

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi



**U.S.T.T-B**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

## THESE

# PATHOLOGIES ANALES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI

Présentée et soutenue publiquement le 15/12/2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **Mme KEITA Macoura TRAORE**

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

**(Diplôme d'Etat)**

### JURY

Président : Pr Youssouf Traore

Membres : Dr Mamadou Diallo

Dr Amadou Bocoum

Co-directeur: Dr Mamadou Keita

Directeur de thèse: Pr Adégné Togo

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

### **Je dédie ce travail:**

#### **A mon père Amadou Traore**

Père exemplaire et sans pareil, ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honnêteté et de la rigueur. Ce travail est avant tout le fruit de tes précieux conseils et de tes innombrables sacrifices. Puisses-tu recevoir ce travail comme le tien et qu'il soit l'expression de ta légitime fierté.

#### **A ma mère Ferimata Doumbia**

Calme, humble, généreuse, honnête et travailleuse. Tu représentes pour moi l'exemple de la bonté et du respect de l'autre. Pour moi, chère maman tu es et resteras un exemple car les épreuves de la vie et singulièrement celles du mariage ne t'ont pas empêché de te battre pour l'éducation et surtout la réussite de tes enfants. Ce travail est le fruit de tes longues années de patience, tes efforts, tes prières et tes sacrifices pour parfaire mon éducation. Ta tendresse ne peut être évaluée. En témoignage de mon amour infini, je t'offre ce modeste travail. Puisse-t-il t'apporter fierté et réconfort. Je t'aime maman chérie.

#### **A mon mari Moussa A Keita**

Cher mari, ton courage et ta bravoure n'ont d'égale que ta bonté et ta générosité. Je me sens chanceuse et surtout très fière de t'avoir comme mari. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut, que ce soit moral ou matériel. Tes précieux conseils n'ont cessé de me guider tout au long de ces années d'étude. Reçois ce travail comme l'expression de mon amour et de ma profonde gratitude. Puisse Dieu te prêter une longue vie et te combler au-delà de tes espérances.

#### **A ma princesse Kadidiatou Keita**

Ton arrivé au monde a changé ma vie, ce travail te servira d'exemple à suivre.

## **REMERCIEMENTS**

### **Au Tout Puissant Allah**

Le très miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent, créateur du ciel et de la terre et au prophète Mohamed paix et salut sur lui.

### **A toutes mes tantes maternelles : Marietou, Awa, Ferima, Kadidiatou**

Vous avez été pour moi plus qu'une mère. En ce moment solennel de ma vie, il me manque des mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement indéfectible. La sagesse de vos conseils, la gentillesse, la disponibilité et l'esprit de sacrifice, la confiance et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables. Jamais je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT vous préserve longtemps à nos côtés. Ce travail est le vôtre.

### **A mon oncle Mamadou Traore et ma tante Bintou Traore**

Merci pour vos soutiens et vos multiples conseils qui m'ont beaucoup aidé à affronter les réalités de la vie. Je vous souhaite le meilleur dans la vie. Ce travail est le vôtre

### **A mes frères et sœurs : Mohamed Lamine, Sebre, Sékou, Oumoukouloum et penda**

Merci pour votre esprit d'amour de respect et de fraternité à mon égard. Ce travail constitue un trophée de plus en l'honneur de la famille.

### **A ma tante Djeneba Maiga et à son époux Abdoulaye Traore**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour rendre mon séjour au sein de votre famille agréable. Que votre amour pour la famille, au sens africain du mot, nous serve d'exemple. Cette thèse est aussi votre victoire.

### **A mon homonyme Mme Drabo Macoura Toure**

Je serais ingrate de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Que Dieu vous prête longue vie.

**A mon cher ami Thierry Stéphane Ngako**

Les mots me manquent pour témoigner ma profonde gratitude, merci d'être là pour moi durant toutes ces années.

**A mes aînés du service de gynéco-obstétrique : les Docteurs Samake Bakary, Dicko Oumar, Keita Djouma, Sanogo Moulaye, Diakite Noumory, Konaré Cheick, Diakité Bakary, Sylla Mohamed, Diallo Mariam, Kone Ntchie, Daffe Abdoulaye, Diarra Mohamed, Soumaoro Seydou**

Merci d'avoir guidé mes premiers pas dans ce service et pour tout l'encadrement transmis. Encore une fois bonne carrière dans l'exercice de ce métier noble mais combien difficile.

**A mes collègues internes et amis**

Merci pour vos conseils, votre sympathie et votre bonne collaboration. Merci beaucoup pour tous ces moments de joie, de peine et de complicité.

A tous les personnels du centre de santé de référence de la commune CVI

Merci pour votre franche collaboration.

A tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail, merci à toutes et à tous.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU  
JURY**

## **A notre Maître et Président du Jury**

### **Professeur Youssouf TRAORE**

- **Professeur titulaire en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.**
- **Praticien gynécologue-obstétricien au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel TOURE.**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).**
- **Vice-président de la société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).**
- **Formateur sur la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH du Mali.**
- **Membre de la Fédération Francophone de Gynécologie-Obstétrique (FeFOG).**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologique » de Bordeaux II**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali ( SO.CHI.MA).**
- **Trésorier de la Fédération Africaine de Gynécologie-Obstétrique (AFOG).**
- **Enseignant chercheur.**

### **Cher Maître**

Nous avons été très impressionnés par votre personnalité, vos qualités d'homme de sciences éclairé de praticien infatigable, votre sens élevé de devoir social qui font de vous un homme respecté et admiré de tous. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Soyez rassuré cher Maître de tout notre profond respect.

## **A notre Maitre et Membre du Jury**

### **Docteur Mamadou Diallo**

- **Médecin chef adjoint du CSREF de la commune VI du district de Bamako ;**
- **Chef de service de chirurgie générale du CSREF de la commune VI du district de Bamako ;**
- **Chirurgien généraliste ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Membre de la société internationale de hernie (AMEHS).**

### **Cher Maitre**

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations. Vos grandes qualités pédagogiques et scientifiques et votre humeur constamment joviale font de vous un maître admirable. Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maitre et membre du Jury**

### **Dr Amadou Bocoum**

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

### **Cher Maitre**

Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et l'esprit de tolérance sont autant de qualités que vous incarnez et font de vous un formateur exceptionnel. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous une référence.

Puisse Dieu vous donner longue vie et vous guider dans vos futurs projets.

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse ;**

**Docteur Mamadou Keita ;**

- **Gynécologue-obstétricien au centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako (CSRéf de la CVI) ;**
- **Praticien au CSRéf de la CVI ;**
- **Président de l'ordre des médecins au CSRéf de la CVI.**

**Cher Maitre**

C'est de manière spontanée et chaleureuse que vous nous avez fait l'honneur de codiriger ce travail.

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez. Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

### **Professeur Adégné TOGO**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en cancérologie digestive**
- **Proctologue**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Président de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHL.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 sante**
- **Enseignant chercheur.**

### **Cher Maître**

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de vous un exemple à suivre. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse DIEU le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AINS</b>	: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>Coll</b>	: Collaborateurs
<b>CSRéf</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>C VI</b>	: Commune VI
<b>FA</b>	: Fissure anale
<b>Fig</b>	: Figure
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie
<b>IA</b>	: Incontinence Anale
<b>IC</b>	: Intervalle de Confiance
<b>IF</b>	: Incontinence Fécale
<b>IMC</b>	: Indice de Masse Corporelle
<b>IU</b>	: Incontinence urinaire
<b>OR</b>	: Odds Ratio
<b>P</b>	: Probabilité
<b>RR</b>	: Risque Relatif
<b>SA</b>	: Semaine d'Aménorrhée
<b>SE</b>	: Sphincter Externe
<b>SI</b>	: Sphincter Interne
<b>THE</b>	: Thrombose Hémorroïdaire Externe
<b>TR</b>	: Toucher Rectal
<b>TV</b>	: Touche vaginal
<b>%</b>	: Pourcentage
<b>&gt;</b>	: Supérieur
<b>&lt;</b>	: Inferieur

# SOMMAIRE

## Liste des Tableaux

Tableau I : Score de Jorge et Wexner .....	38
Tableau II : Classification des déchirures périnéales .....	] 41
Tableau III: Fréquence des différentes pathologies en fonctions de la période gravidopuerperale. ....	54
Tableau IV: Répartition selon les signes fonctionnels.....	55
Tableau V : Répartition selon les signes physiques.....	55
Tableau VI: Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée.....	55
Tableau VII : Relation entre pathologies retrouver signes cliniques.....	56
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la prise en charge des maladies Hemorroïdaire .....	57
Tableau IX: Répartition des patientes selon la prise en charge de la fissure anale ....	57
Tableau X : Analyse des facteurs de risques de la maladie Hémorroïdaire .....	58
Tableau XI: Analyse des facteurs de risques de la fissure anale .....	59
Tableau XII : Analyse des facteurs de risques de l'incontinence anale.....	59
Tableau XIII: Fréquence des pathologies anales selon les auteurs.....	63

## Liste des figures

Figure 1: Coupe frontale du canal anal .....	22
Figure 2 : utérus gravide [image CHU Gabriel Touré de Bamako]	25
Figure 3: Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal .....	26
Figure 4: Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal .....	27
Figure 5: Déchirure périnéale 1 <sup>er</sup> degré .....	42
Figure 6 : Déchirure périnéale.....	42
Figure 7: Déchirure du 3 <sup>ème</sup> degré .....	42

# INTRODUCTION



## **I-INTRODUCTION**

Si la grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureux de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections proctologiques douloureuses bien moins agréables [1]. Moins de 50 % des femmes sont informées de ces désagréments potentiels [2]. 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.

La maladie hémorroïdaire touche 7,9 à 38% des femmes enceintes. Après un accouchement, 20% des femmes vont souffrir de maladie hémorroïdaire [3].

En 2003 Laurent Abramowitz en France mettait en évidence 1,2% des fissures anales pendant le dernier trimestre et 15,2% durant le post partum immédiat [3]. 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 [4]

La prévalence de la constipation est augmentée au cours de la grossesse affectant environs un tiers des femmes [5]. Au Maroc en 2010, Ollende C et al [6] ont trouvé une fréquence de 19% de maladie hémorroïdaire sur 100 femmes examinées dans le post-partum immédiat dans le service de gynécologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat.

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

Une déchirure sphinctérienne est retrouvée dans la moitié des incontinences anales du post-partum [9].

Aucune étude n'a été réalisée au Mali sur ce thème, D'où l'intérêt de cette étude au centre de sante de référence de la commune CVI vue l'emplacement et la forte affluence en sante de la reproduction.

**Objectif général :**

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

**Objectifs Spécifiques :**

-Déterminer l'incidence des pathologies anales chez la femme enceinte et dans le postpartum.

-Décrire les principaux facteurs de risque des pathologies anales au cours de la grossesse et du postpartum.

-Décrire les caractéristiques cliniques des différentes pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post partum.

-Décrire la prise en charge des pathologies anales observées au cours de la grossesse et du postpartum.

# GENERALITES

## **II-GENERALITES**

### **1. DEFINITIONS :**

Le mot **proctologie** vient du grec **proktos** « anus » et **logos** « science, étude ». La proctologie est la spécialité des maladies de l'anوس et du rectum [10].

**Maladie hémorroïdaire** : les hémorroïdes du grec « Hémorroïde » sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [11].

**La fissure anale**: c'est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal [12].

**Une incontinence anale** : est définie par l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anوس jusqu'à la possibilité de le faire ou/et quand cela est socialement possible [13]. Il s'agit donc d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides [14].

**L'incontinence fécale (IF)** : est définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides par l'anوس, à l'exclusion de pertes isolées de gaz ou de glaires [13,14].

**L'abcès anal** : est une cavité remplie de pus, située à proximité de l'anوس ou du rectum [15].

### **1.2. Rappels anatomiques**

Anatomie descriptive

Configuration externe

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

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

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

La ligne pectinée est formée par les valvules anales, replis transversaux semi-lunaires. Les valvules forment avec la paroi du canal anal les cryptes de Morgagni au fond desquelles s'ouvrent les glandes anales. A ce niveau, il existe dans la sous muqueuse des dilatations veineuses (plexus hémorroïdaire interne).

Au-dessous de la ligne pectinée se trouve la zone cutanée lisse qui se termine avec la marge anale. La marge anale se distingue de la peau environnante par sa finesse, son plissement et sa pigmentation brune. A ce niveau, il existe le plexus hémorroïdaire externe, sous cutané.

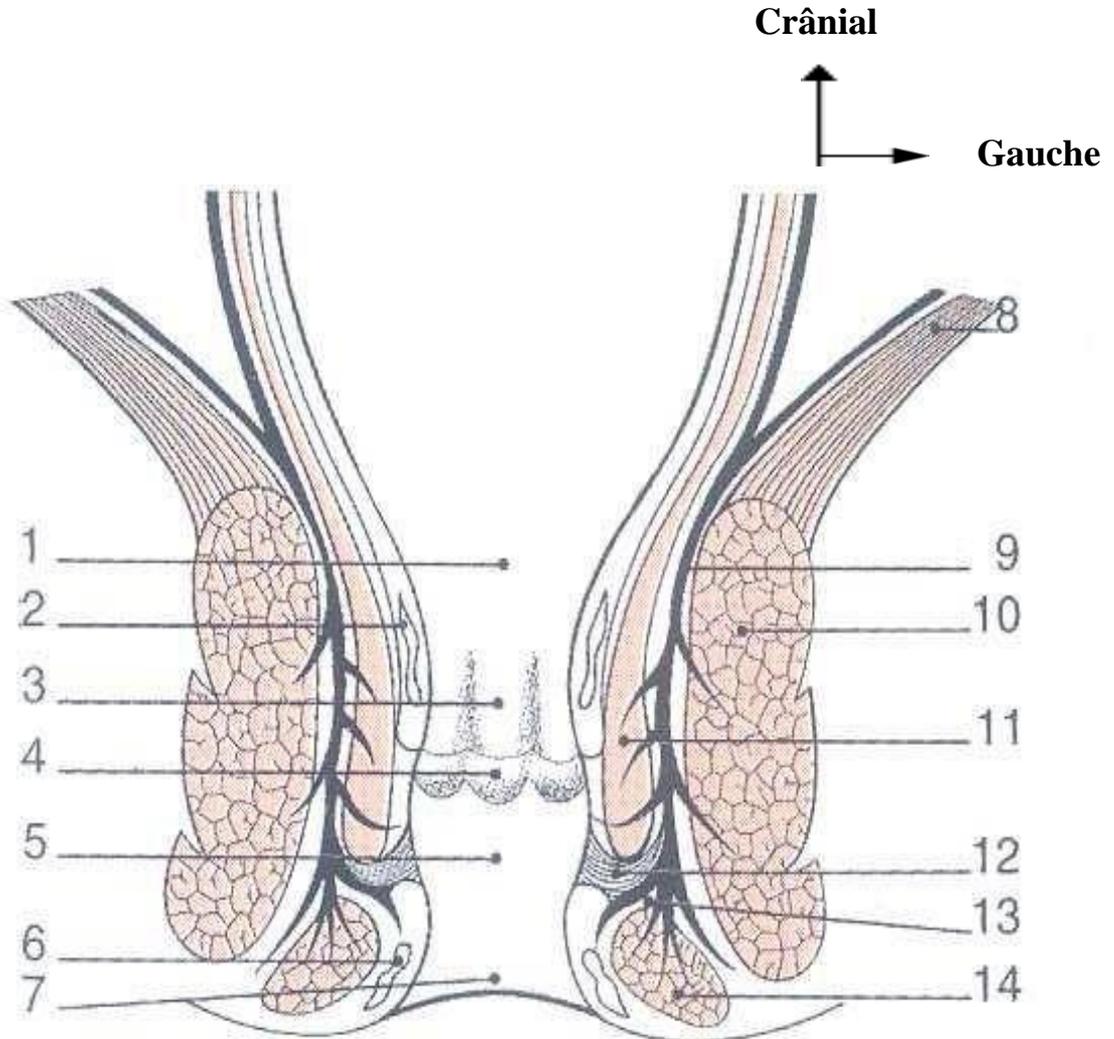
Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien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

#### Configuration interne

- **le pecten anal** : Caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité en bas par la ligne ano- cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mâle, puis bleu [16]. Les colonnes anales de Morgagni sont constituées par des replis semi - circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de **5 à 8**, longues de 1cm et épaisses de **1 à 2 mm**, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose [17].
- **la zone ano cutanée** : Lisse et haute de **1cm**, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe.
- **la zone cutanée** : Continue avec la peau du périnée. Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées.
- **la portion sus pectinéale** : Présente les colonnes de Morgagni. La sous muqueuse est occupé par le plexus hémorroïdaire interne d'où sa coloration rouge

foncée qui tranche nettement avec la teinte rose, pâle de la muqueuse rectale sus -  
jacente.

La portion sous - pectinéale est de coloration grise bleutée.



**Figure 1:** Coupe frontale du canal anal [18]

1. Muqueuse de type rectal;
2. Espace péri anal sous muqueux (plexus hémorroïdaire interne) ;
3. Muqueuse de type intermédiaire;
4. Ligne pectinée (valvule de Morgagni) ;
5. Pecten;
6. Espace péri anal sous-cutané (plexus hémorroïdaire externe) ;
7. Zone Cutanée lisse;
8. Muscle releveur de l'anus;

9. Couche longitudinale complexe
10. Sphincter externe (faisceau profond) ;
11. Sphincter interne;
12. Ligament de Park ;
13. Septum intermusculaire ;
14. Sphincter externe (faisceau sous-cutané.

#### Appareil sphinctérien

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [19].

Le sphincter interne ou muscle sphincter ani - internus

Il est constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neuro- végétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [16].

Le sphincter externe ou muscle ani-externus

Il se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum ; et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l'anus en trois parties [20]

Le muscle releveur de l'anus ou muscle levatorani

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

- muscle pubo-coccygien : s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;

muscle ilio-coccygien : s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ces deux muscles convergent en descendant vers la région retro- anale en croisant les faces anales du Le corps caverneux et le muscle canalisani

- rectum [16].

Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [16].

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

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

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

Espaces cellulux péri anaux :

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

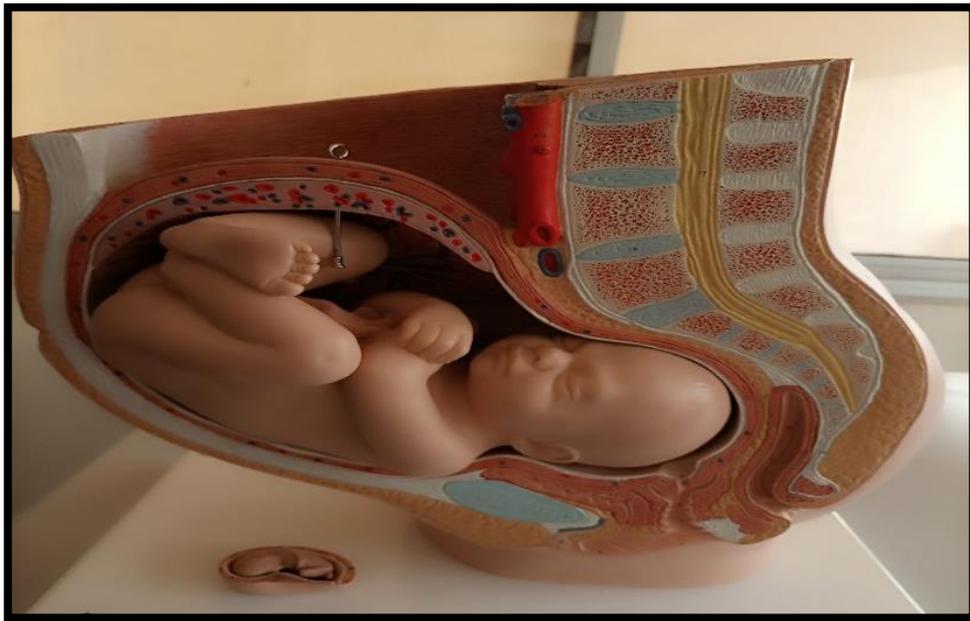
**a-** L'espace circum- anal sous-muqueux : Est situé dans les 2/3 supérieurs du canal entre la muqueuse anale et le sphincter interne, limité en bas par le ligament de Parks et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous-muqueuse du rectum.

Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la muscularissub-mucosaeani, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'Hermann et Desfosses.

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

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

- d- L'espace postérieur du releveur de Courtney : Est normalement virtuel, situé latéralement et en arrière entre les plans supérieurs et inférieurs du releveur. Il constitue une voie d'extension contrôlable des suppurations aboutissant à la création de fistule en fer à cheval.
- e- L'espace inter-sphinctérien : Est situé entre le sphincter interne et le sphincter externe. Il contient la couche longitudinale complexe et est le siège des abcès et des diverticules intra – muraux.



**Figure 2 : utérus gravide [image CHU Gabriel Touré de Bamako]**

Vascularisation

Vascularisation artérielle

**- L'artère rectale supérieure ou artère rectalissuperior**

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à **8 cm** de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ses branches sont constamment retrouvées à **3H**,

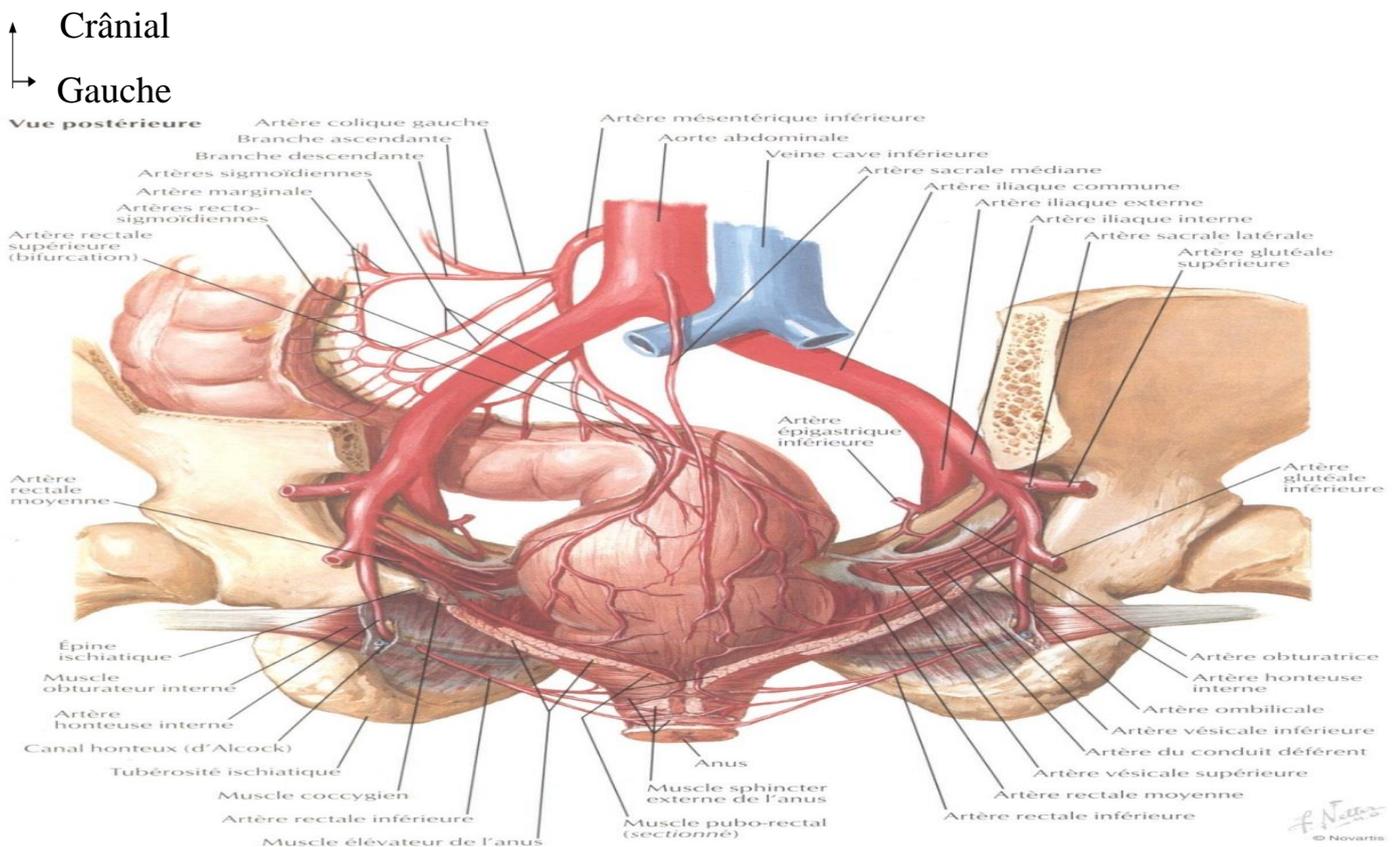
**7H** et **11H** où elles peuvent être palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

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

- **L'artère rectale inférieure**

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

- **L'artère sacrale médiale** : elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte [22]



**Figure 3:** Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal [23]

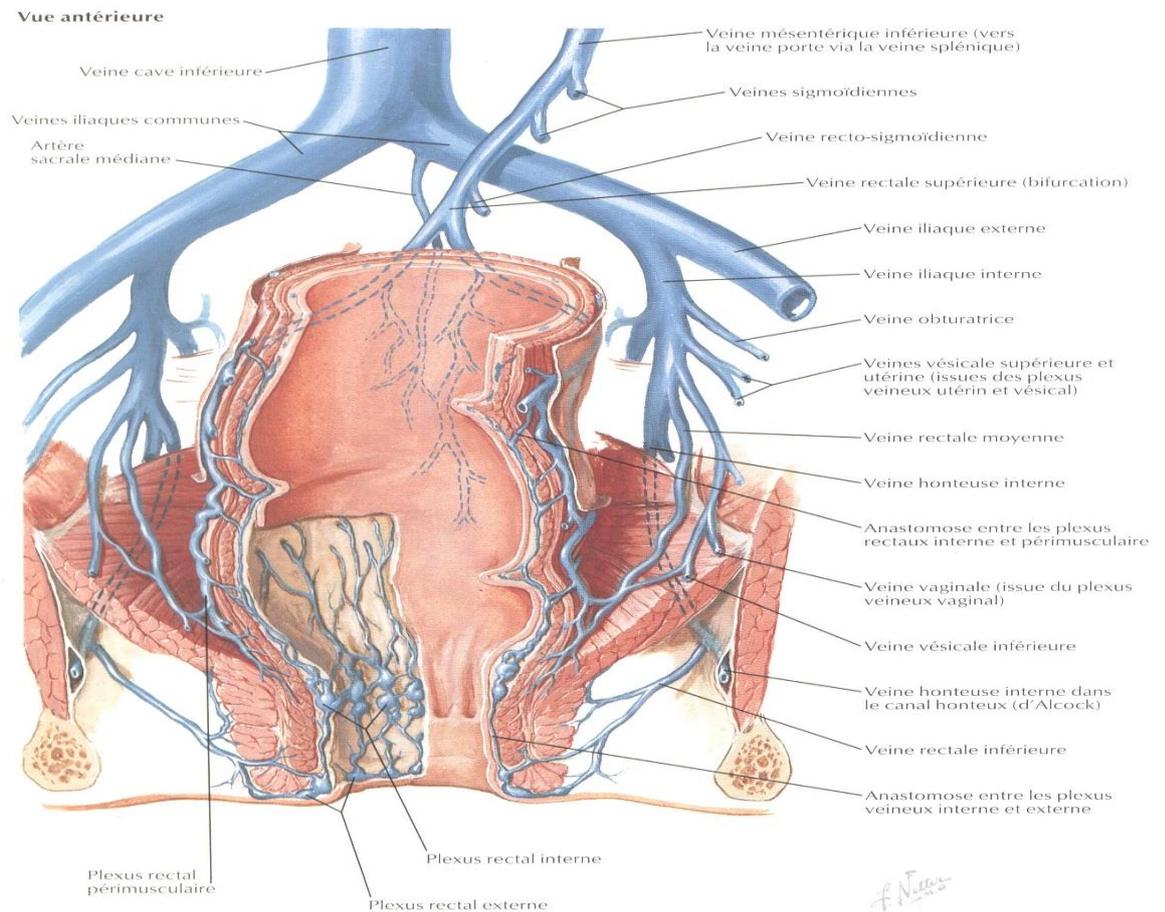
Vascularisation veineuse :

Elle constitue un shunt porto-cave.

- Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes.
- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [24].

Crânial

↑  
Gauche



**Figure 4:** Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal [23]

### Vascularisation lymphatique

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : les nœuds lymphatiques mésentériques inférieurs.
- Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguino-superficiels [24].

## Innervation du canal anal [25]

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

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

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

## Les rapports [26]

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

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

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

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

## Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif [27]

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

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

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

Les pathologies anales

La maladie hémorroïdaire

Signes cliniques et physiopathologie

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

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

On distingue les hémorroïdes externes situées dans l'espace sous cutané du canal anal, sous la ligne pectinée et les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous muqueux du canal anal, au-dessus de cette ligne [28].

➤ Les hémorroïdes internes se manifestent principalement par un saignement (rectorragie) et/ou un prolapsus ou procidence [29].

- **La rectorragie** : elle est indolore, variable dans sa fréquence et augmente avec la taille et l'inflammation des paquets hémorroïdaires [30]. Le saignement hémorroïdaire est classiquement rythmé par la défécation, fait de sang séparé des selles et s'écoulant le plus souvent en fin de défécation [31].

- **Le prolapsus hémorroïdaire** : s'extériorisant à la marge anale, il peut être perçu comme la sensation d'une masse lors de la défécation [24] permanent ou intermittent [31] et parfois peut être responsable d'un suintement ou d'un saignement pouvant provoquer une irritation cutanée péri anale cause de prurit. [28].

➤ Les hémorroïdes externes se manifestent principalement par les thromboses. La symptomatologie (tuméfaction plus ou moins œdématiée et bleutée, douleur d'intensité variable) dure quelques jours et régresse spontanément [29].

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

### Diagnostic

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

Le malade sera examiné en position genou – pectoral ou en décubitus latéral gauche en lui demandant de pousser [25]. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, congestifs, parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H, 11H et quatre petits paquets intermédiaires.

- A l'inspection

Après un bon éclairage, on recherchera une ou plusieurs procidences souvent les trois classiques [16] (3 heures, 7 heures, et 11 heures) des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissures, fistules, abcès).

- Au toucher rectal

On apprécie la tonicité du sphincter, la présence éventuelle d'une masse rectale.

A l'issu de l'examen clinique il est possible de classer les hémorroïdes en différents stades (ou grades), mais cette classification ne tient malheureusement pas compte des épisodes de thromboses [17].

### **Stades cliniques**

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

2 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction spontanée.

3 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction manuelle.

4 : Prolapsus irréductible.

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

**La constipation** est un facteur favorisant admis de la maladie hémorroïdaire. Chez la femme enceinte la constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus ralentit le transit, les modifications hormonales diminuent les contractions intestinales ainsi qu'à la supplémentation en fer [32].

**La dyschésie** est un facteur indépendant augmentant le risque de survenue d'une crise hémorroïdaire au cours de la grossesse [3]. Il existe un bouleversement hormonal au cours de la grossesse or on sait que le tissu hémorroïdaire est riche en récepteurs œstrogéniques et sensibles aux variations hormonales [1]. Le ligament de Parks, qui constitue le ligament suspenseur des hémorroïdes au canal anal, se relâche au cours de la grossesse sous l'effet de cette imprégnation œstro-progestative [1].

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

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

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

- **Les thromboses hémorroïdaires**

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

### **Traitement :**

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

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

**L'incision ou l'excision** de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces deux gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non œdématisées [33].

Le traitement est donc le plus souvent médical. Il doit toujours contenir un régulateur du transit [33], le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées.

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

**Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires [34], mais leur prescription est contre-indiquée durant le troisième trimestre de grossesse et non conseillée en début de grossesse. On

les prescrit alors en cure courte de 3 à 7 jours en fonction de l'importance de la douleur et de l'œdème. Durant la période où les AINS sont contre-indiqués, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40 mg/j pendant 3 à 5 jours en cas de thrombose œdématisée.

**Les veïnotoniques** peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée [34].

Enfin, l'ordonnance de ces femmes consultant pour douleur doit contenir des **antalgiques**. Le paracétamol seul peut être prescrit sans restriction chez ces parturientes selon la posologie habituelle. La codéine peut être prescrite en cure courte durant toute la grossesse. En cas d'allaitement, la codéine doit être évitée mais peut être utilisée en cure courte en l'absence d'autre alternative. Durant la grossesse, le tramadol ne doit être prescrit qu'en cas d'échec de la codéine et en cure courte. Il peut être également prescrit 2 à 4 jours maximum en cas d'allaitement. En pratique, les thérapeutiques agissant sur l'inflammation locale, les antalgiques de niveau 1 et la régulation du transit sont souvent suffisantes pour traiter la douleur et permettent d'éviter de prescrire un antalgique de niveau 2.

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

Ce sont des traitements qui n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne ; en provoquant soit une fibrose cicatricielle, soit en réduisant le volume hémorroïdaire [35].

On dispose de différentes techniques :

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

Seule la photo-coagulation à l'infrarouge peut être réalisée chez la femme enceinte [36]. Le traitement chirurgical comprend des interventions partielles réalisées le plus souvent en urgence et d'autres complètes (cure de la maladie hémorroïdaire) réalisées

à froid [35]. En effet, les interventions partielles sont réalisées sous simple anesthésie locale.

## **La fissure anale**

### **Signes cliniques et physiopathologie**

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

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

Le diagnostic :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'irradiation peut se faire vers les fesses, les organes génitaux externes, les cuisses.

Les autres signes sont constants : saignements (85% des cas), prurit marginal (60% des cas), constipation réflexe (25% des cas). Le déplissement des plis radiés de l'anus permet de voir la fissure en forme de raquette à bords nets, à fond rouge, souvent commissurale postérieure [37].

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 [38].

Comme facteur de risque l'étude de Corby et al mettaient en exergue le rôle de la constipation avec 62 % de constipées chez les patientes avec FA versus 29 % chez celles n'en souffrant pas ( $p < 0,01$ ) [36].

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

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

### Traitement

Le traitement conservateur comprend : un laxatif, l'application d'anesthésiant local (lidocaïne sous forme de suppositoire ou de crème), un bain chaud de siège et l'application locale de nifédipine (0,2-0,5 %). Elle présenterait moins d'effets secondaires (céphalées) et serait plus efficace que le trinitrate de glycéryl topique [39].

Chez la femme enceinte, le traitement médical est largement justifié. Il permet le plus souvent une cicatrisation sinon définitive, du moins suffisante pour ne recourir à un traitement ambulatoire instrumental ou chirurgical qu'après l'accouchement.

En cas d'échec, une intervention chirurgicale qui consiste à réaliser le plus souvent une **fissurectomie** pouvant être associée à une **anoplastie** (uniquement pour les fissures postérieures) sans sphinctérotomie afin de ne pas léser un anus ayant déjà pu l'être lors de l'accouchement. Cette technique a démontré son efficacité et sa faible morbidité [40].

### Incontinence anale

Signes cliniques et physiopathologie :

On distingue deux types d'incontinence anale.

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

**L'incontinence active** : le patient perçoit le besoin d'exonérer, souvent de manière urgente. Elle peut être rencontrée en cas de rupture du sphincter externe ou d'atteinte du réservoir rectal : dans ce cas, ce sont des troubles de la compliance [41].

- **L'interrogatoire** consiste à mettre en exergue les symptômes présentés par la patiente et à récolter des informations concernant les causes possibles d'incontinence anale. Pour cela, il faut se renseigner sur les antécédents gynécologiques, obstétricaux et chirurgicaux de la patiente [42, 43]. Au cours de cet interrogatoire, il est fondamental d'évaluer la qualité de vie de la patiente pour permettre de mesurer l'impact sur sa vie de tous les jours et ainsi de se rendre compte de la gêne occasionnée. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état total de bien-être à la fois physique, mental et social [44]. Dans le cas de l'incontinence anale ces trois aspects sont touchés ; en effet les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont telles que les patients ont du mal à en parler et à consulter au moment opportun pour se faire soigner. L'évaluation de l'impact de l'incontinence anale est alors primordiale et systématique lors de l'interrogatoire. Pour cela des échelles et des scores de qualité de vie sont établis [44].

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

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

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

A la suite de cet interrogatoire, un projet thérapeutique peut être défini [42].

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

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

Ce score varie de 0 à 20

0 à 4 : Minime

5 à 9 : Modère

10 à 16 : Importante

17 et plus : Sévère

**- L'examen clinique** doit s'intéresser particulièrement à la vacuité du rectum, au tonus de repos, à la contraction volontaire [42].

Un bilan proctologique et gynécologique doit être réalisé tout comme un examen du périnée pour évaluer la présence ou non de lésions morphologiques, les troubles réflexes, sensitifs ou moteurs [45]. L'examen est dynamique et doit comporter une phase statique et un examen de poussée. Un toucher rectal peut aussi être réalisé afin d'évaluer la sensibilité périnéale et la qualité des réflexes de la patiente [42].

**- Physiopathologie**

Pendant la grossesse

L'augmentation du poids viscéral, l'allongement des moyens de suspension de l'utérus et la diminution du système d'amarrage des viscères entraînent des modifications pelvi-périnéales pendant la grossesse [41].

De plus, la pression qui s'exerce sur le périnée ne se fait plus en direction de la région anococcygienne mais en regard de la fente vulvaire [46].

Pendant l'accouchement

Plusieurs mécanismes pendant le travail comme la dilatation du col, l'engagement de la tête fœtale ou le passage du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne sont à l'origine d'un étirement des fibres élastiques des ligaments de certains muscles entraînant ainsi des troubles statiques [47].

Durant le post partum

Les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et les lésions du nerf pudendal (qui commande les sphincters striés, externe et la sangle pubo-rectale) [38].

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

➤ Principales causes d'incontinence anale

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

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

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

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

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

**Des troubles du transit** (diarrhées chroniques, stase au niveau rectal) ou troubles de la statique pelvienne suite à un prolapsus extériorisé peuvent également être responsables d'IA [13, 48].

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

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

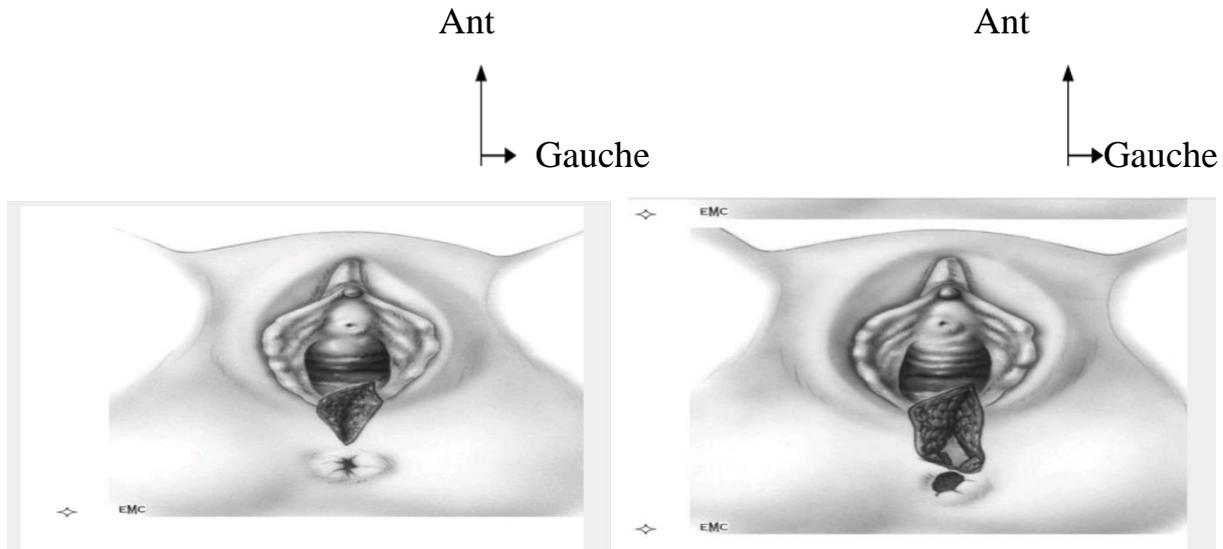
- **Les lésions musculaires** : un grand nombre d'études a confirmé que les lésions du sphincter anal sont un risque majeur d'IA post-obstétricale. En effet, malgré une réparation périnéale immédiate, ces déchirures sont pourvoyeuses d'IA dans 17 à 47% des cas [49]. Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'urgence à la défécation.

- **Les ruptures sphinctériennes** peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement ou rester occultes et se révéler secondairement lors d'un bilan d'IA [46].

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

**Tableau II** : Classification des déchirures périnéales [50, 51]

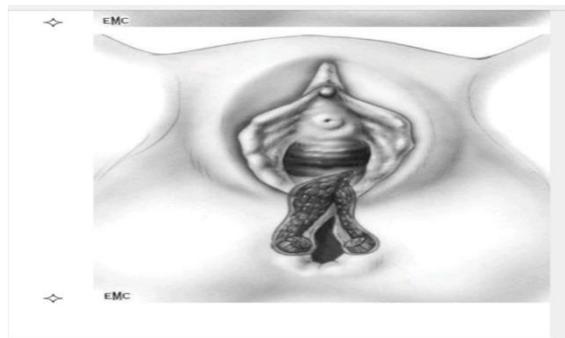
<b>Lésions</b>	<b>Classification anglo-saxone</b>	<b>Classification française</b>
<p>Déchirure périnéale simple</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagin, vulve, peau</li> <li>- Centre tendineux du périnée, muscle</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> degré</p>	<p>1<sup>er</sup> degré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



**Figure 5: Déchirure périnéale 1<sup>er</sup> degré [52]**

**Figure 6 : Déchirure périnéale 2eme degré [52]**

Ant  
↑  
→ Gauche



**Figure 7: Déchirure du 3<sup>ème</sup> degré [52]**

- **Les déchirures occultes** symptomatiques en postpartum sont associées à un risque d'incontinence anale 10 ans après l'accouchement. En revanche, les déchirures asymptomatiques en postpartum immédiat ne sont pas associées à un sur-risque à distance de l'accouchement [53].
- **Les lésions neurologiques** : le nerf pudendal est sensitivo-moteur. Une lésion de ce nerf peut donc entraîner des troubles sensitifs, notamment une altération des réflexes de contraction anale à la toux, ou une diminution de la perception de sensations

(pendant un rapport sexuel ou encore lors du passage d'urines ou de selles), et des troubles moteurs ; il a cependant une bonne capacité de récupération dans la mesure où les lésions neurologiques sont partielles [6].

- Autres mécanismes

Des auteurs ont récemment mis en évidence, grâce à l'utilisation d'une échographie 3D endo-vaginale et trans-périnéale, un accroissement de 20% du volume du canal anal et de son allongement de 3 mm, entre le début et la fin de la grossesse, qui revient à son état antérieur trois mois après l'accouchement. Ces changements auraient pour origine des modifications physiologiques de la muqueuse anale. Or, cet accroissement est moindre chez les femmes qui développent une IA en post-partum [37, 53].

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

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

- un âge maternel élevé ;
- une parité élevée ;
- l'obésité maternelle ;
- Un travail prolongé ;
- la réalisation d'une épisiotomie médiane ;
- une lésion obstétricale du sphincter anal ;
- un accouchement par forceps [52, 54]

- Autres facteurs :

- Antécédent d'Incontinence anale

Il a été démontré qu'une IA transitoire dans le post-partum était un facteur prédictif de récurrence pour l'accouchement suivant [55, 56].

- Incontinences combinées

L'IA et l'IU post-obstétricales peuvent être associées. En effet, l'IA est retrouvée chez 27 % des patientes souffrant d'IU [57].

Prise en charge de l'incontinence anale : [58]

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

➤ Les traitements médicamenteux :

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

➤ La rééducation périnéale :

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

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

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

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

Le nombre de séances est variable selon la gravité et le comportement du patient. Il varie entre trois et dix séances. Les résultats du biofeedback dans le traitement de l'IA sont bons, puisque 70% des patientes sont améliorées et cela de façon durable (pendant

plus de cinq ans). La seconde technique est l'électro-stimulation anale ou vaginale. L'efficacité de cette méthode n'est pas scientifiquement établie.

Il semblerait que l'électrostimulation modifie l'innervation sphinctérienne. Ainsi, cette technique peut être pratiquée au début de la rééducation lorsque la contraction du sphincter anal est faible, et lorsque le patient a des difficultés à sélectionner uniquement le sphincter anal lors des efforts de contraction volontaire. Après une période de quelques jours à un mois d'électrostimulation, la rééducation par biofeedback peut être entreprise.

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

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

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

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

➤ Les techniques de réparation sphinctérienne anale

- La réparation sphinctérienne directe

- Le principe de la myorrhaphie

- Neuromodulation des racines sacrées dont le mécanisme d'action est plus complexe.

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

Abcès anal :

Signes cliniques et physiopathologie [13]:

Le diagnostic de l'abcès anal est purement clinique.

Les symptômes cardinaux classiques des abcès ano-rectaux sont les mêmes que ceux de toute pathologie infectieuse abcédée. Ils allient douleur, rougeur, tuméfaction et

chaleur. Les douleurs sont intenses et pulsatiles, stimulées par la position assise, la marche ou la défécation.

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

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

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

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

Prise en charge [1] :

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

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

Selon la hauteur et la topographie antérieure ou non du trajet fistuleux, il faudra prendre en compte cette pathologie proctologique dans le choix de la voie d'accouchement, une délivrance par voie périnéale pouvant favoriser la survenue d'une incontinence fécale. Lorsqu'une antibiothérapie est nécessaire, l'utilisation du métronidazole est possible, quel que soit le terme.

# METHODOLOGIE

### **III-METHODOLOGIE**

#### **1. CADRE D'ETUDE**

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique et de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

Il a été créé en **1981** comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en **1999**. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Le service se compose de :

- Deux salles d'opérations,
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgiens,
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,

Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.

- La salle d'accouchements qui contient cinq (5) tables d'accouchements et dix (10) lits ;
- Une salle des nouveau-nés ;
- Une salle d'observation des accouchées ;
- Une grande salle d'hospitalisation des femmes césarisées ;
- Une salle de garde pour sages-femmes ;
- Une salle de garde pour Médecins ;
- Une salle de garde pour les internes ;
- Une salle de garde pour les infirmières ;
- Une salle de consultations gynécologiques ;
- Trois (3) salles de consultations prénatales ;
- Une salle de consultations planning familial.

#### **L'organisation et fonctionnement du service :**

Au plan technique :

- Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- Des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées chaque Lundi, Mardi, Mercredi, jeudi et Vendredi.
- Le programme opératoire est exécuté chaque Mardi, Mercredi, Jeudi et vendredi,
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours.
- La visite des malades hospitalisées dans le service se fait tous les jours de la semaine, dirigée par un gynécologue.

## **2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :**

Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective et analytique. Sur une période de 12 mois allant du 1er Mars 2019 au 30 Mars 2020.

## **3. POPULATION D'ETUDE :**

Notre étude s'est porté sur toutes les femmes enceintes ayant effectué le suivi de la grossesse et du post-partum à l'unité de gynécologie obstétrique du Centre de sante référence de la commune VI du District de Bamako pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à cette étude.

## **4. ECHANTILLONNAGE :**

### **-Critères d'inclusions :**

Ont été inclus dans notre étude, toutes les femmes ayant débuté le suivi de la grossesse au premier trimestre et qui ont été vue au troisième trimestre et dans le post partum dans notre service.

### **-Critères de non inclusions :**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

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

#### **4.1. Taille de l'échantillon :**

Nous avons recensé 155 gestantes pendant notre période d'étude. La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz ci-dessous :

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

N = taille de l'échantillon

E = 1,96(constante)

P = Fréquence de l'infection obtenue antérieurement

Q = N-P

I = Risque d'erreur.

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

#### **5. COLLECTE DE DONNEES :**

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

#### **6. VARIABLE ETUDIEES :**

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.

#### **7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :**

La méthodologie utilisée pour notre étude a été la recherche des pathologies anales chez la femme enceinte au premier trimestre, au 3ème trimestre de la grossesse et dans le postpartum. L'examen clinique proctologique est réalisée sur une table d'examen patiente en position genu-pectoral ou décubitus latérale gauche.

-Le premier temps de l'examen est l'observation de l'anus (Inspection) qui s'effectue en dépliant les plis radiaux permettant d'observer une fissure ; une fistule ; une tuméfaction ; une thrombose hémorroïdaire ; un condylome. Nous ferons demander au patientes de pousser pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales

comme les hémorroïdes internes qui se prolèvent ; une tuméfaction ou un prolapsus rectal.

-Le deuxième temps de l'examen comprend la palpation du bord de l'anüs et un toucher ano-rectal à la recherche d'une anomalie telle que : une tuméfaction ; une douleur ; ou un orifice de la fistule anale. Ce toucher permet également d'évaluer le tonus des sphincters anaux

- La troisième étape est l'anuscopie permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal ; une fissure endo-canalairé ; un cancer endo-canalairé et le bas rectum. Cette troisième étape sera faite pour les femmes qui présentent une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

## **8. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES**

Les données ont été saisies sur Excel et analysées sur le logiciel Epi info7. 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.

## **9. ASPECT ETHIQUE :**

L'étude a été réalisée après l'obtention du consentement éclairé des femmes, le respect strict de l'éthique sera observé. , l'identité d'aucune femme n'a été mentionnée sur les fiches d'enquête.

## **10. DEFINITIONS OPERATIONNELES :**

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

- Paucipare : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- Multipare : c'est une femme qui a accouché quatre ou cinq fois.
- Grande multipare : c'est une femme qui a !!accouché six fois ou plus.
- Episiotomie : c'est une incision chirurgicale réalisée sur le périnée durant l'accouchement afin d'élargir rapidement l'ouverture du vagin.
- Déchirure périnéale : c'est une déchirure ou des blessures a la peau et/ou aux muscles entre le vagin et orifice anale.
- Césarienne : c'est une intervention chirurgicale qui consiste d'extraire le fœtus à travers une incision sur l'utérus appelée hystérotomie après une laparotomie.
- Voie basse : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse (soit 28SA).

# RESULTATS

## **IV-RESULTATS**

### **4.1. Fréquences :**

Nous avons suivi 155 patientes durant notre période d'étude, parmi lesquelles 90 femmes ont présentées au moins une pathologie anale soit 58,06%.

Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire 35(38,88%), fissure anales 29(32,22%), les incontinenances anales 18(20%), pathologies anales associées 8(8,88%).

Tableau III: Fréquence des différentes pathologies en fonctions de la période gravidopuerperale.

<b>Pathologies anales</b>	<b>1<sup>er</sup> trimestre</b>	<b>3<sup>e</sup> trimestre</b>	<b>post partum</b>	<b>total</b>
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Hémorroïde</b>	10 (6,45)	9 (5,81)	26 (16,77)	45 (29,03)
<b>Fissure anale</b>	5 (3,23)	12 (7,74)	16 (10,32)	33 (21,29)
<b>Incontinence anale</b>	4 (2,58)	4 (2,58)	16 (10,32)	24 (15,48)
<b>Pathologies anales associées</b>	1 (0,65)	5 (3,23)	9 (5,81)	17 (10,97)
<b>Total</b>	<b>20 (12,9)</b>	<b>30 (19,35)</b>	<b>67 (43,23)</b>	<b>119 (76,77)</b>

## 4.2. Aspects cliniques des pathologies anales

Les signes cliniques des pathologies proctologiques

**Tableau IV:** Répartition des femmes selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	1 <sup>er</sup> trimestre	3 <sup>e</sup> trimestre	Post partum
	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Douleur anale</b>	6 (3,87)	8 (5,16)	22 (14,19)
<b>Rectorragie</b>	1 (0,65)	4 (2,58)	8 (5,16)
<b>Prurit anal</b>	2 (1,29)	0 (0)	0 (0)
<b>Suintements anaux</b>	1 (0,65)	0 (0)	0 (0)
<b>Incontinence anale</b>	3 (1,94)	4 (2,58)	18 (11,61)
<b>Constipation</b>	13 (8,39)	10 (6,45)	24 (15,48)
<b>Diarrhée</b>	2 (1,29)	1 (0,65)	8 (5,16)
<b>Ulcération anale</b>	1 (0,65)	3 (1,94)	1 (0,65)
<b>Tuméfaction anale</b>	1 (0,65)	6 (3,87)	0 (0)

**Tableau V :** Répartition des femmes selon les signes physiques retrouvés

Signes physiques	1 <sup>er</sup> trimestre	3 <sup>e</sup> trimestre	Post partum
<b>Prolapsus hémorroïdaire</b>	1 (0,65)	2 (1,29)	19 (12,26)
<b>Marisque hémorroïdaire</b>	14 (9,03)	17 (10,97)	27 (17,42)
<b>Plaie Fissurraire</b>	9 (5,81)	11 (7,1)	13 (8,39),
<b>Douleur anale au TR</b>	2 (1,29)	4 (2,58)	12 (7,74)
<b>Hypertonique</b>	1 (0,65)	4 (2,58)	6 (3,87)
<b>Hypotonique</b>	1 (0,65)	0 (0)	0 (0)
<b>Tonique</b>	153 (98,71)	151 (97,42)	149 (96,13)

**Tableau VI : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée**

	<b>1ER TRIMESTRE</b>	<b>3e TRIMESTRE</b>	<b>POST PARTUM</b>
<b>MH Stade 2</b>	7 (4,52)%	4 (2,58)%	8 (5,16)%
<b>MH Stade 3</b>	2 (1,29)%	5 (3,23)%	5 (3,23)%
<b>THE</b>	1 (0,65)%	1 (0,65)%	2 (1,29)%
<b>THE + FA</b>	0 (0)%	1 (0,65)%	0 (0)%
<b>THE + IA</b>	0 (0)%	0 (0)%	1 (0,65)%
<b>FA anterieur</b>	3 (1,94)%	5 (3,23)%	9 (5,81)%
<b>FA posterieur</b>	2 (1,29)%	7 (4,52)%	5 (3,23)%
<b>FA anterieur et posterieur</b>	0 (0)%	0 (0)%	2 (1,29)%
<b>FA + IA</b>	0 (0)%	1 (0,65)%	2 (1,29)%
<b>MH Stade 2 + IA</b>	1 (0,65)%	1 (0,65)%	0 (0)%
<b>IA aux gaz</b>	4 (2,58)%	4 (2,58)%	16 (10,32)%
<b>MH Stade 2 + FA</b>	0 (0)%	2 (1,29)%	1 (0,65)%
<b>MH Stade 2 + FA + IA</b>	0 (0)%	0 (0)%	2 (1,29)%

**Tableau VII : Relation entre pathologies retrouvées et signes fonctionnels**

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Pathologie anale</b>		
	<b>Maladie Hémorroïdaire (n=35)</b>	<b>Fissure anale (n=29)</b>	<b>Incontinence anale (n=18)</b>
	<b>Constipation</b>	26	16
<b>Diarrhée</b>	6	4	3
<b>Douleur Anale</b>	29	6	3
<b>Rectorragie</b>	8	2	3

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon la prise en charge des maladies hémorroïdaires

<b>Prise en charge</b>	<b>1<sup>er</sup> trimestre</b>	<b>3<sup>e</sup> trimestre</b>	<b>Post partum</b>
<b>MHD + Laxatifs + Topique locaux</b>	6 (60)	1 (11,11)	6 (37,5)
<b>MHD + Antalgiques + Laxatifs + Topiques locaux</b>	1 (10)	6 (66,67)	4 (15,38)
<b>MHD + Topiques locaux</b>	3 (30)	2 (22,22)	16 (61,54)
<b>Total</b>	10 (100)	9 (100)	26 (100)

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon la prise en charge de la fissure anale

<b>Prise en charge</b>	<b>3<sup>e</sup> trimestre</b>	<b>Post partum</b>
<b>MHD + Laxatifs + Antalgiques + Topiques Locaux</b>	4 (33,33)	11 (68,75)
<b>MHD + Antalgiques + Topiques Locaux</b>	8 (66,67)	5 (31,25)

**Tableau X: Analyse des facteurs de risques de la maladie Hémorroïdaire**

<b>Facteur Risque</b>		<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>	<b>P</b>	<b>RR</b>	<b>IC(95)</b>
<b>Gestité</b>	Primigestité	54	12 (22,2)	0,949	1,026	[0,5-2,3]
	Autres	101	22 (21,7)			
<b>Parité</b>						
	Nulliparité	79	16 (20,2)	0,053	2,503	[1-6483]
	Autres	76	7 (9,2)			
<b>ATCD de pathologies proctologiques</b>						
	OUI	20	9 (45)	0,001	4,704	[1,7-2,8]
	NON	135	20 (14,8)			
<b>Constipation</b>						
	OUI	37	22 (59,4)	0,000	6,058	[2,8-3,5]
	NON	118	23 (19,49)			
<b>Voie d'accouchement</b>						
	Voie basse	112	25	0,900	0,948	[0,4-2,2]
	Voie haute	43	10			
<b>Durée d'expulsion (min)</b>						
	≤15	46	9 (19,5)	0,540	1,362	[0,55-3,7]
	>15	66	10 (15,1)			
<b>Poids nné(g)</b>						
[	<4000	144	23 (15,9)	0,333	0,506	[0,1-2,1]
	≥4000	11	3 (27,2)			

**Tableau XI: Analyse des facteurs de risques de la fissure anale**

<b>Facteur Risque</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence ()</b>	<b>P</b>	<b>RR</b>	<b>IC(95)</b>
<b>Gestité</b>	Primigestité	54	16 (29,6)	0,000	4,304 [1,7-10,6]
	Autres	101	9 (8,91)		
<b>Parité</b>	Nulliparité	79	8 (10,1)	0,505	0,743 [0,3-2]
	Autres	76	10 (13,2)		
<b>ATCD de pathologies proctologiques</b>	OUI	20	5 (25)	0,291	1,809 [0,6-5,5]
	NON	135	21 (15,6)		
<b>Constipation</b>	OUI	37	26 (70,3)	0,000	7,966 [3,5-18,2]
	NON	118	27 (22,9)		
<b>Voie d'accouchement</b>	Voie basse	112	11 (9,9)	0,740	0,827 [0,3-2,5]
	Voie haute	43	5 (11,6)		
<b>Durée d'expulsion (min)</b>	≤15	46	3 (6,5)	0,327	0,505 [0,1-2,0]
	>15	66	8 (12,12)		
<b>Poids nné (g)</b>	<4000	144	13 (9,0)	0,055	0,264 [0,1-1,1]
	≥4000	11	3 (27,3)		

**Tableau VIII** : Analyse des facteurs de risques de l'incontinence anale

<b>Facteur Risque</b>		<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>	<b>P</b>	<b>RR</b>	<b>IC(95)</b>
<b>Gestité</b>	Primigestité	54	4 (7,4)			[0,2-1,6]
	Autres	101	14 (13,7)	0,232	0,497	
<b>Parité</b>	Nulliparité	79	16 (20,3)			[1,0-6,5]
	Autres	76	7 (9,2)	0,053	2,503	
<b>ATCD de pathologies proctologiques</b>	OUI	20	6 (30)			[1,0-8,8]
	NON	135	17 (12,6)	0,040	2,974	
<b>Constipation</b>	OUI	37	7 (18,92)			[0,5-3,4]
	NON	118	18 (22,88)	0,596	1,296	
<b>Voie d'accouchement</b>	Voie basse	112	6 (5,4)			[0,1-0,6]
	Voie haute	43	10 (23,3)	0,001	0,186	
<b>Durée d'expulsion (min)</b>	≤15	46	1 (2,2)			[0,0-2,4]
	>15	66	5 (7,6)	0,211	0,271	
<b>Poids nné (g)</b>	<4000	144	11 (7,6)	0,000	0,099	[0,0-0,4]
	≥4000	11	5 (45,5)			

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## *V COMMENTAIRES ET DISCUSSION*

### **1. Approche méthodologique :**

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

Il s'agissait d'une première étude sur les pathologies anales au cours de la période gravido-puerperale dans le service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune VI. Nous avons rencontré des difficultés au cours de l'étude à savoir :

-Le non-respect des rendez-vous par certaines patientes pour le contrôle dans le post partum.

-Les moyens financiers limités des patientes pour la réalisation de certains examens complémentaires comme l'Ano-rectoscopie et l'échographie Ano-rectale.

-Les pertes de vue.

Néanmoins, l'examen des gestantes a été mené par nous-même et aussi il s'agissait d'une étude prospective ce qui a permis de diminuer les biais dans l'analyse de données.

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. Fréquences :**

Au cours de notre étude 90 femmes, soit 58,06% ont développées une pathologie anale. Notre résultat est supérieur à ceux d'Abramovitz et al [3] et de Poskus et al [59] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 43,9% de pathologies anales ; mais inférieur à celui de Ferdinande K et al [60] qui ont trouvé 68,5%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risque, et de la taille des échantillons. Parmi celles qui ont présenté une pathologie anale, la maladie

hémorroïdaire a constitué la pathologie la plus fréquente dans notre échantillon soit 38,88% suivie de la fissure anale 32,22% de l'incontinence anale soit 20% et les pathologies anales associées soit 8,88%.

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

Auteurs	Population	Fréquences	Test statistique
Abramowitz et al 2002 en France [3]	165	44,4	P=0,8220
Poskus T et al 2014 en Lituanie [59]	280	43,9	P=0,5863
Ollende C [6] et al 2010 au Maroc	100	19	P=0,0000
Ferdinande K et al 2018 en Belgique [60]	94	68,5	P=0,0003
<b>Notre étude</b>	<b>155</b>	<b>58,06</b>	

### 3. Facteurs de risques :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 15-24 ans soit 51,61% avec un âge moyen de 25,03 ans et des extrêmes de 15 ans et 42 ans.

Notre résultat est proche de celui de Poskus et al [59] qui ont trouvé un âge moyen de 28,7 ans avec des extrêmes de 18 ans et 45 ans. Par contre Ferdinande K et al [60] ont trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans, Cela peut s'expliquer par le faite que cette période correspond à la période d'activité génitale ou le taux de natalité est plus élevé et par l'âge jeune de la population africaine en général.

L'antécédent de maladie hémorroïdaire peut constituer un facteur de risque ainsi 45% des gestantes qui avaient un antécédent proctologique ont développé la maladie hémorroïdaire.

L'association de pathologies anales est souvent retrouvée surtout au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse en rapport avec l'augmentation du poids maternel, mais aussi des troubles intestinaux associés telle que la constipation, 25,71% des gestantes avaient une maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale 11,42% des gestantes avaient une maladie hémorroïdaire associée à une incontinence anale.

La primigestité est associée à 4,62 fois plus de risque à la survenue de la maladie hémorroïdaire (RR=4,62 [0,4; 2,3] ; p = 0,949).

Abramowits 1 et al [3] ont rapporté 7,9% de maladie hémorroïdaire au 3<sup>e</sup> trimestre contre 25,71% dans notre étude .Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que seules les thromboses hémorroïdaires étaient recherchées dans leur étude alors que nous avons pris en compte tous les stades de la maladie hémorroïdaire et nous n'avons enregistré que 3 cas de thromboses au 3<sup>e</sup> trimestre.

Sur l'analyse sur un ensemble uni-variée des facteurs de risque des pathologies anales, nous avons constaté que la constipation chronique et la diarrhée étaient significativement associées à l'apparition de la maladie hémorroïdaire soit respectivement 74,28% et 17,14%.

La constipation multiplie par 7,96 le risque de survenue de la fissure anale soit (P=0,000 ;RR=7,966,IC[3,5-18,2]),de même que la primiparité avec P=0,505 ;RR=0,743 ;IC[0,3-2,0].

Abramowits L et al. [3] ont rapporté 1,2% de fissure anale au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et 15,2% dans le post-partum contre 10,32% dans notre étude. Martin JD[61] et Corby H. et al. [62] ont rapporté la même fréquence de 10% lors des consultations de la sixième semaine du post-partum. Ces résultats sont assez proches des nôtres.

Une durée d'expulsion supérieure à 15 minutes P=0,211 ;RR=0,211 ;[0,0-2,4], la macrosomie P=0,000 ;RR=0,099 ;[0,0-0,4],l'alternance diarrhée constipation et la primiparité ont été significativement associées à la survenue de l'incontinence anale.

Déméria F et al [63] ont rapporté un taux d'incontinence anale dans le post-partum entre 5 et 13% chez la primipare et 21 à 23% chez la multipare après un accouchement

par voie basse. Ces résultats sont assez proche du notre 9,21% toute gestité confondu et 20,25% chez les primipares.

#### **4. Aspects cliniques**

##### **4.1. Maladie hémorroïdaire**

La douleur anale a été le principal symptôme retrouvé 82,85%. Elle a été la plus retrouvée dans l'étude de Poskus T et al [59] qui ont enregistré 98,3 de douleur anale chez les patientes.

Le prurit et le suintement surviennent en général secondairement à la procdence hémorroïdaire [60]. Ils ont été retrouvés chez 23,07% de nos patientes. Notre taux est inférieur à celui rapporté par Poskus T et al [59] . Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

La rectorragie était de quantité variable apparaissant pendant ou après les selles, elle a été retrouvée dans 21,5%.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Ollende C et al [6] en 2010 89,5%. Ceci s'explique par le fait que les rectorragies sont le plus souvent occultées du fait de l'utilisation des latrines traditionnelles dans notre contexte.

##### **4.2. Fissure anale**

La douleur anale a été plus fréquemment retrouvée dans notre étude 100% ; ainsi que dans ceux de Siproudhis et al [44] en France et Abramowitz L et Godeberge P [33] dans 100%. Elle a été la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quel que soit sa localisation.

Il s'agit d'une douleur à type de déchirure ou de sensation de verre brisée dans l'anus provoquée et rythmée par la défécation [26].

La douleur à trois temps caractérise la fissure anale. Il s'agit d'une douleur déclenchée par le passage des selles, calmée quelques temps après les selles puis reprenant pour une durée de plusieurs heures (4 à 6 heures). Parfois elle est remplacée par une simple gêne [42].

La rectorragie a été fréquemment retrouvée dans 6,06% des cas ainsi que dans ceux de Siproudhis et al [44] et Abramowitz L et Godeberge P [33] avec un taux

respectivement de 85% et 71,5%. Elle était généralement faite de sang rouge, émis par l'anus mais en provenance du canal anal dont témoignent les traces de sang sur les selles.

L'écoulement anal et le prurit moins fréquents que la douleur anale ont été retrouvés chez 9,09% des patientes. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement séro hémattique. Pour certains, le prurit anal traduit très généralement un début de cicatrisation de la fissure [1]. Pour d'autres, la sécrétion séreuse provenant de la fissure anale cause un suintement donnant lieu à un anus humide et un prurit anal [43].

### **4.3. Incontinence anale**

Dans la population féminine, il a été prouvé que moins de 20% des femmes affectées par des symptômes d'IA en parlent à leur médecin [64].

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

Dans la littérature [30], il s'agit le plus souvent de fuites de gaz avec un retentissement qui peut être très invalidant dans la vie professionnelle, lors des loisirs ou des relations intimes. Dans 1 à 2 des cas, il s'agit de pertes de selles liquidiennes avec un retentissement encore plus important sur la qualité de vie.

## **5. Prise en charge**

### **5.1 Maladie hémorroïdaire**

Durant notre étude, 40 % de nos patientes atteintes de maladie hémorroïdaire ont été mise sous régulateur de transit intestinal. Nous estimons avec d'autres auteurs Abramowitz Let al [3], Holzheimer RG et al [65] que la régularisation du transit représente l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire.

Durant notre étude, le taux d'amendement symptomatique était considérable après la régularisation du transit.

**HolzheimerRG [65]** a retrouvé une amélioration de la symptomatologie dans 47% après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 50%.

En outre, d'autres médicaments ont été utilisés dans le service comme traitement d'appoint notamment ceux améliorant la circulation veineuse (les veïnotoniques, et les phlébotoniques) per os, les topiques (en pommade et suppositoire) et les antalgiques. Des recommandations diététiques ont été données comme l'éviction des épices, la position assise continue (les longs voyages en voiture) et des excès alimentaires, la préconisation en cas de surcharge pondérale un régime restrictif, d'hygiène générale. Aucune de nos patientes n'ont bénéficié d'un traitement instrumental (l'injection de toxine botulinique) ni chirurgical (hémorroïdectomie) durant notre étude. Dans la littérature, les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles [66].

### **5.2. Fissure anale**

Durant notre étude, toutes les patientes porteuses d'une fissure anale ont été mises sous régulateur du transit intestinal. Il a porté sur les 29 cas de fissure anale. D'autres médicaments ont été utilisés comme traitement enfin de lubrifier le canal anal, cicatriser la fissure anale et calmer la douleur (Topiques locaux suppositoire crème). Dans la littérature la prise en charge de la FA chez la femme enceinte consiste à faire un traitement associant une régulation du transit intestinal (il s'agit quasi exclusivement de constipation à traiter par laxatifs osmotiques ou huileux ou des mucilages) et des lubrificateurs du canal anal (topiques locaux sous forme de suppositoire et pommade) [7].

### **5.3. Incontinence anale**

Parmi les 24 cas d'incontinence anale durant toute l'étude. Le traitement de première ligne de l'IA associe une rééducation périnéale spécifique de l'anus à des mesures diététiques et des prescriptions médicamenteuses permettant une régulation du transit intestinal Damon H et al[67].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION :**

Les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et dans la période du post partum dominées par la maladie hémorroïdaire suivie de la fissure anale et de l'incontinence anale. La constipation qui est favorisée par les modifications hormonales de la grossesse est le principal facteur étiologique de ces pathologies.

Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique pendant la grossesse et dans le post-partum permettront de dépister ces pathologies et réduire ainsi leur fréquence.

### **2. 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.

#### **A la population :**

- Consulter le plus tôt possible dans les structures sanitaires les plus proches, devant tout cas de gêne ou de plainte de la sphère anale au cours de la grossesse.
- Respecter les consignes données par les agents de santé concernant les mesures hygiéno-diététiques.

# REFERENCES

## **REFERENCES**

1. **Senéjoux A.** Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu) Post'U (2011) p 213-218.
2. **Howell EA.** Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynécol* 2010 Feb; 115:284-289.
3. **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.
4. **SolansD M, Sanchez E, EspunaPons M.** Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2010; 115:618-628.
5. **Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P.** Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52:324-328.
6. **Ollende C, Kandry SE AL, Tahiri My EL H, Moussaoui D.** Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post-partum thèse med Rabat 2010, 73 : 61-62.
7. **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.
8. **Dicko M L.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako USTTB; 2007, 112p.
9. **Abramowitz L, Sobhani I, Roland G, Albert V, Bénifla JL, Daraï E, Madelenat P, Mignon M.** Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 590-8.

10. **Atienza P.** L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique 1998, 22(3) : 26.
11. **Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE.** Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial. Lancet 2000;355 (9206): 782-5.
12. **Godeberge P.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. POST'U 2015 : 167.
13. **Faucheron JL.** Incontinence anale. La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462.
14. **Lehur PA et al.** Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; Recommandations pour la pratique clinique argumentaire. Nantes : Beaufour-ipesen-pharma ; 1997 .
15. **Bamrani S L** les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 59.
16. **Sayfan J.** Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Dis Surg 2001; 18: 131-3.
17. **Fabien D, bigard M A.** Pathologie hémorroïdaire. Rev. praticien 2005 ; 55 : 1719-1722.
18. **Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. EMC Paris. Gastroentérologie 2001 ; 9-086-A-10: 2001, 15.
19. **Rosa G.** Technique coloproctol disease. Rev. Prat 2005; 9 (3): 1232-7.
20. **De Parades V, Bauer P, Daniel F, Atienza P.** Le traitement de la pathologie hémorroïdaire. Traitement des hémorroïdes : intervention de Longo versus traitement endoscopique. 2001; 138 (52): 1-13
21. **Netter F.** Atlas d'anatomie humaine-Pelvis et périnée 3<sup>ème</sup> Edition planche.. Disponible sur:  
<https://www.google.com/search?q=24.%09Netter+F.+Atlas+d%E2%80%99anatomie+humaine-214p>. [cité 21 mai 2021].
22. **Mariko H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. These Med. Bamako 2003. Disponible sur:  
<https://www.google.com/search?client=opera&q=28.%09Mariko+H>. [cité 21 mai 2021]

23. **Aoud Z E.** La conduite à tenir devant un prurit ano-genital chez l'enfant Rabat. Thèse Med 2017 ; 338 : 9-10.
24. **Sanogo PZZ.** Etude des perforations iléales d'origine typhique dans le service de chirurgie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse Med Bamako 2009; 78; n°25.
25. **Netter F.** Anatomie humaine, Pelvis et périnée pdf planche 369.
26. **Godeberge P.** La maladie hémorroïdaire. J Can chir.2006; 145 (57): 1-4.
27. **Mariko H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. Thèse Med. Bamako 2003. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=opera&q=28.%09Mariko+H>. [cité 21 mai 2021]
28. **Bamrani SL.** Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 24.
29. **Banaei L, Dancoisne A, Dia K.** Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. ; P 16-85.
30. **Gravie JF, Lehur P, Fantoli M, Descottes B, Press P, Arnaud P.** Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Ann. Surg 2005; 242(1) : 29-35.
31. **Baumann R, Meyer C.** Pathologie de l'anus: hémorroïdes et fissures anales. Revue d'hépatogastro-entérologie, 2002; 273(14): 165-172
32. **Bamrani SL.** Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le postpartum 2009 Rabat ; 133 : 29.
33. **Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D, Staumont G.** Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol Clin Biol 2001; 25:674-702.
34. **Higuéro T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C et al.** Complications anales durant la grossesse et le post-partum 1 re partie Incontinence anale Disponible sur: <https://docplayer.fr/1425138-Complications->

anales-durant-la-grossesse-et-le-post-partum-1-re-partie-incontinence-  
anale.html:452p. [Cité 21 mai 2021].

- 35 . **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.
36. **Abramowitz L.** Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement des hémorroïdes, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2001, 25 :674-702.
37. **AtienzaP.** L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique1998, 22(3) : 26. -. Disponible sur:  
<https://www.google.com/search?q=11.%09AtienzaP.+L%E2%80%99enseignement+de+la+proctologie+%3A+impossible+r%C3%A9alit%C3%A9%2C-415p>
38. **Abramowitz L.** Complications anales durant la grossesse et le post-partum 2éme partie. Lésions de la marge anale POST'U 2014 : 1-10
39. **Freymonda JM, Chautemsb R, Della Santaa V et Woltera L.** Les urgences proctologiques chez la femme enceinte. Rev Med Suisse 2018 ; 14 : 1394-6
40. **Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, et al** for the GREP and the CREGG. Sphinctersparing anal fissure surgery: A one-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy. Colorectal Dis 2013 Mar; 15 (3):359-67.
41. **Villet R.** Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Versus une nouvelle entité la pelvi-périnéologie, 2003 : 55.
42. **Godeberge P.** Traité de proctologie, Ed. médecine-sciences Flammarion, Paris, 2007 : 168-169
43. **Blanc B, Siproudhis L.** Pelvi-périnéologie, Ed.springer, France, 2005 : 246-248.
44. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard m-A.** Traité des maladies de l'anús et du rectum, Ed Masson, Paris, 2006 : 135.
45. **Ninou-Elbaum S, Benaim J.** L'incontinence anale neurogène du post-partum : 2. consultéle10/10/2019 [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=856](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=856)

46. **Atienza P.** Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF XXIII 1999 :100.
47. **Bourcier A., Haab f., Mares P.** Pelvi-périnéologie du symptôme au traitement, Ed sauramps medical, 2010 : 56-58.
48. **BENSALEM M, SAKHRI N, SAIDANI K, KECILI N, KHALASSI L, BOUSSELOUB A.** Incontinence anale et constipation. Service de gastroentérologie HCA [En ligne]. 2010 [consulté le 10 octobre 2019]
49. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al.** Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ*; 308 (6933):887-891.
50. **De Tayrac R, Faruel Fosse H, Langer B et al.** L'épisiotomie, recommandation pour la pratique clinique, CNGOF. *Pelv Perineaol 1* : 377-381.
51. **Maillet R, Martin A, Riethmuller D.** Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, 28<sup>ème</sup> journées nationales. Paris 2004. Tome XXVIII : 21-25.
52. **Clautrier A.** L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé. *Gynécologie et obstétrique*. 2013 : 18-20.
53. **Fritel X.** Périnée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010;38(5):332-346.
54. **Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T.** Development of the maternal anal canal during pregnancy and the postpartum period: a longitudinal and functional ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012; 39(6):690-7.
55. **Shin GH, Toto EL, Schey R.** Pregnancy and post-partum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2015;110:521–9
56. **Abramowitz L.** Traumatisme anal chez la parturiente. *EMC Gynécologie*. 2007 ; 1064 (7): 45452-4.
57. **Fynes M, Donnelly V, Behan M et al.** Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. *Lancet*. 1999 ; 354(9183):983-6.

58. **Badiou W.** L'allongement de la seconde phase de travail est-il un facteur de risque indépendant d'incontinence anale du post-partum Thèse. 2008 : 152.
59. **Poskus T, Budzinskiene D, Grasutiene G, Samalavicius NE, Barkus A, Barisauskiene A et al.** hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *General obstetrics.* 2014 ;1666-71.
60. **Ferdinande K, Dorreman Y, Roelens K, Ceelen W, De Looze D.** Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum : une étude de cohorte prospective. *Colorectal Disease.*2018 ;20 :1109-16.
61. **Martin JD.** Post-partum anal fissures. *The Lancet* 1953 : 271.
62. **Corby H, Donnell VS, O'Herlihy ; O' Connell PR.** Anal canal pressures are low in women with post partum anal fissure. *Br J Sug*1997; 84: 86-8.
63. **Demaria F.** Pour la césarienne en prévention de l'incontinence anale. *Pratiques et tendances.* 2007 ; 35 : 266-68
64. **Pablo Coello A, Mills ED, Ansdell DH, Yarto ML, Zhou Q, et al.** Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires. *Am j Gastroenterol* Janvier 2006; 101:181.
65. **Holzheimer RG.** Haemorrhoidectomy: Indications and Risks. *Eur J Med Res* 2004; 9(1):18-36.
66. **Camara MLS.** Pathologie hémorroïdaire. *Rev. praticien* 2005 ; 55 : 1719-1722. :95.
67. **Damon H, Siproudhis L, Faucheron J-L, Piche T, Abramowitz L, Eléouet M, et al.** Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study. *Dig Liver Dis* 2014;46(3):237-42.

# ANNEXES

# Annexes

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom : Traore**

**Prenom : Macoura**

**Adresse email : [macouratraore11@gmail.com](mailto:macouratraore11@gmail.com)**

**Tel : (00223) 70-15-96-67**

**Titre de la thèse : pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum  
au centre de sante de référence de la commune VI**

**Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique et chirurgie générale**

**Pays : Mali**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Année de soutenance: 2021**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie.**

## Résumé

### Introduction

La grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureuses de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections proctologiques douloureuses bien moins agréables.

Les pathologies les plus fréquentes sont : les hémorroïdes, les incontinences anales et les fissures anales.

### Objectif

Etudier l'aspect diagnostique et thérapeutique des pathologies anales observées au cours de la grossesse et dans le postpartum.

**Méthodologie** Notre étude a été réalisée au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako dans le service de gynécologie-obstétrique, il

s'agissait d'une étude longitudinale, prospective et analytique .Sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> Mars 2019 au 30 Novembre 2020.

### **Résultats**

Nous avons suivi 155 patientes durant notre période d'étude, parmi lesquelles 90 femmes ont présentées au moins une pathologie anale soit 58,06%.

Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire 35(38,88%), fissure anales 29(32,22%), les incontinences anales 18(20%), pathologies anales associées 8(8,88%).

L'antécédent de maladie proctologique, les troubles du transit (constipation et diarrhée), la primigestite et la durée d'expulsion supérieure à 15 min étaient les principaux facteurs de risque. 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.

### **Conclusion**

Les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et dans la période du post partum domines par la maladie hémorroïdaire suivie de la fissure anale et de l'incontinence anale. Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique pendant la grossesse et dans le post-partum permettront de dépister ces pathologies et réduire ainsi leur fréquence.

**Mots clés : pathologie anale, grossesse, post-partum, CSREF CVI**

**FICHE D'ENQUETE :**

Pathologies anales chez la femme enceinte et du postpartum

I : Identification de la gestante Centre :

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

Numéro dossier .....

Nom : .....

Prénom : .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Antécédents

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

Q10- Antécédents Obstétricaux

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

Parité : 1 = Nullipare 2 = Primipare 3 = Paucipare ;  
4 = Multipare 5 = Grande Multipare

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

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

Décès néonatal : Oui /.../ Non/..../

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

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

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

3= suintements 4= incontinence anale

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

### III. Habitudes socio-alimentaires

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

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

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

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

#### 3. Consultation prénatale 1(CPN1) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pathologies associées à la grossesse :

1 =HTA  2 = Anémie  3 = Diabète  4= Drépanocytose  5 = Paludisme  
 6 = Infection urinaire  7 = Cardiopathie  8=VIH

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

**4. Données proctologiques :**

**5. Interrogatoire :**

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

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

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

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

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

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

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

Quantité : a : Trace  b : 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 précisé )

Q17 : Prurit anaux Oui  Non

Q18 : Suintements anaux Oui  Non

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durée de la constipation : a : Une semaine  b : Deux semaines  c : Un mois

d : Autres à préciser .....

Q22 : La diarrhée Oui/.. / Non/..../

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

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

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

## 6. 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= $\geq$ 7g/dl, 3= $\geq$  11g /dl

-Plaquettes : /\_\_\_/ 1 = normal, 2 = thrombopénie

-Leucocytes : /\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-HIV/\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-Hépatite B/\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-Rubéole/\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-Toxoplasmose/\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-CMV/\_\_\_/ 1= positive, 2= négative

-TE : 1=positif, 2=négatif

#### VI. Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à préciser

Traitements

reçu :

.....  
.....

#### vii) Consultation prénatale 2(CPN2) :

Age de la Grossesse : 2emetrimestre  3eme trimestre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Données proctologiques :

1) Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

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

d : Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durée de la constipation : a : Une semaine  b : Deux semaines  c : Un mois

d : Autres à préciser .....

Q28: La diarrhée Oui/./ Non/..../

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

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

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

2) Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale

d : Orifices fistuleux

e : Fissure anale

f : Fuite liquidienne

g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

4: Sphincter anale : a : tonique

b : Hypotonique

c : Hypertonique

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

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure

Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles

Aux gaz

5 : Fistule anale

6 : Autres à précisé

Traitements

reçu :

.....  
.....

VIII). Examen de la femme à l'admission

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

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

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

3= ≥160/110mmHg

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

MAF : /\_\_\_/ 1= présent, 2 = absent

BDCF : /\_\_\_/1= présent, 2 = absent

Présentation : /\_\_\_/ 1= Céphalique, 2= Siège, 3= Transverse

PDE /\_\_\_/ 1= intacte, 2 = rompue

Durée de rupture: /\_\_\_/ 1 = < 12h

2 = 12 - 24h,

3 = >24h

Couleur du liquide amniotique : /\_\_\_/ 1= Clair , 2= Teinté,

3 = sanguinolent

Bishop : /\_\_\_/ 1 < 7 ; 2 ≥ 7

- Maturation cervicale /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

-Déclenchement : /\_\_\_/ 1= Spontané, 2= Artificiel

-Médicament utilisé : /\_\_\_/ 1= Prostaglandine, 2= Ocytocine

3= Ocytocine+ Prostaglandine, 4= Autres

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

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

-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 associées à l'accouchement : HTA [] Diabète [] Eclampsie []

Placenta prævia [] Nœud du cordon [] Chorioamniotite []

#### IX. Examen du nouveau-né

Fœtus : vivant [] décède []

Sexe : /\_\_\_/ 1 = masculin ; 2 = féminin

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

Poids du fœtus en g: / ..... /

Taille en cm : /...../

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

#### X) Examen proctologique du postpartum :

1) Interrogatoire :

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

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

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

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

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

d : Permanente []

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durée de la constipation : a : Une semaine  b : Deux semaines  c : Un mois

d : Autres à préciser .....

Q30 : La diarrhée Oui/.. / Non/..../

Type de selle a : Liquidienne  b : Glaireuse

c : Glaire-sanglante  c : Sanglante

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

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

Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale  d : Orifices fistuleux

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

Palpation et Toucher Rectal :

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

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

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

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

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

Diagnostic Retenu :

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à préciser

XI- Satisfaction de la suivie :

7. Examen proctologique : Très bien  Bien  Pas d'avis  Désaccord

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.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**Je le jure !**