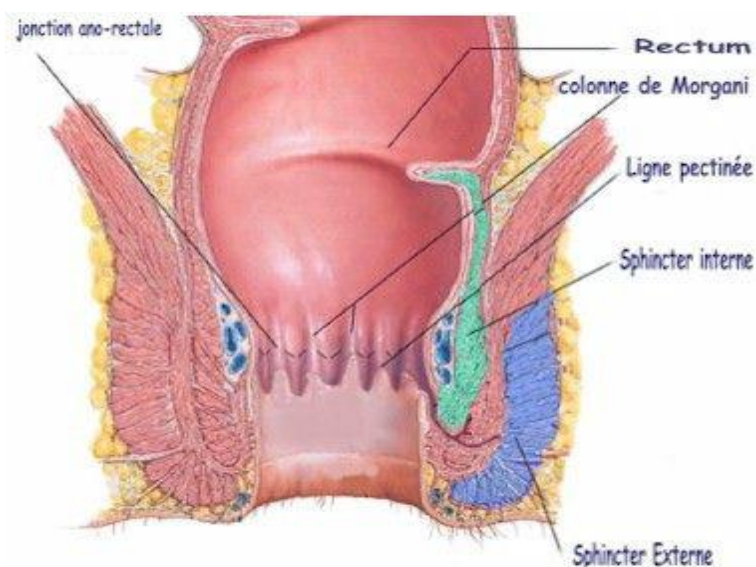


Schéma 6 : configuration interne du canal anal [14].

2.4.3 Les sphincters du canal anal :

- **Sphincter anal externe** : Le sphincter anal externe un muscle strié constitué de trois couches concentriques formant un anneau de 7 à 10 mm d'épaisseur sur 25 à 30 mm de hauteur. Il comprend trois portions (profonde, superficielle et sous-cutanée) disposées séquentiellement le long du canal anal de haut en bas. Le faisceau profond est un muscle épais en anneau qui encercle la partie supérieure du canal anal et se mélange avec des fibres du muscle élévateur (ou releveur) de l'anus. Il participe pour partie au tonus de fermeture du canal anal, et représente l'effecteur principal de la continence dite urgente ou volontaire. Le faisceau superficiel entoure aussi le canal anal, mais est amarré en avant au niveau du noyau fibreux central (centre tendineux du périnée) et en arrière sur le coccyx, en entrant dans la constitution du ligament anococcygien. La partie sous-cutanée est un disque aplati horizontalement qui entoure l'orifice anal juste sous la peau. Le sphincter anal externe est innervé par des rameaux rectaux inférieurs du nerf pudendal et par des rameaux directement issus des divisions antérieures de S4.

- **Muscles releveurs de l'anus** : Le diaphragme pelvien est la partie musculaire du plancher pelvien. En forme d'entonnoir et attaché vers le haut aux parois du pelvis, il est composé des muscles élévateurs de l'anus (ou releveurs) et coccygiens. Les muscles élévateurs de l'anus ont leur origine de chaque côté sur la paroi pelvienne, se dirigent médialement et vers le bas, et se rejoignent sur la ligne médiane. Sur la ligne médiane, les muscles s'entremêlent en arrière du vagin chez la femme, et autour de l'ouverture pour le canal anal dans les deux sexes. Les muscles élévateurs sont divisés en trois faisceaux :
- **le faisceau pubococcygien** naît du corps du pubis, se dirige en arrière pour s'attacher sur la ligne médiane en arrière jusqu'au coccyx ;
 - **le faisceau puborectal** naît, en association avec le muscle pubococcygien, du pubis et se dirige vers le bas de chaque côté pour former une sangle autour de la partie terminale du rectum. Cette sangle musculaire maintient, au niveau de la jonction anorectale, l'angle anorectal qui a un rôle essentiel de renforcement du sphincter externe ;
 - **l'ilio-coccygien** naît du fascia qui recouvre le muscle obturateur interne et rejoint le même muscle du côté opposé sur la ligne médiane pour former un raphé. Ainsi, les muscles élévateurs de l'anus aident à soutenir les viscères pelviens et à maintenir fermé le rectum, et le vagin chez la femme. Ils sont directement innervés par des divisions des rameaux ventraux de S4 et par des divisions du nerf pudendal (S2 à S4).
- **Sphincter anal interne** : Le sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale lisse, et en contraction tonique, permanente et involontaire [15].

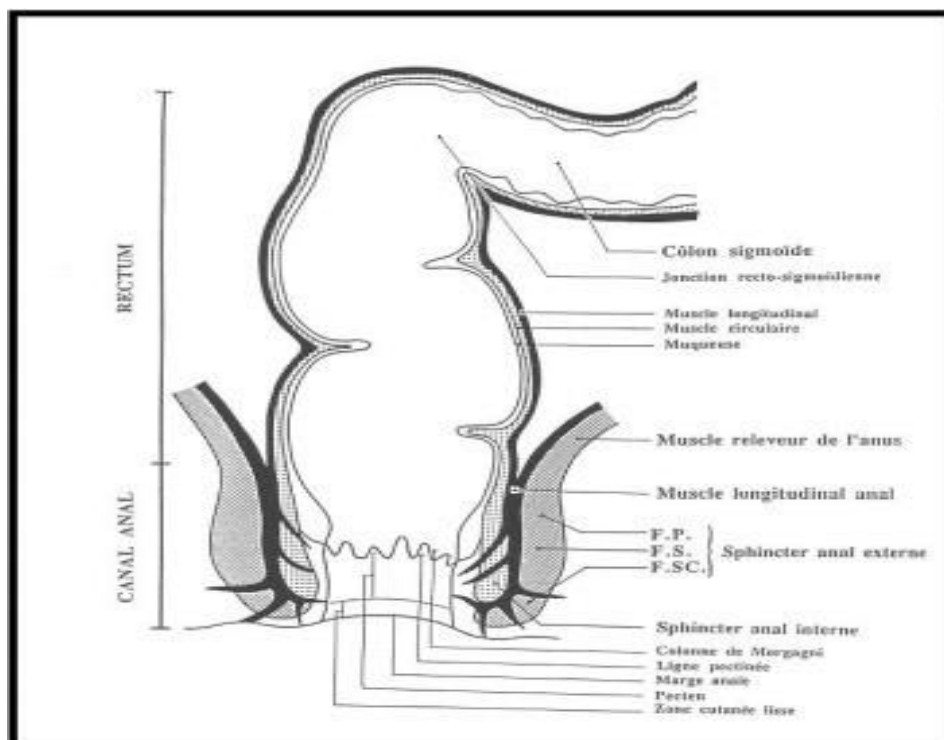


Schéma 7 : Sphincters du canal anal [16].

2.5. Anatomie fonctionnelle du canal anal :

La contraction continue des muscles annaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé. A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal.

La physiologie anorectale est dominée par les phénomènes de défécation et de continence qui ne peuvent s'exercer que s'il existe une parfaite intégrité des éléments anatomiques de la région : rectum, faisceau pubo-rectal du releveur de

l'anus, sphincter interne, sphincter externe, muqueuse anale. [8]. L'action du sphincter interne est contrôlée de façon subconsciente (il est constamment contracté pour prévenir la perte fécale accidentelle), tandis que l'action du sphincter externe est volontaire [12].

Les sphincters sont alimentés par des vaisseaux sanguins et des nerfs.

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu [17]. C'est l'apparition des manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie »

Les hémorroïdes internes sont situées au-dessus de la ligne pectinée et réparties en 3 paquets correspondant à la division des branches artérielles hémorroïdales supérieures : 3H (latéral gauche), 8H (postérieur droit), 11H (antérieur droit en position gynécologique). L'apport artériel des hémorroïdes internes est essentiellement issu des artères hémorroïdales supérieures, branches de l'artère mésentérique inférieure. Les veines hémorroïdales supérieures se drainent dans la veine porte, une faible partie se draine vers la veine cave par les veines iliaques internes. Les hémorroïdes internes sont amarrées à la muqueuse par des fibres musculo- conjonctives qui les fixent à la face interne du sphincter interne et forment au niveau de la ligne pectinée un ligament suspenseur dit ligament de Parks. Ces hémorroïdes ont pour rôle physiologique la continence fine (contrôle des gaz) et l'occlusion du canal anal (15% du tonus de repos du canal anal). La détérioration des systèmes de fixation peut aboutir à une maladie hémorroïdaire symptomatique caractérisée en histologie par une stase veineuse, des dilatations veineuses, une mobilisation vers le bas des coussinets et une altération de l'épithélium de surface engendrant des saignements qui sont d'origine artériolaire. Ce type d'hémorroïdes n'a pas de cellules nerveuses. C'est pourquoi les hémorroïdes internes ne provoquent pas de douleur [18].

Les hémorroïdes externes résultent d'une affection veineuse inflammatoire. Elles se développent sous l'orifice rectal ou autour de l'anus. Elles sont situées

sous la peau et vascularisées par l'artère honteuse interne. La présence de cellules nerveuses rend ces hémorroïdes très douloureuses [12].

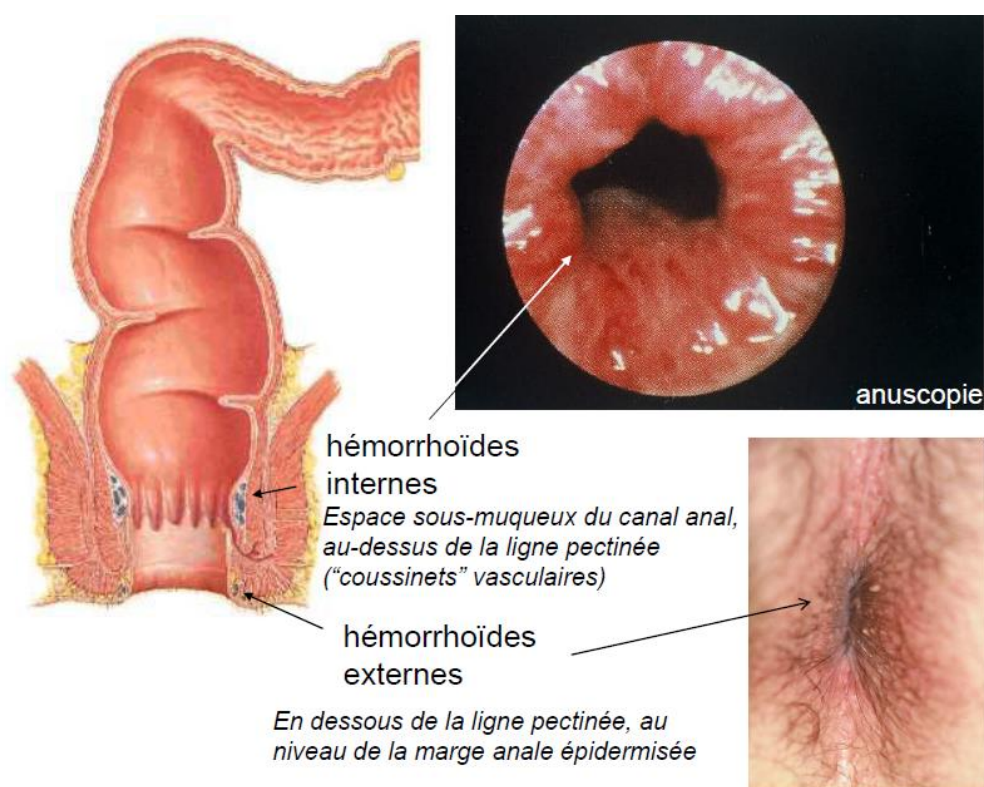


Schéma 8 : Localisation des hémorroïdes [14].

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

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

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

Il y a une diminution de la sécrétion gastrique de 40 %, le pH gastrique augmente au premier et au deuxième trimestre. La production du mucus protecteur est accrue. La mobilité et le tonus gastrique sont diminués et, sous l'effet de la progestérone, le temps de vidange est augmenté.

L'intestin voit son temps de transit allongé. Ce ralentissement s'accompagne d'une résorption de la quantité d'eau dans le colon, ce qui favorise et accentue la constipation [19].

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

Physiopathologie de la constipation pendant la grossesse :

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

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

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

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

- **Rôle du mode de vie :**
 - Diminution de la consommation d'eau, surtout au 1^{er} trimestre.
 - Diminution des apports en fibres alimentaires
 - Diminution de l'activité physique, surtout au 1^{er} trimestre [20].
- **Allongement du temps de transit oro-caecal** [20].
- **Rôle de facteurs hormonaux :**

La progestérone agit sur le muscle lisse colique :

- Elle inhibe l'amplitude des contractions au niveau de la couche circulaire du muscle lisse colique.
- Inhibe l'amplitude et la fréquence des contractions au niveau de la couche longitudinale du muscle lisse colique [20].

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

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

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

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

La constipation du post-partum semble être liée aux modifications des règles d'hygiène de vie ; aux lésions secondaires du sphincter anal notamment en cas de travail prolongé, d'utilisation du forceps, de gros poids de naissance [20].

4. Pathologies anales.

4.1. La maladie hémorroïdaire.

4.1.1 Définition

La MH correspond à toute la symptomatologie attribuable à la transformation pathologique des formations vasculaires normales du canal anal, qui jouent un rôle déterminant dans les mécanismes physiologiques de la continence fine [14].

4.1.2 Physiopathologie.

La contraction continue des muscles annaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines tans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines tans-sphinctériennes) permettent la

défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé. A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal [8].

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

- Augmentation du volume sanguin circulant
- Congestion vasculaire et relâchement du ligament suspenseur de Parks du fait de l'imprégnation hormonale.
- Diminution du retour veineux du fait de l'utérus gravide
- Constipation physiologique [1].
- Les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse (lors des poussées, pendant l'accouchement) sont à l'origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien. [21].

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

- **Grade I** : Absence de prolapsus.



Schéma 9 : Grade I de la maladie hémorroïdaire interne [14].

- **Grade II** : Les hémorroïdes sont prolabés à l'effort puis se réintègrent spontanément.

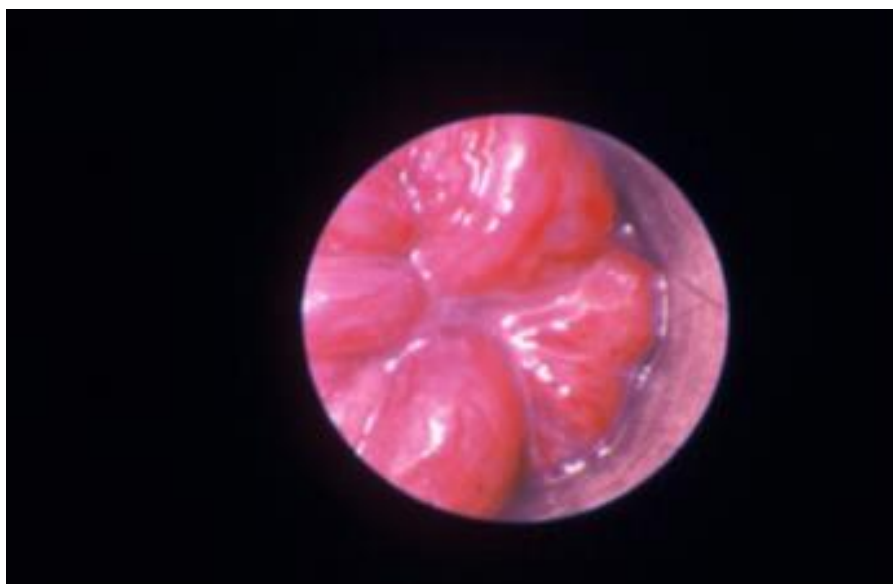


Schéma 10 : Grade II de la maladie hémorroïdaire interne [14].

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



Schéma 11 : Grade III de la maladie hémorroïdaire interne [14].

- **Grade IV** : Prolapsus permanent et irréductible.



Schéma 12 : Grade IV de la maladie hémorroïdaire interne [14].

4.1.3. Les facteurs favorisants :

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

4.1.4. Les signes cliniques :

➤ **Signes fonctionnels :**

- Saignement : symptôme principal, typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation, d'abondance variable (saignement goutte à goutte éclaboussant la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage).
- Prolapsus ou procidence hémorroïdaire : Correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal. Peut-être circulaire ou localisé et permet la classification de la maladie hémorroïdaire en quatre stades selon Goligher.
- Prurit anal
- Suintement glaireux et/ou pertes de mucus
- Pesanteur anale
- Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle

➤ **Signes physiques :**

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

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

- **Inspection** : Réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule).
- **Palpation** : L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal. Recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité.
- **Toucher anorectal** : En décubitus dorsal, cuisses fléchies en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face postérieure et la partie haute du rectum, on appréciera le tonus et la contraction volontaire de l'appareil sphinctérien, la moitié inférieure du rectum (tumeur, ulcération), la prostate chez l'homme, le col utérin et le cul de sac de Douglas chez la femme. Le TAR authentifie le saignement et recherche une douleur localisée.
- **Anuscopie** : Appareil métallique ou jetable, permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires
 - **Signes généraux** : sont absents au début, présents en cas de complications ou de pathologies associées.

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



Schéma 13 : Thrombose hémorroïdaire externe [14].

4.1.5. Les complications de la maladie hémorroïdaire interne :

Les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et une macrosomie fœtale accroîsseraient le risque de complications hémorroïdaires [22].

- **Thrombose hémorroïdaire interne** : Rare, elle est responsable d'une vive douleur intra-canalair. Au toucher anorectal, on palpe un petit nodule dur et douloureux. L'anuscopie confirme le diagnostic.
- **Prolapsus hémorroïdaire thrombosé** : thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne se sont pas réintégré dans le canal anal. Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante. Peut-être circulaire ou localisé.



Schéma 14 : Prolapsus hémorroïdaire thrombosé [14].

- **Crypto-papillites** : Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs.



Schéma 15 : Crypto-papillites [14].

- **L'anémie** : Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde.

4.1.6. Le traitement en général :

- **Le traitement médical :**

- **Traitements locaux :**

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

Leur utilisation prolongée n'est pas conseillée du fait de l'absence de bénéfice à long terme et d'action préventive démontrée sur de nouvelles poussées [23].

Les traitements topiques sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire [24]. Il n'y a pas d'étude étayant clairement l'intérêt respectif des différents composants. Il semble cependant utile de prescrire des produits avec corticoïdes en cas d'œdème et d'inflammation (thrombose hémorroïdaire) et ceux avec anesthésique en cas de douleur.

- **Traitement général :**

L'apport de fibres alimentaires par l'alimentation ou par des laxatifs de type mucilage diminue de moitié le saignement et la récurrence des symptômes de la maladie hémorroïdaire avec un bénéfice qui persiste au minimum trois mois [25].

La régularisation du transit est recommandée en cas de symptômes liés à la maladie hémorroïdaire interne et externe, en curatif mais aussi en préventif. C'est la seule mesure préventive au long cours ayant une efficacité démontrée sur les symptômes hémorroïdaires [24]. La constipation étant le trouble du transit le plus fréquemment en cause, son traitement est une priorité sur le long terme. La prise en charge d'une diarrhée pour diminuer le nombre d'évacuations irritantes semble tout aussi importante.

L'utilisation des phlébotropes est basée sur le concept physiopathologique impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes. Ce sont la diosmine, la troxérutine, les dérivés du Ginkgo biloba, l'hydroxyl-éthylrutoside. Deux méta-analyses récentes [26,27] montrent un bénéfice à l'utilisation des phlébotropes pour le prurit, les rectorragies et le suintement liés à la maladie hémorroïdaire. La diosmine à fortes doses dans sa forme micronisée abrège et atténue les symptômes aigus de la maladie hémorroïdaire interne et le risque de récurrence à moyen terme (6 mois) [26]. D'autres substances (troxérutine, dérivés du Ginkgo biloba, hydroxyl-éthylrutoside) ont été comparées à la diosmine sans différence significative d'efficacité sur les symptômes. S'il n'est pas rapporté d'effet secondaire notable, des cas de colites lymphocytaires ont été décrits [26,27].

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

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

En cas de thrombose hémorroïdaire, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques. En cas de pathologie hémorroïdaire interne, il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit, des topiques et des phlébotropes (accord professionnel) [24].

➤ **Le traitement instrumental :**

Regroupe l'ensemble des méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne responsable de rectorragie ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3 [28]. Les thromboses

hémorroïdaires, externes et/ou internes, sont des contre-indications au traitement instrumental. Le principe commun à ces traitements instrumentaux consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle dont les conséquences sont doubles : fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu de l'artère rectale supérieure. Les moyens rapportés dans la littérature sont soit chimiques (injections sclérosantes), soit thermiques (photocoagulation infrarouge, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire, cryothérapie, thermosonde), soit mécaniques (ligature élastique). Cette dernière ajoute de fait une réduction du prolapsus muco-hémorroïdaire.

- **La photocoagulation infrarouge :**

Elle nécessite un photocoagulateur à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Deux à trois points de photocoagulation sont appliqués à la base de chacun des pédicules hémorroïdaires. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle. Le nombre de séance est de 2 à 4, l'intervalle admis entre deux séances est de 4 semaines.

La photocoagulation infrarouge est recommandée en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grade 1 et 2 après échec du traitement médical [29].

- **Les ligatures élastiques :**

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

triple ligature en une seule séance [30] sont comparables à ceux de trois ligatures en trois séances successives [24].

Les ligatures élastiques sont recommandées en cas de rectorragies et de prolapsus hémorroïdaire modéré, ou limité à un seul paquet en cas d'hémorroïdes internes grades 2 et 3 [24]. En cas de rectorragies sans prolapsus, la ligature élastique ne doit être proposée qu'en seconde intention, après échec du traitement normalisant le transit intestinal dont l'efficacité à 3 mois est similaire [31] et probablement après échec de la photocoagulation infrarouge, aux résultats comparables avec moins d'effets secondaires et de complications [32,33].

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

En l'absence de contre-indication, les ligatures élastiques peuvent être proposées avant la chirurgie mais elles sont moins efficaces sur le prolapsus de grade 3 circulaire et inefficaces sur le prolapsus de grade 4 [34].

- **Les injections sclérosantes :**

La technique nécessite une seringue à usage unique couplée à une allonge de 10 cm. L'injection est indolore et ne doit être ni trop superficielle (œdème blanchâtre), ni trop profonde (douleurs). Deux injections par séance sont conseillées, en des sites diamétralement opposés, dirigées vers la base des pédicules hémorroïdaires internes. Le rythme entre deux séances successives le plus souvent retenu est de 2 à 4 semaines, en se limitant à un total de 2 ou 4 séances. Elles sont indiquées en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grades 1 et 2 après échec du traitement médical [24].

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

des paquets hémorroïdaires peut être traité en une seule séance, qui peut être renouvelée 3 à 4 semaines après [35]. L'efficacité de l'électrocoagulation bipolaire sur les saignements est comparable à celle de la photocoagulation infrarouge mais moins bonne que celle des ligatures élastiques [36,37] et au prix d'effets indésirables et de complications plus importants : gêne anale presque constante [35], douleurs modérées à intenses dans 10 à 28% des cas [35,36] et rectorragies nécessitant une hémostase chirurgicale dans 8% des cas [35]. L'utilisation de cette technique à une forte intensité doit donc rester prudente et la douleur être prévenue.

➤ **Le traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical et/ou instrumental. Il peut parfois être indiqué d'emblée. Les trois principales méthodes sont : l'hémorroïdectomie pédiculaire, technique de référence, l'hémorroïdopexie circulaire ou technique de Longo et la ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) associée ou non à une mucopexie, alternative mini invasive.

- **L'hémorroïdectomie pédiculaire** : Elle consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéomuqueux entre les plaies opératoires. Il existe des variantes techniques selon le traitement des ponts, l'ajout d'une anoplastie muqueuse postérieure, le mode de traitement des plaies opératoires qui peuvent être fermées ou laissées ouvertes.

L'hémorroïdectomie pédiculaire est possible quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire [24]. Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aiguë (poly thrombose hyperalgique et/ou nécrotique résistant au traitement médical), d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire grade 4.

- **La ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) :** a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaires tout en évitant de gêner le retour veineux. On la distingue de la mucopexie ou recto anal repair qui fixe le plexus hémorroïdaire prolabé. Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans le canal anal. En cas de DGHAL, 7 à 9 ligatures artérielles sont réalisées en moyenne (durée moyenne d'intervention de 20 à 30–mn).

La DGHAL est recommandée en cas maladie hémorroïdaire interne grades 2 et 3 symptomatique. La ligature artérielle seule est déconseillée en cas de grade 4.

Le DGHAL associé à la mucopexie peut être proposé en alternative à l'hémorroïdopexie [24].

- **L'hémorroïdopexie agrafée (ou anopexie) circulaire :** Décrite par Antonio Longo, elle consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture muco muqueuse par agrafage circulaire. L'hémorroïdopexie agrafée circulaire est une alternative à l'hémorroïdectomie pour la maladie hémorroïdaire interne symptomatique de grades 2 et 3. Deux essais randomisés comparant l'hémorroïdopexie à l'hémorroïdectomie effectuée en urgence en cas de thrombose hémorroïdaire interne montrent un léger avantage pour l'hémorroïdopexie en termes de douleur postopératoire, de récurrence et de satisfaction [24]. Du fait de son mode d'action, l'hémorroïdopexie n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.

4.1.7. Cas particuliers de la femme enceinte et allaitante :

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (www.lecrat.org) permet l'utilisation des traitements locaux, du paracétamol, des laxatifs et des

phlébotropes dans la pathologie hémorroïdaire chez la femme enceinte ou allaitante. Les AINS sont à éviter dès le début de la grossesse et sont formellement contre-indiqués à partir du début du 6e mois (24SA) et jusqu'à l'accouchement. Ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement. En période de gestation et après l'accouchement, les corticoïdes par voie orale peuvent être utilisés en cure courte à toutes les périodes en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse. Si un antalgique est nécessaire on privilégie le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse. La morphine ne doit être prescrite qu'en cure courte et pas plus de trois jours en période d'allaitement. Pendant l'allaitement, on utilise en première intention le paracétamol ou le tramadol pendant les 72 premières heures puis la codéine en cas de besoin. Ces données doivent impérativement être actualisées avant prescription en se référant au site du CRAT.

En cas de grossesse, les ligatures élastiques et les injections sclérosantes sont contre-indiquées [24].

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

4.2. Fissure anale

4.2.1. Définition

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



Schéma 16 : Fissure anale antérieure [5].

4.2.2. Les facteurs de risque :

- La dyschésie, principal facteur de risque
- Un terme d'accouchement tardif
- Une durée d'expulsion prolongée [38]
- La primiparité
- L'épisiotomie
- L'extraction instrumentale par forceps [39]

4.2.3. Le diagnostic positif :

- **L'interrogatoire :**

Le symptôme essentiel est une douleur à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Elle va persister après ou reprendre à l'issue d'une accalmie transitoire (douleur en deux temps) pour une durée variable, quelques minutes ou quelques heures, avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante [40].

➤ **L'inspection :**

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

➤ **Le toucher anorectal :**

Souvent impossible à cause de la douleur et d'une contracture sphinctérienne. Il apprécie la tonicité sphinctérienne, l'état de la ligne des cryptes, l'existence de tuméfactions anales et rectales [41].

4.2.4. Diagnostic différentiel :

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

4.2.5 Evolution :

L'évolution de la fissure anale est imprévisible, capricieuse, volontiers récidivante. Si elle ne cicatrise pas rapidement, son évolution est émaillée d'une alternance de poussées successives et de rémissions. La déchirure subit alors des transformations dues aux phénomènes inflammatoires, scléreux et infectieux, qui vont modifier son aspect : ses bords s'épaississent, se décollent et s'infiltrant, notamment au pôle externe, pour former un capuchon cutané œdémateux qui perdure sous forme d'une marisque dit sentinelle. Le fond se creuse pour reposer sur les fibres blanches du sphincter interne mis à nu. À l'extrémité proximale, la papille anale s'hypertrophie pour former un polype

fibreux de taille variable [42]. La marisque sentinelle et la papille hypertrophique sont les « éléments satellites » de la fissure anale. [41].

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

La fissure anale chronique n'a pas de définition consensuelle mais on retient en général une période de 8 à 12 semaines d'évolution. Mais c'est surtout l'aspect de la fissure et l'apparition des annexes qui sont évocateurs, ainsi qu'un faible taux de cicatrisation spontanée (35%). Elle est moins douloureuse [42].

4.2.6 Le traitement :

➤ **Traitement médical :**

- Mesures hygiéno-diététiques
- Régulateurs de transit
- Suppositoires et pommades associant des anesthésiques locaux et de l'hydrocortisone afin de favoriser le glissement de la selle ;
- Antalgiques : paracétamol et AINS [42].

Le traitement médical soulage les symptômes en quelques jours à une à deux semaines et guérit généralement les lésions en plusieurs semaines [41].

Il n'y a pas de bénéfice à prolonger le traitement au-delà de quarante jours. [43].

- Certains médicaments permettent de lutter contre le spasme du sphincter anal interne : les dérivés nitrés et les inhibiteurs calciques en application locale répétée et l'injection unique dans le sphincter anal de toxine botulique en très faible quantité provoquant une paralysie musculaire incomplète qui récupère lentement en quelques mois [41].

Les dérivés nitrés induisent une relaxation du sphincter interne afin d'améliorer la perfusion sanguine ano-dermique [44].

➤ **Traitement instrumental :**

Le traitement instrumental par injection sous fissuraire de kinine urée à 5% après anesthésie sphinctérienne est peu pratiqué et générateur dans les fissures vieilles d'infection sous fissuraire. [42].

➤ **Le traitement chirurgical :**

Peut être proposé en cas de fissure chronique ou compliquée ou lorsque la douleur persiste de façon importante ou répétée malgré un traitement médicamenteux [41].

- **La sphinctérotomie latérale interne** : ou léiomyotomie latérale est la méthode la plus étudiée à travers le monde. Elle est considérée comme la technique de référence dans la littérature internationale. L'objectif est d'agir exclusivement sur l'hypertonie par une section du sphincter interne, la fissure cicatrisant secondairement sans autre geste complémentaire. [45]. Cette sphinctérotomie est réalisée à distance de la fissure et la douleur est améliorée en une semaine. Le principal effet secondaire est la survenue de troubles de la continence [41].
- **La fissurectomie** : a pour objectif de retirer le tissu fissuraire et ses « éléments satellites ». Elle peut être isolée ou combinée à une sphinctérotomie ou une anoplastie (recouvrement partiel de la plaie par de la peau ou une petite partie du revêtement du rectum) ou les deux. La fissurectomie seule fait moins bien que la sphinctérotomie latérale interne pour le contrôle de la douleur [46,47]. Elle ne supprime pas complètement le risque d'incontinence de novo [48].

La dilatation anale est abandonnée [41].

4.3. L'incontinence anale.

4.3.1. Définition :

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

intestinal à travers l'anus. On parlera d'incontinence fécale en cas de pertes de selles.

4.3.2. Physiopathologie.

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

➤ **Lésions musculaires :**

Trois muscles permettent d'avoir une continence normale : La sangle pubo rectale qui est un muscle strié et forme l'angle ano-rectal de 90° lorsqu'il est contracté en dehors de la défécation. Elle n'est qu'exceptionnellement lésée après un accouchement, sauf en cas d'épisiotomie trop profonde. Les deux autres sont les sphincters interne et externe. Les déchirures du périnée stade 3 et 4, qui par définition touchent le sphincter externe, sont pourvoyeuses d'incontinence anale malgré la réparation périnéale effectuée par l'obstétricien immédiatement après l'accouchement [49]. L'IA est alors proportionnelle à l'importance de la déchirure périnéale [50]. La qualité de la réparation est bien sûr essentielle, dans un contexte difficile car cette chirurgie est réalisée en urgence sur un tissu dilacéré, œdématié et hémorragique. Il faut aussi signaler la méconnaissance possible de ruptures sphinctériennes profondes. Ainsi, il y a 20 ans l'équipe du St Marks Hospital [51], en réalisant une échographie endo-anale avant et après l'accouchement, avait montré que les sphincters de l'anus pouvaient être rompus, même si l'obstétricien n'avait pas mis en évidence de déchirure du périnée. Plus récemment, des parturientes ont systématiquement été examinées par leur sage-femme et leur obstétricien après l'accouchement puis une deuxième fois par un obstétricien senior en salle de travail. Les sages-femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de déchirure sphinctérienne dans 87% des cas (26/30) et les obstétriciens dans 28% des cas (8/29) [52]. Le sphincter externe est plus souvent touché que l'interne, il est alors lésé dans le

quadrant antéro droit dans 75% des cas [53]. Chez ces femmes jeunes, 25 à 50% [51] des ruptures sphinctériennes diagnostiquées lors d'une échographie endoanale après l'accouchement sont associées à une incontinence anale du post-partum. La majorité des patientes qui ont ainsi cette rupture sphinctérienne ne souffrent pas immédiatement d'incontinence anale mais ont fragilisé leur capital périnéal.

➤ **Lésions neurologiques :**

Le nerf pudendal est sensitivo-moteur, bilatéral et issu des racines sacrées S2, S3 et S4. Snooks et al [54] ont montré en 1984 qu'il peut être étiré durant les efforts de poussées de la parturiente. En effet, les femmes accouchant par voie vaginale avaient un temps de latence allongé du nerf significativement plus important que celles qui accouchaient par césarienne ou qu'une population contrôle n'ayant pas accouché. Les résultats étaient identiques dans le groupe contrôle et les césarisées. Ces lésions du nerf pudendal étaient prédominantes à gauche et associées à une baisse de la contraction volontaire. Deux mois après l'accouchement, il n'existait plus de différence du temps de latence du nerf pudendal entre les patientes qui avaient accouché par voie vaginale et la population témoin ou les césarisées. Par contre 5 ans après leur accouchement, ce temps de latence était de nouveau significativement plus élevé par rapport à une population contrôle de nullipares. Cette lésion du nerf pudendal était de nouveau associée à une baisse de la contraction volontaire [55].

Autres mécanismes :

Une nouvelle approche avec une échographie 3D endo-vaginale et transpérinéale a permis de montrer que le volume du canal anal s'accroît de 20% et sa longueur s'allonge de 3 mm entre le début et la fin de la grossesse. Trois mois après l'accouchement, ces modifications disparaissent. Les auteurs attribuent ces augmentations à des modifications de la muqueuse anale qui a pu être évaluée grâce à l'abord endo-vaginal. Or, cet accroissement était moins

important chez les femmes qui développent une incontinence anale après l'accouchement. Ces auteurs pointent également le rôle potentiel d'une évolution de l'angle ano-rectal par les modifications physiologiques survenant sur la sangle pubo-rectale durant la grossesse [56].

2-4.3.3 Facteurs de risque :

➤ **Facteurs liés aux lésions du nerf pudendal :**

- L'utilisation de forceps est sans doute le principal pourvoyeur de lésion de ce nerf
- Le premier accouchement semble également être le plus traumatisant [54].
- L'accouchement d'un macrosome
- Une durée d'expulsion prolongée (> 30 min) [57].

➤ **Facteurs liés aux lésions des sphincters anaux :**

L'utilisation de forceps est également le principal facteur de risque avec une rupture qui est mise en évidence (lorsqu'elle est recherchée systématiquement par échographie endo anale) dans 63 à 80 % des cas [53] après leur utilisation (risque relatif compris entre 8 et 12 selon les séries). L'expérience de l'opérateur joue un rôle prépondérant. En cas de déchirures du périnée stade 3 ou 4, il persiste une rupture sphinctérienne dans 40 à 100% des cas [53] si on la recherche par une échographie endo anale systématique, alors que le sphincter externe a été suturé en fin d'accouchement. Cette persistance d'une rupture échographique est fortement liée au risque d'IA à long terme après l'accouchement [58]. Nous avons par ailleurs observé [53] que les déchirures du périnée cotées stade 1 ou 2 par l'obstétricien (respectant en théorie le sphincter) étaient souvent associées à une rupture sphinctérienne ignorée (stade 1 : 9 ruptures sphinctériennes chez 48 parturientes et stade 2 : 4 ruptures sphinctériennes chez 4 parturientes).

Le rôle de l'épisiotomie est sujet à controverse. L'épisiotomie médiane ne préserve pas le périnée alors qu'il est probable que l'épisiotomie médio latérale,

doit être utile pour éviter une ou des déchirures périnéales non contrôlées et très difficilement réparables complètement.

La parité joue également un rôle. Le premier accouchement semble le plus traumatique [51], mais l'on s'est ensuite rendu compte que le deuxième pouvait l'être tout autant [53].

La durée d'expulsion dépassant une heure ou une péridurale pourraient favoriser la survenue d'une rupture sphinctérienne avec un risque de respectivement 1,7 et 7,7 [59].

Enfin, l'hérédité semble aussi jouer un rôle avec un risque multiplié par 2 pour les filles de femmes ayant eu une déchirure du périnée [60].

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

Une déchirure du périnée et une rupture sphinctérienne diagnostiquée en échographie [53] sont logiquement des facteurs de risque indépendants d'incontinence anale dans le post partum et à long terme [50]. Ce risque est ainsi multiplié par 2 [61] à 4 [53] avec une augmentation de ce risque qui est proportionnelle à la gravité de la déchirure du périnée. Six ans après une déchirure du périnée, 10% des femmes avaient une incontinence fécale alors que seulement 3 % ($p < 0,01$) en souffraient en l'absence de déchirure [50].

De nouveau, le forceps joue un rôle prépondérant puisqu'il est observé 4 à 7 fois plus d'incontinence anale du postpartum après leur utilisation [59]. L'épisiotomie médiane augmente également de 5,5 fois le risque d'incontinence anale. Il a été démontré qu'une déchirure du périnée provoquait trois fois moins d'incontinence anale qu'une épisiotomie médiane [62]. Le rôle de l'épisiotomie médio latérale est moins univoque. Il est probable qu'une épisiotomie non systématique, réalisée à bon escient (au moment où la tête fœtale est engagée, le périnée devient tellement ischémié qu'il va se rompre sans aucun contrôle), transforme une déchirure du périnée inéluctable en une plaie contrôlée et dirigée

épargnant le sphincter externe [53]. Il semble également qu'une durée d'expulsion [59] ou de travail prolongé [53] et la péridurale (en prolongeant la durée d'expulsion) [59] puissent favoriser l'incontinence après l'accouchement.

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

Une incontinence anale transitoire dans le post partum est un facteur prédictif de récurrence après l'accouchement suivant [49,63]. En pratique, les 2 principaux facteurs de risque d'IA à rechercher après un accouchement sont les forceps et une déchirure du périnée.

4.3.4. Exploration de l'incontinence anale :

L'incontinence anale est explorée à l'aide du score de Wexner.

Tableau I : Classification de l'incontinence anale.

Tableau 2. Score de sévérité de l'IA selon Wexner²
 Jamais : 0 ; rarement : < 1 x/mois ; parfois : < 1 x/semaine, ≥ 1 x/mois ;
 régulièrement : < 1 x/jour, ≥ 1 x/semaine ; toujours : ≥ 1 x/jour.
 0 = continence parfaite ; 20 = incontinence complète.

Type d'incontinence	Fréquence				
	Jamais	Rarement	Parfois	Régulièrement	Toujours
Solides	0	1	2	3	4
Liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Port de protections	0	1	2	3	4
Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4

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

4.3.5. Le traitement

L'incontinence anale du post partum régresse le plus souvent durant les mois qui suivent l'accouchement. Cette amélioration peut être spontanée ou aidée par les 10 séances de rééducation du périnée qui doivent être réalisées deux à trois mois après l'accouchement [64].

Si les symptômes persistent au-delà de six mois, une prise en charge spécifique est nécessaire. Le bilan de première ligne est exclusivement clinique [64,65], mais complet : interrogatoire (éléments du Wexner, antécédents), inspection de la marge anale (disparition des plis radiés de l'anus, béance anale, cicatrice du périnée), toucher rectal (évaluation du tonus et de la contraction volontaire, recherche d'une rectocèle), anoscopie (pathologie canalaire associée) et rectoscopie (lésions rectales, stase fécale et type de selles), sans oublier l'examen du périnée moyen (colpocèle) et antérieur (fuites d'urines, cystocèle). La prise en charge consiste à associer une rééducation spécifique de l'anus de type biofeedback à une régulation du transit [65]. La rééducation doit être réalisée par un rééducateur (kinésithérapeute, médical, sage-femme ou infirmier) motivé et spécialement formé à ce type de prise en charge. Il semble qu'il faille privilégier les techniques de biofeedback plutôt que l'électrostimulation [66]. La manométrie ano rectale est souvent réalisée pour guider la rééducation.

En général, cette première ligne suffit chez les jeunes femmes. Mais quelques fois, devant la persistance des symptômes invalidants, des explorations peuvent se discuter pour orienter la suite de la prise en charge [65] :

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

- **Une échographie endo-anale** permet d'identifier, localiser et quantifier une rupture sphinctérienne externe qui pourrait bénéficier d'une réparation chirurgicale (sphinctérorraphie).
- **Une colpocystodéfécographie** avec opacification du grêle ou une IRM dynamique peut être utile en cas d'anomalies de plusieurs étages du périnée à l'examen clinique (rectocèle profonde avec manœuvres défécatoires endovaginale plus ou moins associée à une cystocèle compétitive), dont la cure chirurgicale pourrait traiter la patiente (incontinence anale par regorgement secondaire à une stase de matières rectales).

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

En dehors d'anomalies anatomiques du périnée, exceptionnelles chez une jeune femme, la discussion s'effectue en réunion multidisciplinaire de périnéologie souvent entre une sphinctérorraphie et une neuromodulation des racines sacrées. La réparation donne de bons résultats à court et moyen termes mais qui s'altèrent très nettement avec le temps [67]. Les alternatives pouvant être le TENS (stimulation rétro-tibiale ou les lavements de PERISTEEN qui n'ont pas été évalués spécifiquement dans le post-partum.

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

- Antécédent de chirurgie colo proctologique (pour incontinence anale, malformation anorectale, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale, fistulotomie, sphinctérotomie).
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de Crohn.
- Incontinence anale avérée.

- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée.
- Secondipare avec : premier accouchement traumatique (forceps associés à une rupture sphinctérienne (diagnostiquée par échographie anale), déchirure du périnée (stade 2), incontinence anale transitoire du post-partum), rupture sphinctérienne significative à l'échographie endo-anale.
- Demande d'une parturiente ayant eu un premier accouchement traumatique et informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement [5].

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE.

1. Cadre de l'étude .

Notre travail s'est déroulé dans le service de gynéco-obstétrique au centre de sante de référence de la commune 1 du district de Bamako.

2. Type et période de l'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective et analytique allant de février 2019 à avril 2020, soit une durée de 14 mois.

3. La population d'étude :

La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes enceintes suivies au centre de sante de référence de la commune 1 du district de Bamako et qui ont été suivies dans le post-partum.

4. Echantillonnage :

4.1. Taille de l'échantillon :

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

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

N : Taille de l'échantillon

E : 1,96 (constante), niveau de confiance à 95%

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

Q : 1-p

I : Risque d'erreur = 5% soit 0,05

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

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

4.2. Critères d'inclusion :

Toutes les femmes enceintes consentantes qui ont été suivies dans le service pendant la grossesse et le post-partum.

4.3. Critères d'exclusion :

Les femmes enceintes qui n'ont pas accepté de participer ou que nous avons perdu de vue pendant la grossesse ou dans le post-partum.

5. Déroulement de l'étude :

Avant d'entamer la collecte des données, nous avons suivi une formation sur les pathologies anales pendant deux semaines dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré par des spécialistes en proctologie.

Nous disposions d'une table de consultation, d'une source lumineuse, de lubrifiant, de mètre ruban, de stéthoscope obstétrical et de gants en vrac.

Toutes les femmes consentantes et qui étaient au 1^{er} trimestre de grossesse ont été interrogées, ont bénéficié d'un examen général, un examen obstétrical et d'un examen proctologique au 1^{er} et au 3^e trimestre et dans le post-partum.

Nous leur avons prodiguer des conseils hygiéno-diététiques après chaque examen.

Nous avons respecté les temps de l'examen proctologique à la recherche de marisque hémorroïdaire, de maladie hémorroïdaire interne prolabé, de maladie hémorroïdaire externe, de fissure anale, de trouble sphinctérien et de maladie hémorroïdaire interne.

6. Collecte des données :

Afin de faciliter l'étude nous avons élaboré une fiche de collecte des données pour les trois affections proctologiques qui a comporté : l'identité de la patiente, les facteurs de risque proctologiques, les résultats de l'examen clinique, le traitement reçu et la satisfaction de la patiente.

7. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Word office 2019 et l'analyse a été faite sur le logiciel SPSS version 20.

Le test de Khi2 et de Fisher, le risque relatif et l'intervalle de confiance ont été utiles pour chercher les corrélations entre les facteurs de risque et les pathologies anales.

8. Aspect éthique :

Les patientes ont donné leur consentement verbal et nous avons respecté l'anonymat et les informations personnelles des patientes.

9. Les variables étudiées :

Les variables quantitatives étudiées étaient l'âge, la durée d'expulsion et le poids de naissance du nouveau-né.

Les variables qualitatives étudiées étaient le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la gestité, la parité, les habitudes alimentaires, les antécédents de pathologie proctologiques, les troubles du transit, la voie d'accouchement, la déchirure périnéale, l'épisiotomie.

RESULTATS

III. RESULTATS

1. Fréquences :

Nous avons suivi 160 patientes sur 5994 durant la période d'étude, parmi lesquelles 50 ont présenté au moins une pathologie anale soit 31 ,25%.

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

Pathologie anale	Moment de diagnostic			Total
	Premier trimestre	Troisième trimestre	Post partum	
Maladie hémorroïdaire	7(14,00)	9(18,00)	14(28,00)	30(60,00)
Fissure anale	4(2,00)	5(4,00)	3(6,00)	12(24,00)
Incontinence anale	2(10,00)	3(14,00)	3(6,00)	8(16,00)
Total	13(26,00)	17(34,00)	20(40,00)	50(100)

2. Aspects cliniques des pathologies anales

Les signes cliniques des pathologies proctologiques

Tableau III : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels.

Période	1 ^{er} trimestre	3 ^{em} trimestre	Post-partum	Total
Signe fonctionnel				
Constipation	10(5,71)	8(4,57)	8(4,57)	26(14,86)
Douleur anale	20(11,43)	29(16,57)	19(10,86)	68(38,86)
Prurit anal	7(4,57)	7(4)	4(2,29)	18(10,29)
Rectorragies	8(4)	10(5,71)	4(2,29)	22(12,57)
Suintements anaux	8(4,57)	6(3,43)	8(4,57)	22(12,57)
Incontinence anale	3(1,71)	2(1,14)	2(1,14)	7(4)
Prolapsus hémorroïdaire	4(2,29)	3(1,71)	5(10)	12(6,85)
Total	60(34,29)	65(37,14)	50(28,57)	175(100)

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

Période	1 ^{er} trimestre	3 ^{em} trimestre	Post-partum	Total
Signe fonctionnel				
Marisques hémorroïdaires	9(5,45)	5(3,03)	15(9,09)	29(17,58)
THE	0(0,00)	1(0,61)	2(1,21)	3(1,82)
Paquet hémorroïdaire	10(6,06)	6(3,64)	8(4,85)	24(14,54)
Plaie fissuraire	2(1,21)	0(0,00)	0(0,00)	2(1,21)
Toucher rectal douloureux	22(13,33)	28(16,97)	10(6,06)	60(36,36)
Toucher rectal	10(6,06)	8(4,85)	8(4,85)	26(15,76)
hémorragique				
Hypotonie sphinctérienne	3(1,82)	3(1,82)	3(1,82)	9(5,45)
Hypertonie sphinctérienne	4(2,42)	4(2,42)	4(2,42)	12(7,28)
Total	60(36,36)	55(33,33)	50(30,31)	165(100)

Le toucher rectal douloureux était plus fréquent avec 3636% des cas.

Tableau V : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée :

Période	1 ^{er} trimestre	3 ^{em} trimestre	Post-partum
Pathologie anale			
Fissure postérieure	2(1,25)	3(1,88)	1(0,62)
Fissure antérieure	2(1,25)	2(1,25)	2(1,25)
Hémorroïde externe	3(1,88)	6(3,75)	11(6,88)
Hémorroïde interne stade I	2(1,25)	0(0,00)	0(0,00)
Hémorroïde interne stade II	2(1,25)	1(0,62)	0(0,00)
Hémorroïde interne stade III	0(0,00)	2(1,25)	3(1,88)
Incontinence anale au gaz	2(1,25)	2(1,25)	2(1,25)
Incontinence anale au selle	0(0,00)	1(0,62)	1(0,62)
Total	13(8,12)	17(10,62)	20(12,50)

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

Pathologies anales	Fissure anale	Maladie hémorroïdaire	Incontinence anale
Signes fonctionnel			
Constipation	10/12	15/30	5/8
Douleur anale	12/12	20/30	2/8
Suintement anal	6/12	10/30	0/8
Prurit anal	5/12	5/30	1/8
Rectorragies	7/12	17/30	0/8

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

Médicaments	Période		
	1^{er} trimestre	3^{ème} trimestre	Post partum
Régulateur du transit+	3(42,86%)	2(22,22%)	3(21,44%)
Veinotonique			
Antalgique	0(0,00%)	1(11,11%)	1(7,14%)
Veinotonique +Antalgique	2(28,57%)	2(22,22%)	4(28,57%)
Régulateur du transit	0(0,00%)	0(0,00%)	1(7,57%)
Veinotonique + Topiques	2(28,57%)	3(33,34%)	4(28,57%)
locaux			
Mesure hygiéno-diététique+	0(0,00%)	1(11,11%)	1(7,14%)
Antalgique			
Total	7(100%)	9(100%)	14(100%)

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la prise en charge de la fissure anale.

Médicaments	Période		
	1 ^{er} trimestre	3 ^{ème} trimestre	Post partum
Régulateur du transit+	1(25,00%)	1(20,00%)	1(33,33%)
Topiques locaux			
Antalgique	1(25,00%)	1(20,00%)	1(33,33%)
Régulateur du transit	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
Topiques locaux	0(0,00%)	1(20,00%)	0(0,00%)
Mesure hygiéno-diététique+	2(50,00%)	2(40,00%)	1(33,33%)
Antalgique			
Total	4(100%)	5(100%)	3(100%)

Tableau IX : Répartition des patientes selon la prise en charge de l'incontinence anale.

Médicaments	Période		
	1 ^{er} trimestre	3 ^{ème} trimestre	Post partum
Mesure hygiéno-diététique	5(100%)	6(100%)	1(12,50%)
Rééducation périnéale	0(0,00%)	0(0,00%)	2(25,00%)
Mesure hygiéno-diététique+	0(0,00%)	0(0,00%)	5(62,50%)
Rééducation périnéale			
Total	5(100%)	6(100%)	8(100%)

Tableau X : Analyse des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.

Facteurs de risque	Pathologie	Maladie hémorroïdaire				
		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≤ 30	67	6 (3,75)	0,063	1,42	[0,73 -2,79]
	> 30	93	24 (15,00)			
Parité	Multiparité	137	26 (16,25)	0,382	0,40	[0,83-1,75]
	Primiparité	23	4 (2,50)			
Constipation	Oui	30	25 (15,62)	0,001	1,87	[11,63-43,90]
	Non	130	5 (3,12)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	20	8 (5,00)	0,615	0,94	[0,66-1,85]
	< 25	140	22 (13,75)			
Accouchement	Voie basse	130	22 (13,75)	0,390	1,90	[1,45-4,97]
	Césarienne	30	8 (5,00)			
Utilisation de ventouse	Oui	7	3 (1,88)	0,428	1,84	[1,43-3,64]
	Non	153	27 (16,88)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	40	6 (3,75)	0,031	0,80	[0,06-1,81]
	≤ 20	120	24 (15,00)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	54	25 (15,62)	0,001	2,98	[1,56-5,84]
	≤ 3500	106	5 (3,12)			
Déchirure périnéale	Oui	8	2 (1,25)	0,163	0,55	[0,23-1,79]
	Non	152	28 (17,50)			

Tableau XI : Analyse des facteurs de risque de la fissure anale.

Pathologie		Fissure anale				
Facteurs de risque		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≤ 30	67	3 (1,88)	0,043	1,12	[0,53-2,09]
	> 30	93	9 (5,62)			
Parité	Multiparité	137	8(5,00)	0,342	0,30	[0,23-0,85]
	Primiparité	23	4 (2,50)			
Constipation	Oui	26	10 (6,25)	0,000	1,53	[9,63-38,10]
	Non	134	2 (1,25)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	20	3 (1,88)	0,615	0,70	[0,56-1,45]
	< 25	140	9 (5,62)			
Accouchement	Voie basse	130	11 (6,88)	0,019	0,69	[0,33-3,97]
	Césarienne	30	1 (0,62)			
Utilisation de ventouse	Oui	7	7 (4,37)	0,228	1,45	[0,43-3,44]
	Non	153	5 (3,12)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	40	4 (2,50)	0,021	1,80	[1,06-3,81]
	≤ 20	120	8 (5,00)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	54	5 (3,12)	0,001	2,89	[1,46-5,24]
	≤ 3500	106	7 (4,37)			
Déchirure périnéale	Oui	8	2 (1,25)	0,863	0,75	[0,20-1,89]
	Non	152	10 (6,25)			

Tableau III : Analyse des facteurs de risque de l'incontinence anale.

Facteurs de risque		L'incontinence anale				
		Effectifs	Fréquences (%)	P	RR	95% IC
Age (ans)	≤ 30	67	2 (1,25)	0,023	0,12	[0,43-1,97]
	> 30	93	4 (2,50)			
Parité	Multiparité	137	4(2,50)	0,142	0,50	[0,13-1,85]
	Primiparité	23	2 (1,25)			
Constipation	Oui	26	6 (3,12)	0,000	4,53	[12,63-58,10]
	Non	134	0 (0,00)			
IMC (kg /m ²)	≥ 25	20	1 (0,62)	0,425	0,58	[0,46-1,25]
	< 25	140	5 (3,12)			
Accouchement	Voie basse	130	5 (3,12)	0,510	0,89	[1,33-3,07]
	Césarienne	30	1 (0,62)			
Utilisation de ventouse	Oui	7	1 (0,62)	0,128	0,38	[0,23-2,36]
	Non	153	5 (3,12)			
Durée d'expulsion (minutes)	> 20	40	2 (1,25)	0,011	0,74	[0,06-1,81]
	≤ 20	120	4 (2,50)			
Poids de nouveau-né (g)	> 3500	54	2 (1,25)	0,301	1,87	[1,03-3,12]
	≤ 3500	106	4 (2,50)			
Déchirure périnéale	Oui	8	1 (0,62)	0,603	0,86	[0,37-1,98]
	Non	152	5 (3,12)			

4. Evolution des différentes pathologies dans le temps :

Nous avons contacté les femmes ayant eu des pathologies proctologiques une année après leur accouchement.

Parmi les 50 patientes qui ont développé la pathologie anale, nous avons pu joindre au téléphone 43.

Seize pourcent de ces femmes ont fait une récurrence dans la 1^{ère} année qui a suivi leur accouchement.

Trois patientes ont fait une récurrence de la maladie hémorroïdaire alors qu'elles avaient développé une maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale pendant l'étude. Une patiente a fait une récurrence de la maladie hémorroïdaire. Une avait une maladie hémorroïdaire et une incontinence anale pendant l'étude, l'incontinence anale persistait une année après l'accouchement. Une autre a eu une récurrence de la fissure anale.

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Approche méthodologique :

Les études menées sur les pathologies anales durant la grossesse et du post-partum sont très peu nombreuses dans le monde en raison de sa complexité. Notre étude a été la première étude réalisée au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.

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

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique mono centrique allant du 1^{er} mai au 31 décembre 2019, soit une durée de 9 mois.

Au cours de cette étude nous avons rencontré des limites à savoir :

- ✓ Le non-respect des rendez-vous par certaines patientes pour le contrôle dans le post partum.
- ✓ Les pertes de vue.
- ✓ Les facteurs socioculturels comme la pudeur ont influencé certaines malades notamment les gestantes non scolarisées. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.

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

2 La fréquence :

Au cours de notre étude la fréquence globale des pathologies anales était de 31,25%. Notre résultat est similaire à celui de TOURE [53] qui a trouvé 29,03% cas de pathologies anales, mais inférieur à ceux de POUDIOUGOU [52], d'Abramowitz et al. [2] et de Poskus T et al [54] qui avaient trouvé respectivement 45,5%, 44,4% et 43,9% cas de pathologies anales.

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

Dans notre étude la maladie hémorroïdaire était la pathologie anale la plus fréquente avec 18,75%, suivie de la fissure anale avec 7,50% et de l'incontinence anale avec 5%.

Ces mêmes constats ont été faits par Poudiougou [52] et Toure [53] qui avaient trouvé respectivement 18,4% et 20% de maladie hémorroïdaire, 10,8% et 12,9% de fissure anale, 9,1% et 7,1% d'incontinence anale.

La maladie hémorroïdaire représentait 21,4% chez Dicko [25] et 84,5% chez N'dri et al [26]. Il ressort de ces études que la maladie hémorroïdaire interne constitue la pathologie anale la plus fréquente. Cette constatation a été faite par Klotz et al [11]. Mais la fréquence de cette maladie est difficile à apprécier, tous les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [4]. Par ailleurs, il faut tenir compte des différences culturelles, socio-économiques et médicales d'un pays à l'autre, rendant difficile l'exploitation de telles études.

La maladie hémorroïdaire : 66,67% étaient externes et 33,33% internes.

Poudiougou [52] avait trouvé un résultat identique au nôtre avec 66,67% d'hémorroïdes externes et 33,33% internes.

La thrombose hémorroïdaire externe (THE) était de 0,62 % au troisième trimestre de grossesse et 1,25% dans le post-partum.

Ces mêmes constats ont été faits par Poudiougou [52] et Abramowitz et al. [2] qui ont trouvé respectivement 4% et 7,9 % de cas de THE au troisième trimestre de grossesse, 6,8% et 20 % dans le post-partum.

Nous avons constaté une augmentation progressive de la maladie hémorroïdaire du 1^{er} trimestre au post-partum avec 14% au 1^{er} trimestre, 18% au 3^{em} trimestre et 28% au post-partum. Par contre Toure [53] dans son étude a trouvé 1,2% de maladie hémorroïdaire au 1^{er} trimestre, 13,5% au 3^{em} trimestre et 8,3% au post-partum.

La fissure anale : Nous avons trouvé 7,50% cas de fissure anale soit 50% antérieures et 50% postérieures dont 2,50% étaient diagnostiquées au 1^{er}

trimestre de la grossesse, 3,12% au 3^{èm} trimestre et 1,88% dans le post-partum. Le taux de fissure anale était plus élevé au 3^{èm} trimestre de la grossesse. Alors que Toure [53] avait trouvé un taux élevé de fissure anale dans le post-partum avec 0% au 1^{er} trimestre de la grossesse, 2,5% au 3^{ème} trimestre et 10,9% dans le post-partum.

Dans l'étude de Poudiougou[52] la fissure anale de siège commissurale antérieure était fréquemment retrouvée avec 56,9% des cas.

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

Dans la littérature la particularité chez la femme enceinte est la localisation antérieure des fissures du fait de la faiblesse du septum recto vaginal et aussi l'absence d'hypertonie sphinctérienne [52].

L'incontinence anale : Nous avons trouvé 5% cas d'incontinence anale soit 3,75% cas d'incontinence au gaz et 1,25% aux selles (liquides). Ce résultat est similaire à ceus de Toure [53], Nordenstam et al. [55], Pollack et al [56], Roman et al. [57] qui avaient trouvé respectivement une fréquence de 4,5%, 7%, 8% et 3,3% d'incontinence anale.

Nous avons diagnostiqué 1,25% cas d'incontinence anale au 1^{er} trimestre de la grossesse, 1,88% au 3^{èm} trimestre et 1,88% dans le post-partum. Nous avons constaté que le taux d'incontinence anale est le même au 3^{èm} trimestre de la grossesse et dans le post-partum. Alors que Toure [53] avait trouvé une augmentation progressive de l'incontinence anale avec 0% au 1^{er} trimestre de la grossesse, 4,5% au 3^{ème} trimestre et 5,1% dans le post-partum.

3. L'aspect **clinque** :

a- Les facteurs de risques des pathologies anales :

- Nous avons identifié qu'une constipation chronique, un poids du nouveau-né supérieur à 3500 g étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire. La présence d'antécédents personnels de maladie hémorroïdaire et les troubles du transit comme la constipation et la diarrhée ont été les facteurs

de risque prépondérants de survenue de la pathologie hémorroïdaire dans l'étude de Toure [53]. Dans l'étude de Poudiougou [52] c'était la constipation chronique, un poids du nouveau-né supérieur à 3500 g, la multiparité, une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes et l'extraction instrumentale par ventouse les facteurs de risque prépondérants de survenue de la maladie hémorroïdaire.

- Pour la fissure anale, nous avons identifié la constipation, l'extraction instrumentale par ventouse, était significativement associé à l'apparition de la fissure anale. Abramowits L. et al [2] ont rapporté un poids de bébé important, un terme d'accouchement tardif et une durée d'expulsion prolongée étaient associés à un plus grand nombre de fissure anale après l'accouchement, dans une moindre mesure. Toure [53] a trouvé la constipation et la durée d'expulsion supérieure à 15 min comme facteur de risque.

Poskus T et al. [54] ont identifié la constipation, un poids de naissance > à 3800g, durée d'expulsion prolongée > à 20 minutes et les ATCD personnels de pathologies anales comme facteurs de risque d'apparition de maladie anale chez la femme enceinte.

Dans la littérature les facteurs de risque de survenue de la maladie hémorroïdaire, et de fissure anale en per ou post-partum, sont l'accouchement traumatique (poids du bébé supérieur à 3,8 kg et la déchirure des parties molles) ou la durée de l'expulsion de plus de 20 minutes, et les antécédents de pathologies anales [2].

- Pour l'incontinence anale, nous avons identifié qu'une constipation chronique, était significativement associée à l'apparition de l'incontinence anale.

Les principaux facteurs de risque rapportés par Abramowits L. et al [5] sont ceux de la déchirure périnéale : poids excessif du nouveau-né, extraction instrumentale par ventouse, dystocie des épaules, durée du travail d'accouchement, antécédent de déchirure périnéale.

b- Les signes fonctionnels et les données de l'examen proctologique des pathologies anales :

- **La maladie hémorroïdaire :**

Les signes fonctionnels :

La douleur anale était le signe fonctionnel le plus fréquent du 1^{er} trimestre de la grossesse jusqu'à dans le post-partum avec 38,86% des cas. Ces mêmes constats avaient été faits par Poudiougou [52] et Poskus T et al. [54] qui avaient enregistré respectivement 70% et 98,3% de douleur anale chez les patientes.

Au 1^{er} trimestre de la grossesse la douleur anale, la constipation, la rectorragie et les suintements anaux étaient les principaux signes fonctionnels. Les principaux signes fonctionnels de Toure [53] étaient les douleurs anales, des saignements anaux et une alternance de constipation et de diarrhée.

Au 3^{em} trimestre de la grossesse s'étaient la douleur anale, la rectorragie et la constipation les principaux signes fonctionnels. Toure [53] a apporté un résultat différent du nôtre avec comme principaux signes la sensation de boule dans l'anus, la constipation et la douleur anale.

Et dans le post-partum les principaux signes fonctionnels étaient douleur anale, la constipation et les suintements anaux. Poskus et al. [54] Avaient rapporté la douleur anale et l'inconfort péréal comme principaux signes fonctionnels.

Les signes physiques :

Le toucher rectal douloureux était fréquemment retrouvé à l'examen physique pendant la grossesse et les marisques hémorroïdaires étaient plus fréquents dans le post-partum. Poudiougou [52] avait trouvé les marisques hémorroïdaires les plus fréquents au 1^{er} trimestre de la grossesse et le toucher rectal douloureux au 3^{em} trimestre de la grossesse et dans le post-partum. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nous avons trouvé plus de maladie hémorroïdaire dans le post-partum contrairement à Poudiougou [52].

La fissure anale : La douleur anale a été plus fréquemment retrouvée dans notre étude soit 100% pendant la grossesse et dans le post-partum. Elle était de même dans les études de Poudiougou [52], et de Keita CO et al. [58] avec respectivement 100% et 100%.

Dans la littérature la douleur anale a été la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quel que soit sa localisation [26].

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 [52].

Après la douleur anale, c'était la constipation le second signe fonctionnel fréquemment retrouvé. Dans les études de Toure [53] et Poskus T et al. [54] avaient trouvé la constipation et la douleur anale comme principaux signes fonctionnels.

L'incontinence anale : La constipation était le principal signe de l'incontinence anale.

Sur les 8 cas d'incontinence anale, 6 étaient aux gaz et 2 étaient aux matières liquidiennes. Nous n'avons pas noté de cas d'incontinence anale aux matières solides. Dans la littérature il s'agit le plus souvent de fuites de gaz avec un retentissement qui peut être très invalidant dans la vie professionnelle, lors des loisirs ou des relations intimes [52].

4. La prise en charge :

Les régulateurs de transit, les veinotoniques, les mesures hygiéno-diététiques, les antalgiques, les topiques locaux et la rééducation périnéale ont été les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales au cours de notre étude.

Les régulateurs de transit, les veinotoniques et les antalgiques étaient beaucoup plus utilisés dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Dans la prise en charge de la fissure anale c'étaient les régulateurs de transit, les topiques locaux et les mesures hygiéno-diététiques les principaux moyens thérapeutiques.

Dans la prise en charge de l'incontinence les mesures hygiéno-diététiques et la rééducation périnéale ont été beaucoup plus utilisés.

Ces moyens thérapeutiques nous ont permis d'amender les différents symptômes de ces pathologies anales.

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. Ces mêmes faits ont été observés chez Poudiougou [52].

Aucune de nos patientes n'a 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 [52].

Les mesures hygiéno-diététiques, les laxatifs, les antalgiques et les topiques locaux ont été les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales dans l'étude de Toure [53].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V Conclusion et recommandations

Conclusion

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

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

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

Recommandations

Au terme de notre étude nous avons formulé des recommandations suivantes :

➤ **Aux agents de santé :**

- Rechercher systématiquement les pathologies anales pendant les consultations prénatales et post-natales.
- Donner des conseils hygiéno-diététiques pendant la grossesse et dans le post-partum pour diminuer la fréquence des pathologies anales.

➤ **Aux femmes enceintes :**

- Respecter les rendez-vous pour les consultations prénatales et post-natales.
- Respecter les consignes données par les agents de santé concernant les mesures hygiéno-diététiques.

REFERENCES

References:

- 1. Howell EA.** Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynecol*; 115:284-289
 - 2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al.** Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002 ;
 - 3. Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M.** Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and Risk factors. *Obstet Gynecol* 2010 ; 115 :618-628
 - 4. Bernard J, Dennis J, May T, Bigard MA, Canton P.** Proctologie pratique : Lésions anales et péri anales au cours des infections symptomatiques par le VIH. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 16 : 148- 154
 - 5. Dr Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, Khan AG, Malfertheiner, Guiyang Q, Rey JF, Sood A, Steinvur F, Thomson A, Thomsen OO, Water Meyer G, Gonvers JJ** Primary anal fissure ; we approche global World gastroenterology organisation global guiclelisis June 2009
 - 6. Eduardo GC, Angel S, Stephanie AGB, Pedro E, Blas F, Miguel M, Salvador L.**The ideal lateral international sphincterotomy (LIS): Clinical and endosonographic evaluation following open and closed internal and sphincterotomy. Valence- Espagne *Dis colon rectum* 2008 ; doi : 10.1111/j.1463-1318.
 - 7. Kamina P.** Dictionnaire d'Atlas d'Anatomie, Maloine S.A., A-F, 1983 ; 643 pages.
- Dicko M L.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako USTTB; 2007, 112p.

1. **Université Médicale Virtuelle Francophone.** L'utérus gravide. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEobstetrique/uterusgravide/site/html/cours.pdf>. Consulté le 29 décembre 2020.
2. **Chenafa.** Cours sur Anatomie du côlon. Service - d'anatomie normale CHU ORAN. En ligne http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichiers_produit_2046.pdf. Consulté le 4 novembre 2020.
3. **Denis R.** Physiologie digestive. [En ligne]. http://www.ferronfred.eu/files/Physiologie-digestive_1.pdf. Consulté le 4 novembre 2020.
4. **Parnaud E, Guntz M, Bidart J M, Bernard A, Chome J.** Anatomie normale, macroscopique et microscopique du réseau hémorroïdal. Arch Fr Mal App Dig 1979 ;65:501-14.
5. **Keita B J.** Ulcère gastro-duodénaux en chirurgie B à l'hôpital du point G à Bamako. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako USTTB ; 1990 ; 110p.
6. **Diarra M.** Maladie hémorroïdaire. [En ligne]. http://cnom.sante.gov.ml/docs/EPU_MALADIE_HEMORROIDAIRE_MH.pdf. Consulté le 9 mars 2019.
7. **Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie (CDU-HGE).** Rectum-canal anal. In : Les fondamentaux de la pathologie digestive. Editions Elsevier. Paris : Masson ; 2014. En ligne <https://fr.slideshare.net/mutangachuk/rectum-et-canal-anal>.
8. **Leroi A M.** Physiologie de l'appareil sphinctérien urinaire et anal pour la continence. [En ligne]. <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/physiologie-de-lappareil-sphincterien-urinaire-et-anal-pour-la-continence>. Consulté le 7 novembre 2020.

9. **Thomson WH.** The anatomy and nature of piles. Dans: Kaufman HD. The haemorrhoid syndrome. Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.
10. **Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastro-entérologie,9-086-A-10,2001,15p.
11. **Université Médicale Virtuelle Francophone.** Modifications physiologiques de la grossesse. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>. Consulté le 9 mars 2019.
12. **Saidani K.** Constipation et grossesse. [En ligne] <http://www.sahgeed.com/upload/files/7JCM2009/13-SAIDANI.pdf>. Consulté le 5 novembre 2020.
13. **Parnaud E, Bauer P.** Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. Rev Prat 1985; 35: 3423-33.
14. **Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG.** Health after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1991;98: 1193-204.
15. **Jiang Z, Weisong T, Jinduo C.** Double-blind randomized clinical trial in evaluating the efficacy and safety of rectum mucosa protector in the treatment of acute hemorrhoids. Chin J Surg 2001; 39 :53-5.
16. **Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C et al.** Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). J Visc Surg. 2016 Jun;153(3):213-8. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2016.03.004. Epub 2016 May 18. PMID: 27209079.
17. **Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF et al.** Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2006 Jan;101(1):181-8. Review.

18. **Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez Zapata MJ, Mill E, Heels Ansdell D; Johanson JF et al.** Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006 Aug; 93(8):909-20. Review.
19. **Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M.** Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:CD004322. Review.
20. **Coulom P.** Non surgical therapy of hemorrhoids. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(10-11 Suppl): F20-6.
21. **Chiloiro M, Darconza G, Piccioli E, De Carne M, Clemente C, Riezzo G.** Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. *J Gastroenterol.* 2001 Aug ; 36(8) : 538-43. Doi : 10.1007/s005350170056. PMID : 11519832.
22. **Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JM, Yeung C, Yiu TF et al.** Conventional versus triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1986;29: 836-8.
23. **Ho YH, Tan M, Seow-Choen F.** Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:66-9.
24. **Johanson J F, Rimm A.** Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:1600-6.
25. **Gupta PJ.** Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1433-9.
26. **Mac Rae HM, McLeod RS.** Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A metaanalysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:687-94.
27. **Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K et al.** Prospective randomized comparative study of

bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:403-10.

28.Dennison A, Whiston RJ, Rooney S, Chadderton RD, Wherry DC, Morris DL. A randomized comparison of infrared photocoagulation with bipolar diathermy for the outpatient treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33:32-4.

29.Jutabha R, Jensen D, Chavalitdhamrong D. Randomised prospective study of endoscopic rubber band ligation compared with bipolar coagulation for chronic internal bleeding hemorrhoids. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104:2057-64.

30.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.

31.Martin JD. Post-partum anal fissures. *Lancet* 1953 ; 271-3.

32.Godeberge P. La fissure anale. *EMC traité de gastroentérologie*. Vol. 9: Elsevier, 2015:9087-A-10.

33.Charlotte FW. La fissure anale. *Société Nationale Française de Colo-Proctologie*. Avril 2014 ; 1-8p.

34.Phillipe G, Pierre C. Fissures anales : du diagnostic au traitement. *Post'U*. 2015.

35.Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF, Arcanà F, Cafaro D, La Torre F et al. Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial. *Tech Coloproctol* 2010; 14:241-8.

36.Steele SR, Madoff RD. Systematic review: the treatment of anal fissure. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:247-57.

37.Littlejohn DR, Newstead GL. Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:1439-42.

- 38. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM.** Anal fissure. 20-year experience. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:378-82.
- 39. Leong AF, Seow-Choen F.** Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995;38:69-71.
- 40. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel UN et al.** Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year. prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013;15:359-67.
- 41. Bek KM, Laurberg S.** Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *B J ObstetGynecol* 1992; 99: 724-6
- 42. Sundquist JC.** Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 715-8.
- 43. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, et al.** Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329: 1905-11.
- 44. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW.** Occult anal sphincter injuries ,myth or reality? *BJOG* 2006; 113:195-200.
- 45. Abramowitz L, Sobhani M, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E et al.** Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:590-8.
- 46. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM.** Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;8: 546-50.
- 47. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM.** Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990;77: 1358-60.

- 48.Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T.** Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39:690-7.
- 49.Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN.** Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *B J ObstetGynaecol*1994; 101:22-8.
- 50.Damon H, Bretones S, Henry L, Mellier G, Mion F.** Long-term consequences of first vaginal delivery-induced anal sphincter defect. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1772-6.
- 51.Donnely V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR.** Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998; 92:955-61.
- 52.Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S.** Familial risk of obstetric anal sphincter injuries: registry-based cohort study. *BJOG* 2013; 120:831-8.
- 53.Evers EC, Blomquist JL, Mc Dermott KC, Handa VL.** Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *Am L Obstet Gynecol* 2012; 207: 425.e1-6.
- 54.Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.** Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 2000 ; 320 : 86-90
- 55.Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C.** Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354: 983-6.
- 56.Lehur PA, Leroi AM.** Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24: 299-314.

- [9] **MEHIGAN BJ, MONSON JRT, HARTLEY JE.** Stapling procedure for hemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial. *Lancet* 2000;355 (9206): 782-5.
- [10] **NG KH, HO KS, OOI BS, DE SAVEUR CL, KILOWATT E.** Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. *Br J Surg* 2006; 93: 226-230. 2.
- [11] **V. Parades, D. Fady, P. Atienza,** La fissure anale, *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, Novembre 2007, Vol 31, N° 11, pp. 985-992.
- [12] **Faucherons JL.** Incontinence anale. *La presse médicale* 2008 ; 37 : 1447-1462.
- [13] **Lehur PA et al.** Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; recommandation pour la pratique clinique argumentaire. Nantes : Beaufour-ipesen-pharma ; 1997.
- [14] **Ganansia R.** L'examen que peut faire le praticien. *Proctol Praticien* Edition 1991 ; pages : 13-15.
- [15] **Cheick O Keita :** fissure anale primaire opérée, thèse de médecine FMOS 2011, pages 27-42
- [16] **Kamina P.** Dictionnaire d'Atlas d'Anatomie. Maloine S.A. G-O 1983 ; 1233 pages.
- [17] **Robert D., Churet J., Piquard B.** Anatomie du canal anal. *Ency Med Chir Techn Chir Tome2* 1976; 40680-40680.
- [18] **Kamina P.** Dictionnaire d'Atlas d'Anatomie. Maloine S.A. P-Z 1983 ; 1843 pages.

[19] **Staubesand F.** Mikroskopische und funktionelle Anatomie des corpscavernoseum recti. Phlebol Proktol 1972 ; 1 : 55.

[20] **Hansen H., Stelzner F.** Proktologie. Springer-Verlag, 1981 ; (Kliniktaschenbucher), 162 pages.

[21] **Professeur Jean-Luc Faucherons** La fissure anale. Gastroenterol 2005 ; 33 :273-78.

[22] **PIGOT F.** Hémorroïdes et maladie hémorroïdaire. Rev Prat 2001 ; 51 :21-5.

[23] **BANAEI L, DANCOISNE A, DIA K** Hémorroïdopexie circulaire par agrafage...

Juillet 2005. <http://www.has-sante.fr>; P 16-85

[24] **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.

[25] **GODEBERGE P.** La maladie hémorroïdaire. J can chir. 2006 ; 145 (57) : 1-4.

[26] **PIGOT F, SIPROUDHIS L, ALLAERT F A.** Risk factor associated with haemorrhoidal symptoms in specialized consultation. Gastroenterol Clin Biol 2005 ; 29(12) : 1270-4.

[27] **BAUMANN R, MEYER C.** Pathologie de l'anus : hémorroïdes et fissures anales. Revue d'hépatogastro-entérologie, 2002 ; 273(14) : 165-172.

[28] **CHAUTEMS R, ZUFFEREY G, ROCHE B.** Pathologie hémorroïdaire : approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien. Schweiz med forum 2005 ; 5 : 869-874.

[29] **MARIKO H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. These Med. Bamako 2003; N° 33 P: 90.

[30] **SAYFAN J.** Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Dis Surg 2001 ; 18 : 131-3.

[31] **FABIEN D, BIGARD M A.** Pathologie hémorroïdaire. Rev. Du praticien/ 2005 :55 ; 1719-1722.

[32] **L. Abramowitz, I. Sobhani,** Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 27, N° 3 - Mars 2003, pp. 277-283

[33] **ABRAMOWITZ L, GODEBERGE P, STAUMONT G, SOUDAN D, et Coll.** Recommandation pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol clin biol 2001 ; 25 (674-702).

[34] **DE PARADES V, BAUER P, DANIEL F, ATIENZA P.** Le traitement de la pathologie hémorroïdaire. Revue d'hépatogastro-entérologie, 2005; 127(35): 1979-83.

[35] **MADOFF RD, FLESHMAN JW.** Gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids.

[36] **Laurent S, Marianne E, Stephan A.** Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. Rév Prat 2008; 51 :21-25

[37] **Gabriel WB.** Principles and practices of rectal surgery. HK Lewis. London 1948 ; 292 :1167-119.

[38] **Arigon JP, Henri L, damon H, Valette PJ.** Radioanatomie proctologique. Encyclopédie Médico-chirurgicale 2002 ; 9 : 14-15.

[39] **Lehur PA, Le roi AM.** Incontinence anale de l'adulte, recommandations pour la

Pratique clinique. Gastroentérologie clin biol 2000 ; 24 : 299-314.

[40] **Scarlett Y.** Médical management of fecal incontinence. Gastroenterology 2004; 126: 55-63.

[41] **Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, Emmanuel AV.** Faecal incontinence. Br j surg

2007 ; 94 : 134-144.

[42] **Leroi AM, Beuret-Blanquart F, Weber J.** Rééducation des dysfonctionnements anorectaux. Kinésithérapie médecine physique réadaptation 2000 ; 26 : 516-10.

[43] **Lehur PA, Letessier E.** Incontinence anale par atteinte sphinctérienne de l'adulte : quel bilan pré-opératoire ? Quelles solutions chirurgicales ? Journal de chirurgie viscérale 1998 ; 135 : 83-89.

[44] **Michot F, Leroi AM.** La neurostimulation sacrée, traitement d'avenir de l'incontinence anale ? Annales de chirurgie 2002; 127: 247-249.

[45] **Lehur PA, McNevin S, Buntzen S, Mellgren AF, Laurberg S, Madoff RD.** Magnetic anal sphincter augmentation for the treatment of fecal

incontinence: a preliminary report from a feasibility study. Dis Colon Rectum 2010 ; 53 : 1604-10.

[46] **Mantoo S, Meurette G, Juliette Podevin, Lehur PA.** The magnetic anal sphincter: a new device in the management of severe fecal incontinence. Expert Review of Medical Devices 2012; 9: 483-90.

[47] **JM. Suduca,** Hémorroïdes, EMC, Gastro-entérologie (9-086-A-10) ,2001

[48] **FZ. Bechima,** Les urgences proctologiques expérience de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat, Thèse N°36, Année 2007, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

[49] **F. Pigot,** Satisfaction des malades après traitement chirurgical d'une fistule anale, Le courrier de colo-proctologie (III)-n°2-juin 2002

[50] **P. Altienza,** Les problèmes proctologiques dans les suites de l'accouchement, <http://pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/94/14.htm>

[51] **L. Abramowitz,** Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie (196-A-10), 2007.

[52]- **POUDIOUGOU A M.**

[53]- **TOURE H M.**

[54]- **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.

[55]-**Nordenstam J, Altman D, Brismar Sophie, Zetterström J.** Natural progression of anal incontinence after child birth. Int Urogynecol J 2009; 20: 1029-35.

[56]- Pollack J, Nordenstam J, Brismar S, Lopez A, Altman D, zetterström J. Anal incontinence after vaginal delivery: a five years prospective cohort study. *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 : 1397-402.

[57]- Roman H, Robillard PY, Payet E, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L, Barau G. Facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum : Etude prospective chez 525 femmes. *J Gynecol Obstet Biol reprod.* 2004 ;33 :497-505

[58] 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.

ANNEXES

ANNEXES.

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : YOUSOUF

TITRE DE LA THESE : Pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique AU CSREF de la commune1 du district de Bamako : Aspects épidémiocliniques, prise en charge et pronostic.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie-obstétrique, gastro-entérologie et chirurgie générale

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE DE SOUTENANCE : 2021

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie.

Adresse e-mail 7402youssou@gmail.com

Résumé

La période gravido-puerpérale est une étape importante dans la vie de la femme. Ces moments peuvent être émaillés d'affections anales responsables de douleur et d'inconfort. Malgré leur fréquence, ces pathologies sont rarement évoquées par les patientes, rendant difficile leur diagnostic et souvent tardive leur prise en charge.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier les pathologies anales chez la femme enceinte et les accouchées.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude longitudinale, prospective et analytique allant de février 2019 à avril 2020 (14 mois).

Résultats : Au cours de la période d'étude, nous avons suivi 160 patientes parmi lesquelles 31,25% ont développé au moins une pathologie anale. Les différentes pathologies rencontrées étaient : la maladie hémorroïdaire (18,75%), la fissure anale (7,50) et l'incontinence anale (5%).

Les facteurs de risque retrouvés étaient : l'antécédent de pathologie proctologique, les troubles du transit (constipation et diarrhée) et la durée d'expulsion supérieur à 15 mins. Les signes cliniques étaient la constipation, la douleur anale, le saignement anal, la sensation de boule à l'anus. Le traitement était à base de conseils hygiéno-diététiques, de laxatifs, de topiques locaux, d'antalgiques et de rééducation périnéale. L'évolution a été marquée par une régression des pathologies avec 15% de récurrence dans la première année qui a suivi l'accouchement.

Conclusion : Les pathologies anales pendant sont fréquentes et variées au CSREF communal du district de Bamako. L'évolution est généralement favorable.

Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique de toutes les gestantes et des femmes en post-partum permettront de dépister ces pathologies et réduire ainsi leur fréquence.

Mots clés : **pathologie anale, grossesse, post-partum, CSREF Commune 1 du district de Bamako .**

FICHE D'ENQUETE

I : Identification de la gestante Centre :

Q1 : Numéro de la fiche d'enquête

Numéro dossier

Nom :.....

Prénom :.....

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

Q2 : Nationalité 1 Malienne 2 Non Malienne (à préciser).....

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

5 = Sonrhai 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

Gentilé: 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 PROCTOLOGIE :

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/..../ Œdèmes :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

Supplémentation en fer : Oui /.../ Non/.... /

Vaccination 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 : modérée c : forte d : éveillante

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

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

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

Facteurs calmants a : Position Couchée 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 : Traces 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 : Provoqué c : Autres (à préciser)

Q17 : Prurit anal 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 : 1 à 2jours c : 2jours à une semaine
d : Permanent

Réduction du prolapsus : a : Spontanée 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 : Glairo-sanglante d : Sanglante

Fréquence 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 préciser

2) Examen proctologique :

Inspection : a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire

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

f : Fuite liquidienne g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

V. BILAN

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

a) Diagnostic

- Echographie obstétricale/___/ 1=grossesse évolutive ;
2=grossesse non évolutive
- Goute épaisse /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite
- Hémoculture /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite
- CRP /___/ 1= positive, 2= négative, 3 = non faite
- ECBU : /___/ 1= stérile, 2= positif, 3 = non faite
- Glycémie /___/ 1=Normal 2= élevée, 3 = non faite
- Protéinurie /___/ 1=absente, 2= Non significative, 3 = significative,
4 = non faite
- Crase sanguine /___/ 1= normale, 2 = pathologique, 3 = non faite
- Rhésus : /___/ 1=positif, 2 = négatif
- HB: /___/ 1= <7g /dl, 2= ≥7g/dl, 3= ≥ 11g /dl
- Plaquettes : /___/ 1 = normal, 2 = thrombopénie
- Leucocytes : /___/ 1= normal , 2= élevé
- 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
- Test d'Emmel: 1=positif, 2=négatif

VI. DIAGNOSTIC RETENU :

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz

5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

vii) Consultation prénatale 2(CPN2) :

Age de la Grossesse : 2emetrimestre 3eme trimestre

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

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

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

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

Fièvre : Oui /.../ Non/.../ Œdèmes : 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

Supplémentation en fer : Oui /.../ Non/.../

Vaccination antitétanique : Oui /.../ Non/.../

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

Données proctologiques :

1) Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal [] b : Progressif []

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

Intensité : a : Faible [] b : modérée [] c : forte [] d : Eveillante []

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

Irradiation a: Locale [] b : Périnéale [] c : Pelvienne [] d : Aucune []

Facteurs déclenchants a : La défécation [] b : La position assise [] c : La marche []

Facteurs calmants a : Position Couchée [] 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 : Traces [] 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 : 1 à 2 jours c : 2 jours à une semaine
d : Permanent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q28: La diarrhée Oui/.. / Non/.... /

Type de selle a : Liquidienne b : Glaireuse c : Glairo-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 préciser

2) Examen proctologique

Inspection : a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale [] d : Orifices fistuleux []
e : Fissure anale [] f : Fuite liquidienne [] g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

1 : Douleur anale Oui/.... / Non/..../ 2 : Tuméfaction anale Oui/..../Non/...../
3 : Orifice interne de fistule anale Oui/..../Non/..../
4: Sphincter anale : a : tonique [] b : Hypotonique [] c : Hypertonique []
5 : Toucher rectal hémorragique Oui/..../Non/..../

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne []
2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit [] Postérieur-gauche [] Antérieur-gauche []
3 : Fissure anale : Postérieure [] Antérieure []
4 : Incontinence anale : Aux selles [] Aux gaz []
5 : Fistule anale [] 6 : Autres à préciser

Traitements reçu :

.....

VIII). Examen de la femme à l'admission en salle d'accouchement :

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= Transversale

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= Prostaglandines, 2= Ocytocine

3= Ocytocine+ Prostaglandines, 4= Autres

Phase d'accouchement : Latence Active Expulsion

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

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

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

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

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

Pathologie(s) associée(s) à l'accouchement : HTA Diabète Eclampsie

Placenta prævia Nœud du cordon Chorioamniotite Aucune Autres

IX. Examen du nouveau-né

Aspect du fœtus : /___/ 1=Mort né frais, 2= Momifié, 3= Macéré

Poids du fœtus en g: /___/ Taille en cm : /___/

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

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

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 : modérée c : forte d : Eveillante

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

d : Permanente

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

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

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

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

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

Quantité : a : Trace b : 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 : 1 à 2 jours c : 2 jours à une semaine
d : Permanent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q30 : La diarrhée Oui../ Non/.... /

Type de selle a : Liquidienne b : Glaireuse

c : Glairo-sanglante c : Sanglante

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

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

Examen proctologique

- Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire b : Marisque hémorroïdaire
c : Ulcération anale d : Orifices fistuleux
e : Fissure anale f : Fuite liquidienne g : R A S

Palpation et Toucher Rectal :

- 1 : Douleur anale Oui/.... / Non/..../
2 : Tuméfaction anale Oui/..../Non/...../
3 : Orifice interne de fistule anale Oui/..../Non/..../
4:Sphincter anale : a : tonique b : Hypotonique c : Hypertonique
5 : Toucher rectal hémorragique Oui/..../Non/..../

Diagnostic Retenu :

- 1 : Hémorroïde interne
2 : hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche Antérieur-gauche
3 : Fissure anale : Postérieure Antérieure
4 : Incontinence anale : Aux selles Aux gaz
5 : Fistule anale 6 : Autres à préciser

XI- Satisfaction de la suivie :

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'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 sont 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 reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure