

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

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



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020 N°.....

**THESE**

**PATHOLOGIES ANALES PENDANT LA  
GROSSESSE ET LE POST PARTUM :  
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT AU  
CS REF DE KALABAN CORO**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2021 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Issa KONE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président** : Pr Adégné TOGO  
**Membres** : Dr Brahim BAMB  
: Dr Amadou BOCOUM  
**Co-directeur** : Dr Bocary Sidi KONE  
**Directeur** : Pr Youssouf TRAORE

**DEDICACE  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES :**

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS  
MISERICORDIEUX.

**« GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris.**

**Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage ».**

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je remercie Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

Je loue son prophète Mohamed (paix et salut sur lui), qui nous incite à la recherche.

Après avoir rendu grâce à DIEU ;

Je dédie ce travail :

### **A mon père : Botié KONE**

Je ne saurai jamais te remercier à juste valeur, l'éducation que tu m'a donnée a été la meilleure et je remercie le bon Dieu de m'avoir donné le privilège d'être ton fils, tu as inculqué en nous, la cohésion, le travail, le partage, la justice et l'équité. Si je suis arrivé là c'est grâce à toi, ce travail est le tien, et merci pour tout Père puisse le bon Dieu te donner longue vie.

### **A mes mères chéries : Madian Keita et Safiatou Ouologuème**

Vous êtes les meilleures des mamans. Je ne saurai jamais vous remercier pour tout ce que vous faites pour mes frères et moi. Vôtres amours, vôtres tendresses, vôtres affections maternelles ne nous a jamais manqué.

Vous avez tant souffert pour nous rendre heureux. Vous avez toujours été des mères courageuses et dévouées pour la cause de vos enfants. Que ce travail soit un réconfort et de fierté pour vous mais aussi de témoignage de ma plus grande

reconnaissance. Que le Miséricordieux vous donne une bonne santé et vous garde aussi longtemps auprès de nous.

**A mes grands frères : Mamadou KONE, Boureima B KONE et Moussa KONE**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut.

Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Ce que vous avez fait pour moi est fait devant Dieu, je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

**A ma femme chérie : Korotoumou Diallo**

Ma très chère merci pour ton soutien.

Que Dieu le tout puissant bénisse notre couple, nous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur. Amen

**A mon oncle : Colonel Fako KONE**

Tes conseils ainsi que tes Bénédiction m'ont été vraiment utiles. C'est l'occasion pour moi de te rappeler toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

**A ma tante : Sounoukou KONE**

Femme d'immense générosité. Cette thèse est le fruit de tes efforts et c'est l'occasion pour moi de te rappeler toute ma reconnaissance.

## **Remerciements :**

### **A l'Afrique toute entière**

Que la recherche de la paix et du développement soient la priorité de tes fils.  
Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

### **A mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.  
Profonde gratitude à toi, mon cher Maliba.

### **A la FMOS :**

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis :

### **A mes enseignants du premier et second cycle de l'école fondamentale ASG de Sabalibougou et du Lycée Massa Makan Diabaté de Baco-Djicoroni :**

Merci pour la qualité de votre enseignement. Je ne cesserai de vous remercier

### **Au corps professoral de la FMOS**

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

**A tous mes tontons et tantes, frères et sœurs** Accepter le travail de votre fils et frère.

**A toutes les familles KONE de Bamako, Bougouni et Nafandougou(Djèra),**  
tous mes remerciements et reconnaissances.

**A tout le personnel du CS Ref de Kalaban Coro :** Médecins, infirmiers, manœuvres. Vous avez rendu mon séjour au service très agréable et

enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre soutien. Je n'oublierai jamais les instants passés avec vous.

**A mes camarades de la 10<sup>ème</sup> promotion du numérus clausus.**

A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers, et que je n'ai pas pu nommer ici car vous êtes si nombreux, de même à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, MERCI à tous du fond du cœur.

**A tous nos aînés du CS Ref de Kalaban Coro :** Dr Dembélé Fatoumata MAIGA, Dr GANABA Souleymane, Dr SISSOKO Founeke, Dr TRAORE Mariam, Dr COULIBALY Dossé, Dr DIARRA Joseph Taré.

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficié. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiés.

**Aux internes et externes du centre de santé de référence de Kalaban Coro :** GOITA Dramane, DIARRA Koussé, SAMAKE Kalilou, DONOGO Birama, TRAORE Dramane, COULIBALY Youssouf, COULIBALY Mamadou Badian, DIANE Ousmane, DJIRE Alassane, DJIGUIBA Ibrahim, GOITA Daouda, DIAKITE Mahamadou, DIAKITE Demba.

Merci pour tout le bon moment passé ensemble, pour votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

**A toutes les sages-femmes du CS Ref de Kalaban Coro :** Recevez ici mes sincères salutations, les mots me manquent pour vous remercier pour tous ce que vous avez faits pour moi.

**A toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail : A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ont été omis, l'erreur est humaine, je vous porte tous dans mon cœur. Merci.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**



A notre Maître et Présidente du Jury

**Professeur Adégné TOGO**

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

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le bon Dieu, vous accorder une longue vie et une très bonne santé.

A notre Maître et Membre de jury

**Dr Brahim BAMBA**

- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ✓ **Ancien Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Bougouni**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de Kalaban-coro**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Chirurgie(SOCHIMA).**

**Cher Maître**

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité. Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect. Que le tout puissant vous accorde longue vie Amen !

**A notre Maître et membre du Jury**

**Docteur Amadou Bocoum**

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

**Cher Maitre**

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

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

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

A notre Maitre et Co-directeur:

**Dr Bocary Sidi KONE**

- **Médecin gynécologue obstétricien au CS Réf de Kalaban Coro**
- **Ancien faisant fonction d’interne des hôpitaux de Paris**
- **Titulaire de diplôme de DFMSA en gynécologie médicale**
- **Titulaire de diplôme inter universitaire en échographie gynécologique et obstétricale à Paris**
- **Titulaire de diplôme inter universitaire de cœlioscopie gynécologique en France**
- **Membre du collège français de gynécologie obstétrique**
- **Membres de MSF en France**

**Cher maître**

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissés indifférents.

Votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, sachez que même l’usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de Thèse

**Professeur Youssouf TRAORE**

- **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur,**

**Cher maître,**

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. L'accueil que vous nous avez réservé ne nous a pas laissé indifférent. Votre gentillesse, votre chaleur humaine, votre ardeur et votre rigueur scientifique font de vous un homme aux qualités indéniables.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous prête longue vie et santé.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>%</b>	: Pourcentage
<b>&lt;</b>	: Inferieur
<b>&gt;</b>	: Supérieur
<b>AINS</b>	: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>Ant</b>	: Antérieur
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>Al</b>	: Alliés
<b>CSRéf</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>Ddl</b>	: Degré de liberté
<b>Eff</b>	: Effectif
<b>FA</b>	: Fissure anale
<b>Fig</b>	: Figure
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie
<b>MH</b>	: Maladie hémorroïdaire
<b>N</b>	: Nombre
<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>X<sup>2</sup></b>	: Khi carré
<b><math>\alpha</math></b>	: Alpha

<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>cm</b>	: Centimètre
<b>FMOS</b>	: Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
<b>g</b>	: Gramme
<b>H</b>	: Heure
<b>Min</b>	: Minute
<b>ml</b>	: millilitre
<b>mm</b>	: millimètre
<b>P</b>	: Probabilité
<b>Post</b>	: Postérieur
<b>THE</b>	: Thrombose hémorroïdaire externe
<b>TR</b>	: Toucher rectal

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

### **Liste des figures**

<b>Figure 1</b> : Coupe frontale du canal anal .....	9
<b>Figure 2</b> : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme .....	13
<b>Figure 3</b> : Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal .....	16
<b>Figure 4</b> : Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal .....	17
<b>Figure 5</b> : Déchirure périnéale 1 <sup>er</sup> degré .....	33
<b>Figure 6</b> : Déchirure périnéale 2 <sup>e</sup> degré .....	33
<b>Figure 7</b> : Déchirure du 3 <sup>ème</sup> degré .....	33

### **Liste des tableaux**

<b>Tableau I</b> : Score de Jorge et Wexner .....	28
<b>Tableau II</b> : Classification des déchirures périnéales .....	32
<b>Tableau III</b> : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la pathologie anale. ....	45
<b>Tableau IV</b> : Répartition des femmes selon les signes fonctionnels .....	46
<b>Tableau V</b> : Répartition des femmes selon les données de l'examen proctologique. ....	47
<b>Tableau VI</b> : Répartition des femmes selon la pathologie anale retrouvée .....	47
<b>Tableau VII</b> : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques .....	48
<b>Tableau VIII</b> : Analyse univariée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire. ....	48
<b>Tableau IX</b> : Analyse univariée des facteurs de risque de la fissure anale. ....	49
<b>Tableau X</b> : Analyse univariée des facteurs de risque d'incontinence anale. ....	49
<b>Tableau XI</b> : Analyse multivariée des facteurs de risque statistiquement significatifs de la maladie hémorroïdaire. ....	50

<b>Tableau XII</b> : Analyse multivariée des facteurs de risque statistiquement significatifs de la fissure anale. ....	50
<b>Tableau XIII</b> : Analyse multivariée des facteurs de risque d'incontinence anale. ....	51
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des patientes selon la prise en charge de la pathologie anale en fonction des périodes de la gravidité-puerpéralité.....	51
<b>Tableau XV</b> : Fréquence des pathologies anales selon quelques auteurs.....	54

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
Objectif général : .....	2
Objectifs spécifiques : .....	2
<b>II. GENERALITES</b> .....	4
1. Définitions .....	4
2. Rappels anatomiques de l'utérus.....	4
3. Rappel anatomique du Rectum .....	6
3.1. Anatomie descriptive .....	6
3.2. Les rapports.....	14
3.3. Vascularisation.....	15
3.4. Innervation du canal anal .....	18
3.5. Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif.....	18
4. Les pathologies anales.....	19
4.1. La maladie hémorroïdaire .....	19
4.2. La fissure anale .....	24
4.2.4. Prise en charge .....	26
4.3. Incontinence anale.....	27
4.4. Abscès anal :.....	37
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	40
<b>IV. RESULTATS</b> .....	45
1. Incidence.....	45
2. Aspects cliniques des pathologies proctologiques : .....	46
3 Etude analytique .....	48
4. Prise en charge de la pathologie anale.....	51
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	53
1. Approches méthodologiques .....	53



2. Incidences : .....	53
3. Facteurs de risques.....	54
4. Aspects cliniques .....	55
4.1. Maladie hémorroïdaire .....	55
4.2. Fissure anale.....	56
4.3. Incontinence anale.....	57
5. Prise en charge.....	57
5.1 Maladie hémorroïdaire .....	57
5.2. Fissure anale.....	58
5.3. Incontinence anale.....	58
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>60</b>
Conclusion .....	60
Recommandations .....	61
<b>VII. REFERENCES .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>70</b>
Fiche signalétique .....	70
Fiche d'enquête .....	71
Serment d'Hippocrate.....	79

# 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 anales [1]. Un tiers des femmes développent une lésion anale après un accouchement. Il s'agit essentiellement de thromboses hémorroïdaires (TH) et de fissures anales (FA) pouvant être responsables soit d'un inconfort majeur, soit de douleurs importantes[2]. Moins de 50% des femmes sont informées de ces pathologies potentielles [3].

Dans la plupart des cas, leur diagnostic est tardif et leur prise en charge est inadaptée ou inappropriée.

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

En France, une étude réalisée à l'hôpital Bichat chez 165 femmes enceintes, en 2002 retrouvait à l'examen proctologique, une prévalence de 44,4% de pathologies anales [2].

Mac Arthur et al [4] en 1991 considèrent que les accouchements traumatiques avec extraction par forceps, une durée d'expulsion prolongée et un gros fœtus accroissent le risque de complications hémorroïdaires.

La période du post-partum immédiat est la plus propice aux thromboses avec 20% versus 8% des femmes au cours du troisième trimestre de la grossesse.

La pathologie anale est probablement sous-estimée en Afrique du fait des tabous, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'information [5]. La constipation est le facteur de risque principal de ces pathologies proctologiques [2].

La prévalence de la constipation est augmentée au cours de la grossesse affectant environ un tiers des femmes [6].

C'est ainsi que nous avons entrepris ce travail au CS Réf de Kalaban Coro, afin de déterminer les aspects épidémioclinique et prise en charge des pathologies anales au cours de la grossesse et dans le post-partum.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

Etudier les pathologies anales au cours de la gravidopuerpéralité au CS Réf de Kalaban Coro.

### **Objectifs spécifiques :**

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

# **GENERALITES**

## **II. GENERALITES**

### **1. Définitions**

La pathologie anale est selon le Robert, une science liée à la physiologie et à l'anatomie, qui a pour objet l'étude et la connaissance des maladies de l'anus. La proctologie étant la spécialité des maladies de l'anus et du rectum [(7)].

### **2. Rappels anatomiques de l'uterus : [(8)]**

#### **2.1. Anatomie descriptive :**

##### **2.1.1. Définition :**

L'utérus, mot latin, métro en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminin destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturation. Il subit des modifications morphologiques et fonctionnelles profondes pendant la grossesse mais d'ordinaire sa muqueuse est le siège de modifications cycliques qui aboutissent aux règles ou menstrues. (7)

##### **Situation :**

C'est un organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie.(2)

##### **2.1.2. Caractères morphologiques de l'utérus gravide :(9)**

L'utérus gravide est un utérus contenant le concept.

**A terme**, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : corps, le segment inférieur et le col.

Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

- Les ventres constitueraient le corps ;
- Les tendons, le segment inférieur ;
- Et les insertions, le col.

Comme tout tendon, le segment inférieur transmet et module les contractions du corps vers le col.

➤ **Le corps utérin : (10)**

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

➤ **Situation du fundus utérin :** En début de grossesse, il est pelvien.

A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

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

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic.
- A terme, il est à 32cm du pubis.

➤ **Le segment inférieur**

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

Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

A terme il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur. (11)

➤ **Le col utérin**

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Les orifices (interne et externe) restent fermés jusqu'au début du travail sauf souvent chez la multipare où l'orifice externe peut rester déhiscent.(12)

### 2.1.3. **Rapports anatomiques de l'utérus gravide :**(9)

#### ➤ **Les rapports anatomiques du corps utérin**

Au cours de la grossesse les rapports de l'utérus augmentent avec l'âge gestationnel :

- En avant la paroi abdominale.
- En arrière la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale
- En haut le grand omentum et le colon transverse
- A droite le colon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme
- A gauche les anses et le colon sigmoïde qui recouvre l'annexe gauche

#### ➤ **Les rapports anatomiques du segment inférieur :** (13)

- **La face antérieure** : La vessie est le rapport essentiel. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel
- **La face postérieure** : Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto utérin devenu plus profond, au rectum.
- **Les faces latérales** : Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien.

## 3. **Rappel anatomique du Rectum(14)**

### 3.1. **Anatomie descriptive**

#### 3.1.1. **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'anus ;
- Sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus 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.

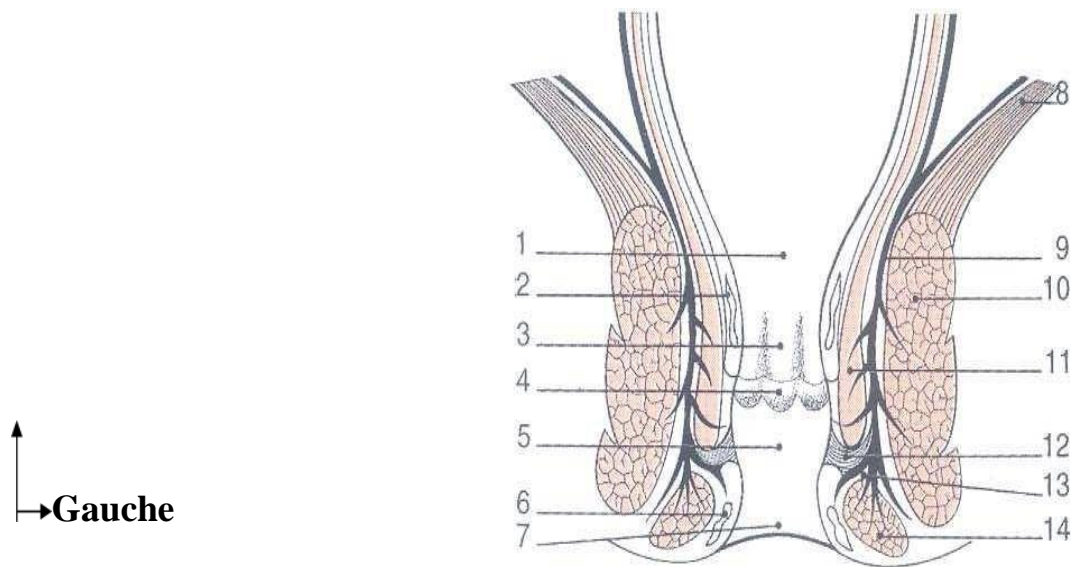
Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien avec le muscle releveur de l'anus.(15)

### **3.1.2. 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, mat, 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 gris bleuté.



**Figure 1** : Coupe frontale du canal anal[19]

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.

### 3.1.3. 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 [(18)].

#### a- 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 [(19)].

### **b- 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)]

### **c- Le muscle releveur de l'anus ou muscle levatorani**

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

- **Musclepubo-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 rectum [(21)].

#### **d- Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani**

Il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anوس. Il irradie de l'anوس vers son sphincter externe ; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anوس. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [(22)].

#### **e- Le corps caverneux et le muscle canalisani**

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.(23)

#### **f- La couche longitudinale complexe**

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

##### **3.1.4. 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.(24)

**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.(25)

**c- La fosse ischio-rectale**

Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum.

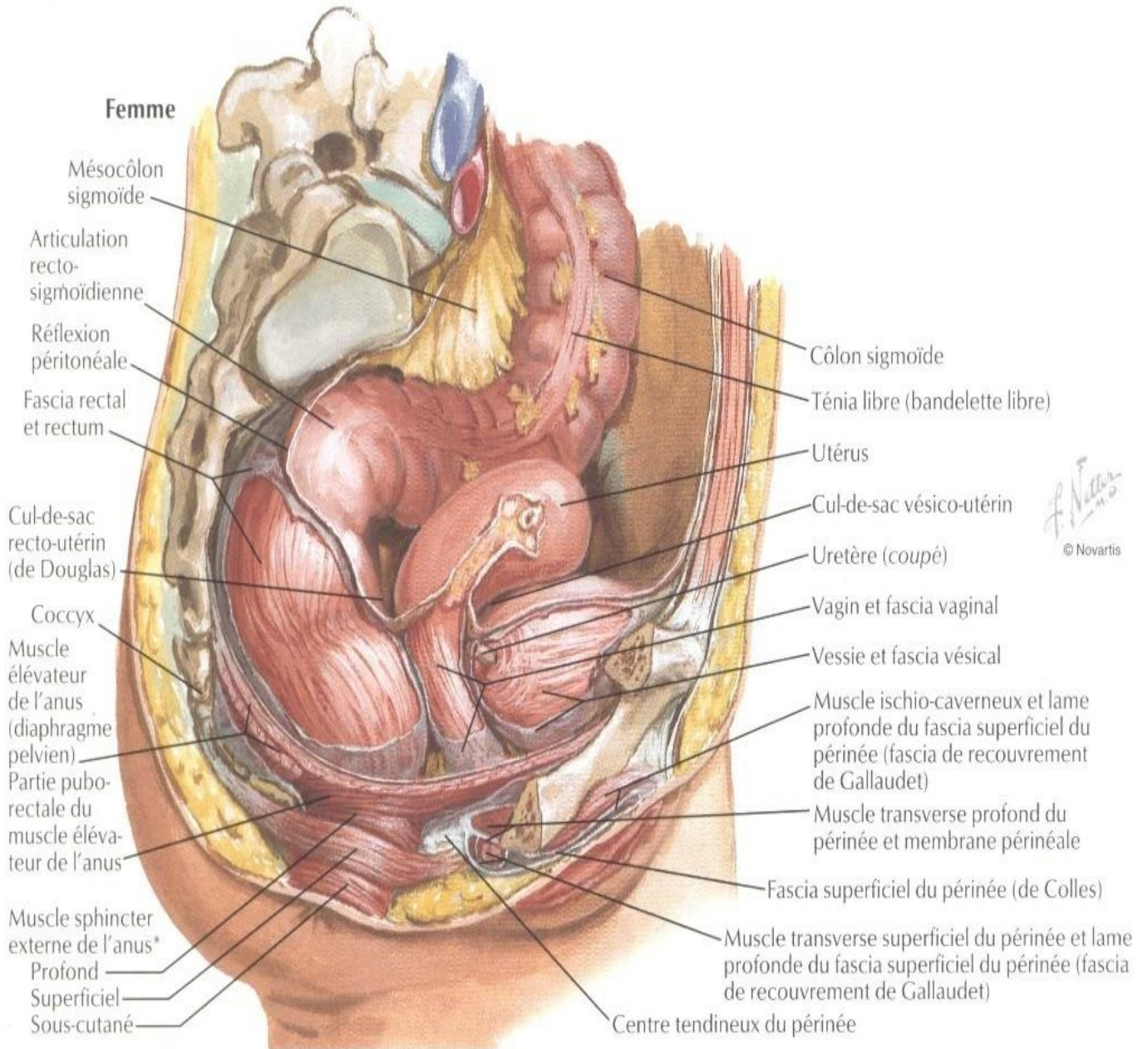
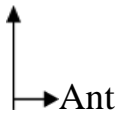
**d- L'espace postérieur du releveur de Courtney :**

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 (26).

Crânial



\* Parties variables et souvent indistinctes

**Figure 2** : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme [(8)]

### **3.2. Rapports[(24)]**

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.



### **3.3. Vascularisation**

#### **3.3.1. Vascularisation artérielle**

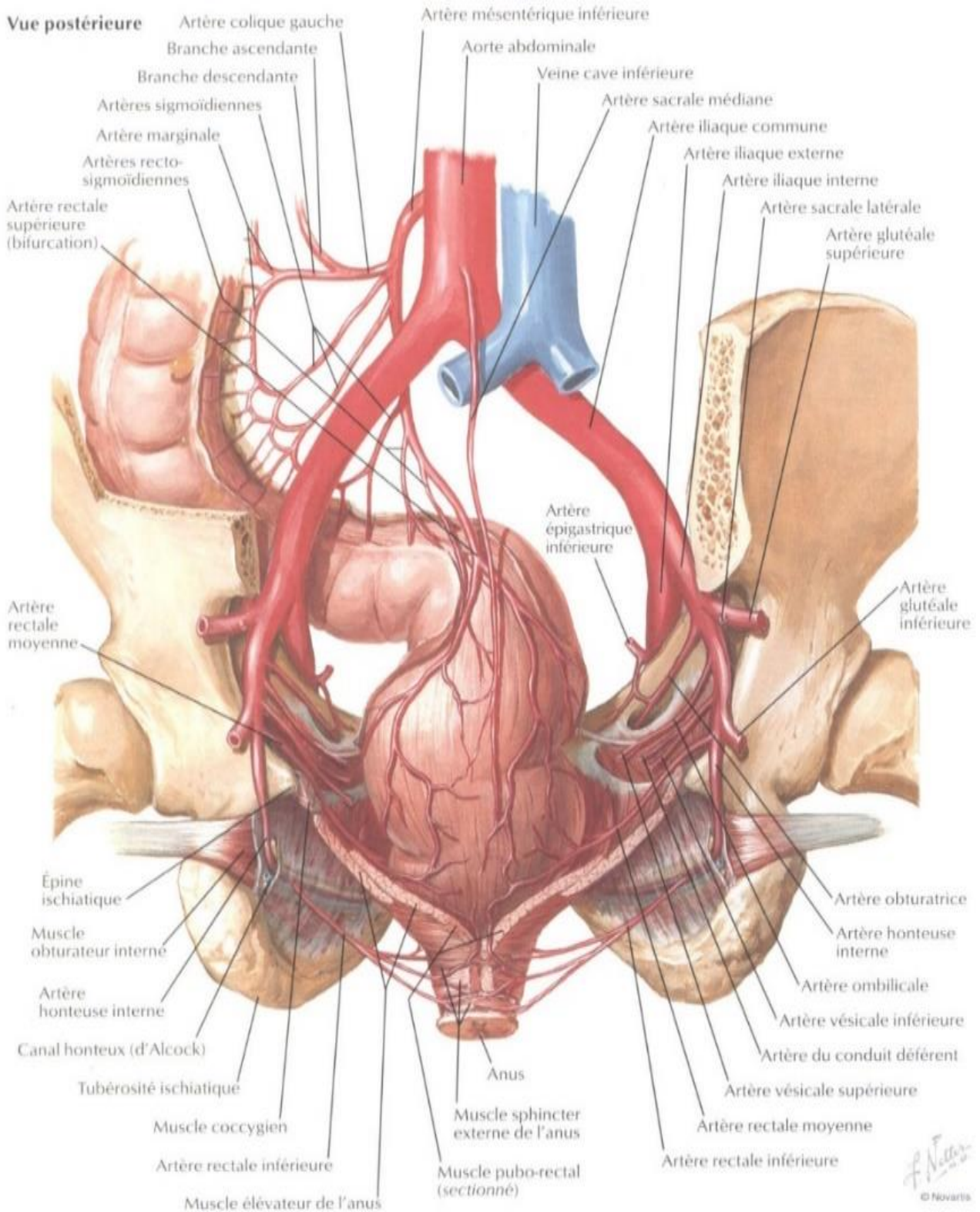
##### **-L'artère rectale supérieure ou artère rectalis superior**

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(27).

- **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 [(28)].

Crânial

↑  
→Gauche

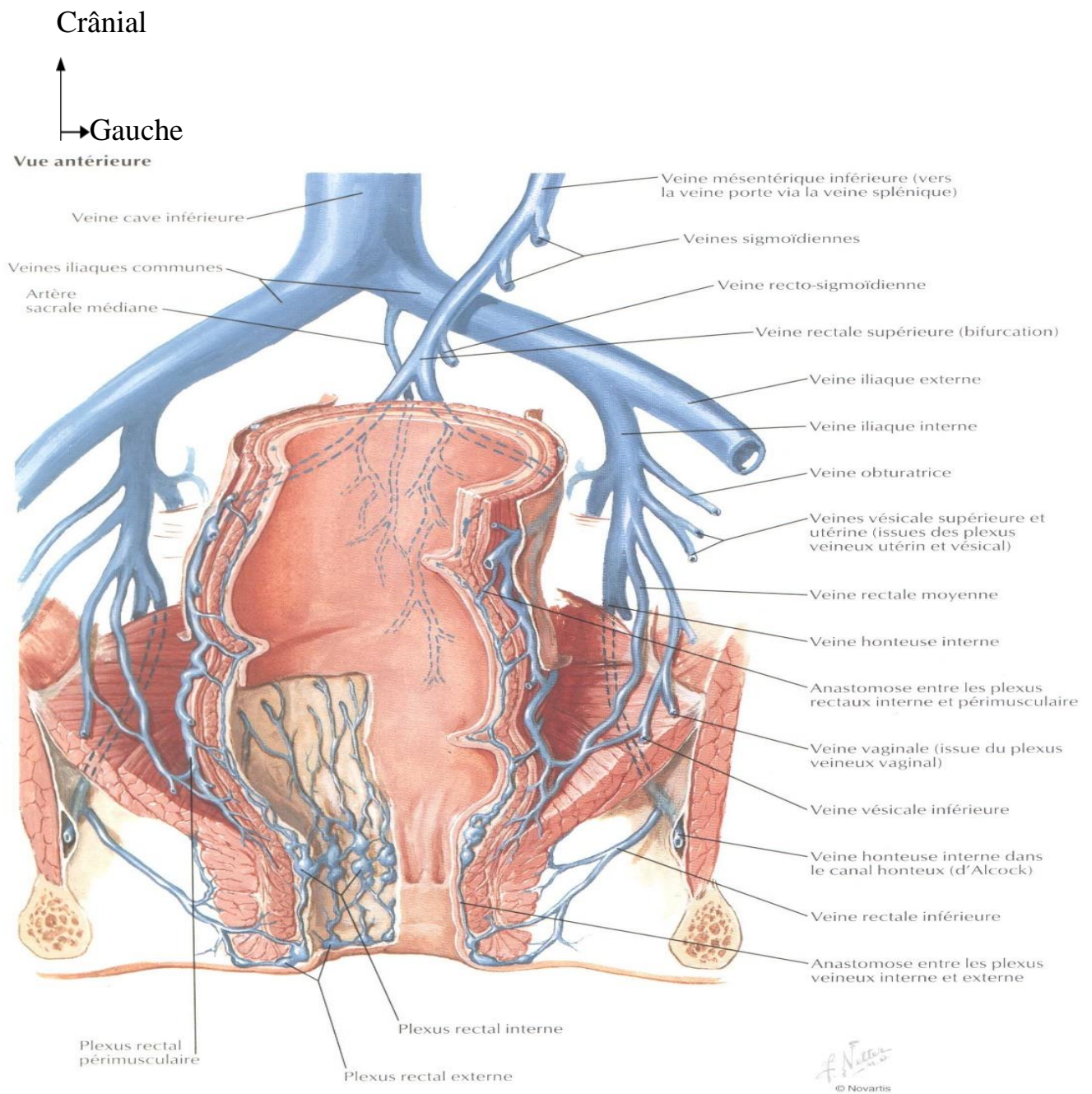


**Figure 3** : Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal[(29)]

### 3.3.2. 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 [(30)].



**Figure 4** : Vascularisation veineuse du rectum et du canal anal[(31)]

### 3.3.3. 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 [(32)].

### 3.4. Innervation du canal anal[(33)]

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.**

### 3.5. Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif [(34)]

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.

## **4. Les pathologies anales**

### **4.1. La maladie hémorroïdaire**

**4.1.1. Définition** Les hémorroïdes du grec « Hémorroïden » sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [(33)].

#### **4.1.2. Signes cliniques**

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.

Les femmes souffrantes de cette affection ont eu fréquemment une ou plusieurs grossesses[(35)].

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 [(24)].

➤ **Les hémorroïdes internes** se manifestent principalement par un saignement (rectorragie) et/ou un prolapsus ou procidence [(36)].

- **La rectorragie** : elle est indolore, variable dans sa fréquence et augmente avec la taille et l'inflammation des paquets hémorroïdaires[(37)]. 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 [(38)].

- **Le prolapsus hémorroïdaire** : s'extériorisant à la marge anale, il peut être perçu comme la sensation d'une masse lors de la défécation[(39)] permanent ou intermittent et parfois peut être responsable d'un suintement ou d'un saignement pouvant provoquer une irritation cutanée péri anale cause de prurit. [(40)].

➤ **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 [(3)].

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

#### **4.1.3. 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 [(32)]. 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 [(41)] (3 heures, 7heures, et 11heures) 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 [(42)].

#### **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 [(43)].

**La dyschésie** est un facteur indépendant augmentant le risque de survenue d'une crise hémorroïdaire au cours de la grossesse [(15)]. 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. 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 (4).

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**(40)

- **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.
- **Prise en charge** :

La prévention de la maladie hémorroïdaire pendant la grossesse passe par une alimentation riche en fibres qui 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.(44)

**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 [(45)].

Le traitement est donc le plus souvent médical. Il doit toujours contenir un régulateur du transit [(44)], 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 , 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.(46)

**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 .

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 niveau2.(47)

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 [(3)].

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 [(48)]. 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 . En effet, les interventions partielles sont réalisées sous simple anesthésie locale(49).

## **4.2. La fissure anale (1)**

### **4.2.1. Définition**

C'est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal [(50)].

### **4.2.2. Signes cliniques**

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(25)

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(51).

### **4.2.3. 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(49) ;

- **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.(14)

- **Les fissure jeunes** : parfois saignantes, les bords sont nets et fins, le fond est plat avec dans bien des cas une papille hypertrophiée intracanalair.
- **Dans les fissures anciennes évoluées** : les bords sont scléreux, décollés, le fond est creusant, et même strié transversalement par les fibres du sphincter interne, reconnaissable par sa couleur blanc-nacré.
- **Dans les fissures infectées**: les bords sont largement suppurants et décollés. L'aspect est celui d'une véritable fistule anale, avec un abcès à la crypte.

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

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

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

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

L'irradiation peut se faire vers les fesses, les organes génitaux externes, les cuisses. Les autres signes sont constants : saignements (85% des cas), prurit marginal (60% des cas), constipation réflexe (25% des cas).

Le déplissement des plis radiés de l'anus permet de voir la fissure en forme de raquette à bords nets, à fond rouge, souvent commissurale postérieure [(35)].

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 [(50)].

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 ( $p < 0,01$ )[(21)].

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)(41).

#### 4.2.4. **Prise en charge** (3)

Le traitement conservateur comprend : un laxatif, l'application d'anesthésiant local (lidocaïne sous forme de suppositoires ou de crème), un bain chaud de siège et l'application locale de nifédipine (0,2-0,5 %). Elle présenterait moins d'effets

secondaires (céphalées) et serait plus efficace que le trinitrate de glycérylétique. 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 (20).

### **4.3. Incontinence anale**

#### **4.3.1. Définition**

Il s'agit d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides(50).

**L'incontinence fécale (IF)** : est définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides par l'anus, à l'exclusion de pertes isolées de gaz ou de glaires(40).

#### **4.3.2. Signes cliniques**

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 (22).

- **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(52). 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 [45]. 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(53).

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(51).

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

<b>Fréquence des pertes</b>	<b>Jamais</b>	<b>&lt; 1/mois</b>	<b>&lt; 1/Semaine</b>	<b>&gt;1/semaine</b>	<b>1/jour</b>
<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 (23).

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. 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 (15).

### **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 (54).

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 .

#### ➤ **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 (44).

#### ➤ **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) (40).



**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(36).

**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 (38).

**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 (39). Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'urgence à la défécation.

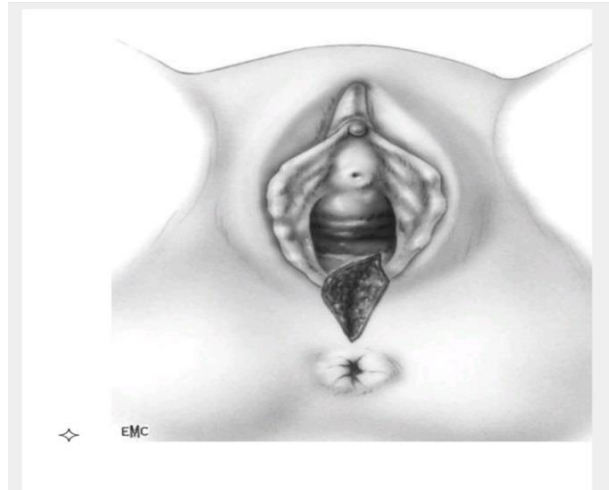
- **Les ruptures sphinctériennes** peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement ou rester occultes et se révéler secondairement lors d'un bilan d'IA (14).

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

**Tableau II** : Classification des déchirures périnéales(55)

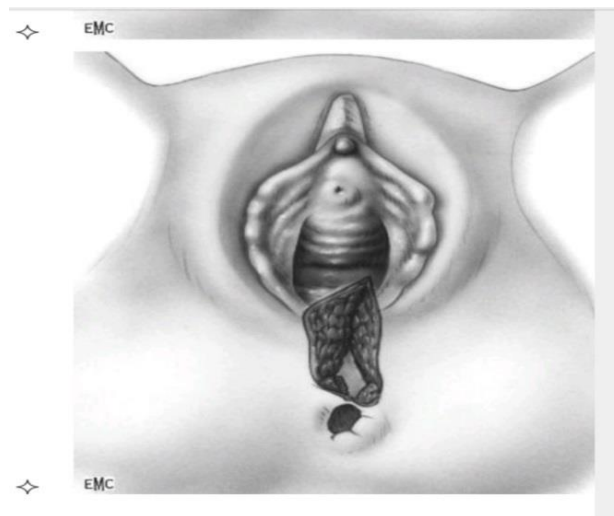
Lésions	Classification anglo-saxonne	Classification française
Déchirure périnéale simple <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagin, vulve, peau</li> <li>- Centre tendineux du périnée, muscle</li> </ul>	1 <sup>er</sup> 2 <sup>ème</sup> degré	1 <sup>er</sup> degré
Déchirure périnéale incomplète Sphincter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

AntAnt  
↑  
→ Gauche

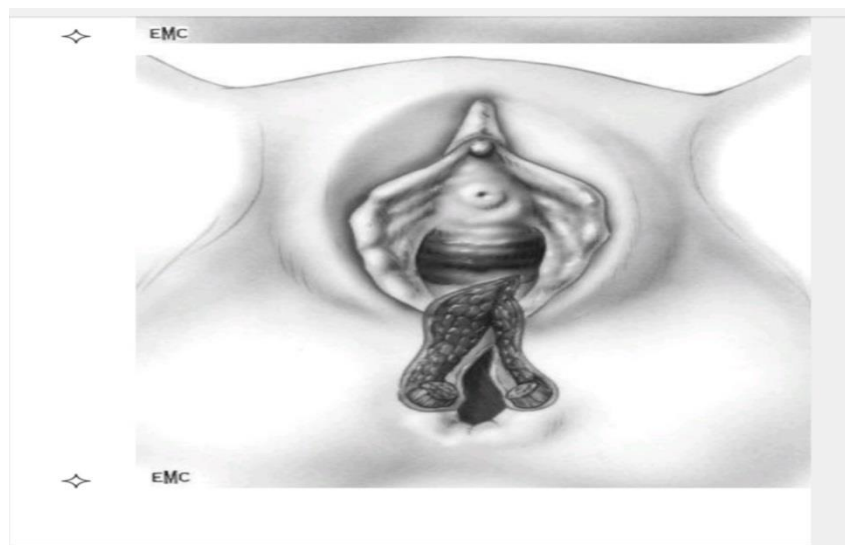


**Figure 5** : Déchirure périnéale 1<sup>er</sup> degré [53]

AntAnt  
↑  
→ Gauche



**Figure 6** : Déchirure périnéale 2<sup>e</sup> degré



**Figure 7** : Déchirure du 3<sup>ème</sup> degré (31)

- **Les déchirures occultes** asymptomatiques 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 (56).
- **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 (4).
- **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(18).

#### - **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

#### - **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

- **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 .

2.1.1. **Prise en charge de l'incontinence anale (48)**

- **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 :(36)**

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 du sphincter 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.

**4.4. Abcès anal :**

**4.4.1. Signe cliniques (29)**

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 (30).

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 diagnostic 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(19)

#### **4.4.2. Prise en charge (52):**

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 sétou 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'étude**

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Kalaban-Coro

##### **1.1. Population d'étude**

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant effectué leur suivi de la grossesse et du post-partum à l'unité de gynécologie obstétrique du CS Réf de Kalaban Coro pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à cette étude.

#### **2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique mono centrique avec enquête prospective des données.

L'étude s'est déroulée sur une période de 9 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2019.

#### **3. Echantillonnage**

##### **Critères d'inclusion.**

Ont été incluses dans cette étude, toutes les gestantes ayant débuté leur suivi de la grossesse au premier trimestre et qui ont accouché dans notre service qu'elles présentent de pathologies anales au non.

##### **Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses :

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

- Toutes les gestantes ayant fait un avortement, ou qui ont été référée dans un CHU au cours de l'étude.

### **Technique d'échantillonnage**

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de toutes les gestantes répondant aux critères d'inclusion.

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= 1-p

I= Risque d'erreur.

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

## **5. Collecte des données**

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

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête à partir des :

- Dossiers obstétricaux ;
- Carnets de CPN ;
- Registres d'anesthésie ; et
- Registres d'accouchement ;

### **Variables étudiées**

Les variables étudiées ont été l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, les habitudes alimentaires, la parité, les troubles de transit, les antécédents de maladie proctologique, la durée d'expulsion, la voie d'accouchement, le poids du nouveau-né, les déchirures périnéales, l'accouchement instrumental, les signes cliniques, le diagnostic et le traitement.

## **6. Déroulement de l'enquête**

La méthodologie utilisée pour cette étude sera la recherche des pathologies anales chez la femme enceinte. Chacune d'elles bénéficieront d'un examen obstétrical et proctologique au 1er, 3ème trimestre de la grossesse et dans le postpartum :

L'examen clinique proctologique a été réalisé sur une table d'examen, patiente en position genou-pectorale ou en décubitus latérale gauche.

- Le premier temps de l'examen a été l'observation de l'anus (Inspection) qui s'est effectué en dépliant les plis radiés permettant d'observer une éventuelle fissure ; une fistule ; une tuméfaction ; une thrombose hémorroïdaire ; un condylome. Nous avons fait demander aux patientes de pousser pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales comme les hémorroïdes internes qui se prolapsent ; une tuméfaction ou un prolapsus rectal.
- Le deuxième temps de l'examen comportait la palpation du bord de l'anus et un toucher ano-rectal à la recherche d'une anomalie telle que : une tuméfaction ; une douleur ; ou un orifice de la fistule anale. Ce toucher a permis également d'évaluer le tonus des sphincters anaux
- La troisième étape a été l'anuscopie permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal ; une fissure endo-canalair ; un cancer endo-canalair et le bas rectum. Cette troisième étape a été faite pour les femmes qui présentent une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

## **7. Analyse et traitement des données**

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

Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher et le test de MantelHaenszel avec un seuil de significativité fixé à 5%.

## 8. Définitions opérationnelles

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

## 9. Aspects éthiques

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

# RESULTATS

## IV. RESULTATS

### 1. Incidence

Nous avons recensé 151 gestantes sur 2425 patientes qui ont accouché dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de Kalaban Coro, soit une moyenne de 269,44 accouchements par mois, 2103avaient accouché par voiebasse et 322 par césariennes.

Les 151 gestantes ont été suivies du 1<sup>er</sup> trimestre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. Parmi ces gestantes, 88 (58,27%) ont présenté une pathologie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été : la maladie hémorroïdaire (30,68%), la fissure anale (30,68%), l'incontinence anale(27,27%) et les pathologies anales associées (11,36%).

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

Pathologies Anales	Moment de diagnostic			Total n(%)
	Premier trimestre n(%)	Troisième trimestre n(%)	Post-partum n(%)	
Fissure anale	3(3,4)	10(11,36)	14(15,9)	27(30,68)
Maladie hémorroïdaire	3(3,4)	11(12,5)	13(14,77)	27(30,68)
Incontinence anale	6(6,81)	5(5,68)	13(14,77)	24(27,27)
Pathologies associées	0(0)	1(1,13)	9(10,22)	10(11,36)
<b>Total</b>	<b>12(13,63)</b>	<b>27(30,68)</b>	<b>49(55,68)</b>	<b>88(100)</b>

Les pathologies multiples étaient : MH+FA(4), MH+FA+IA(3), MH+IA(2), FA+IA(1).

## 2. Aspects cliniques des pathologies proctologiques :

### 2.1. Signes cliniques des pathologies proctologiques

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

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>1<sup>er</sup> trimestre (%)</b>	<b>3<sup>ème</sup> trimestre (%)</b>	<b>Post partum (%)</b>
Constipation	46 (30,46)	78 (51,65)	28 (18,54)
Diarrhée	6 (3,97)	9 (5,96)	22 (14,56)
Douleur anale	4 (2,64)	15 (9,93)	30 (19,86)
Prurit anal	1 (0,6)	6 (3,97)	6 (3,97)
Rectorragies	2 (1,32)	4 (2,64)	4 (2,64)
Suintement anal	0(00)	3 (1,98)	3 (1,98)
Fuite de gaz	6 (3,97)	11 (7,28)	24 (15,89)



**Tableau V** : Répartition des femmes selon les données de l'examen proctologique.

<b>Données de l'examen proctologique</b>	<b>1<sup>er</sup> trimestre (%)</b>	<b>3<sup>ème</sup> trimestre (%)</b>	<b>Post partum (%)</b>
Plaie fissuraire	3 (1,98)	11 (7,28)	25 (16,55)
Cicatrice d'épisiotomie	35 (23,17)	35 (23,17)	39 (25,82)
Douleur anale au toucher rectal	5 (3,31)	23 (15,23)	42 (27,81)
Hypertonie sphinctérienne	3 (1,98)	11 (7,28)	25 (16,55)
Hypotonie sphinctérienne	6 (3,97)	11 (7,28)	20 (13,24)
Toucher rectal hémorragique	2 (1,32)	4 (2,64)	4 (2,64)

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

<b>Pathologie anale retrouvée</b>	<b>1<sup>er</sup> trimestre (%)</b>	<b>3<sup>ème</sup> trimestre (%)</b>	<b>Post partum (%)</b>
Maladie hémorroïdaire	3 (25)	11 (33,33)	15 (25,42)
Fissure anale	3 (25)	10 (30,30)	16 (27,11)
<b>Incontinence anale</b>	<b>6 (50)</b>	11 (33,33)	18 (30,5)
Pathologie anale associée	0(00)	1 (3,03)	10 (16,94)

**Tableau VII** : Relation entre les pathologies anales retrouvées et les signes cliniques

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Pathologies anales</b>		
	Maladie hémorroïdaire (n=39)	Fissure anale (n=39)	Incontinence anale (n=41)
Constipation	23	23	3
Diarrhée	6	4	10
Douleur anale	9	29	0
Rectorragie	5	4	0

### 3 Etude analytique

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

<b>Facteur de risque</b>	<b>Maladie hémorroïdaire</b>		<b>Total (%)</b>	<b>P</b>
	<b>Oui (%)</b>	<b>Non (%)</b>		
<b>Constipation</b>	<b>9(32,14)</b>	<b>19 (67,86)</b>	<b>28 (100)</b>	<b>0,000</b>
<b>Diarrhée</b>	<b>6 (27,23)</b>	<b>16 (72,73)</b>	<b>22 (100)</b>	<b>0 ,003</b>
Grande Multiparité	1(6,25)	15(93,75)	16(100)	0,602
Primiparité	3(6,52)	43(93,48)	46(100)	0,353
Age >30ans	4(10,26)	35(89,74)	39(100)	0,937
Accouchement par VB	14(9,79)	129(90,21)	143(100)	0,803
Poids Fœtal (2500-4000)	15(10,07)	134(89,93)	149(100)	0,636
Durée de la période expulsive > 20min	2(18,18)	9(81,82)	11(100)	0,342

Les facteurs qui ont eu un impact significatif sur l'apparition de la MH ont été : la constipation et la diarrhée (P1=0,000 P2=0,003).

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

Facteur de risque	Fissure anale		Total (%)	P
	Oui (%)	Non (%)		
<b>Constipation</b>	<b>10(35,71)</b>	<b>18 (64,29)</b>	<b>28 (100)</b>	<b>0,000</b>
Diarrhée	4(18,18)	18(81,82)	22 (100)	0,211
Grande Multiparité	1(6,25)	15(93,75)	16(100)	0,550
Primiparité	7(15,22)	39(84,78)	46(100)	0,222
<b>Age &gt;30ans</b>	<b>10(25,64)</b>	<b>29(74,36)</b>	<b>39(100)</b>	<b>0,000</b>
Accouchement par VB	16(11,19)	127(88,81)	143(100)	1,002
Poids Foetal (2500-4000)	16(10,74)	133(89,26)	149(100)	0,24
Durée de la période expulsive>20min	0(00)	11(100)	11(100)	0,235

Les facteurs qui ont eu un impact significatif sur l'apparition de la FA ont été : la constipation et l'âge supérieur à 30 ans ( $P_1=0,000$  et  $P_2=0,000$ ).

**Tableau X** : Analyse univariée des facteurs de risque d'incontinence anale.

Facteur de risque	Incontinence anale		Total (%)	P
	Oui (%)	Non (%)		
Constipation	4(14,29)	24 (85,71)	28 (100)	0,183
<b>Diarrhée</b>	<b>10 (45,45)</b>	<b>12 (54,55)</b>	<b>22 (100)</b>	<b>0,000</b>
<b>Grande Multiparité</b>	<b>6(37,5)</b>	<b>10(62,50)</b>	<b>16(100)</b>	<b>0,000</b>
Primiparité	7(15,22)	39(84,78)	46(100)	0,407
<b>Age &gt;30ans</b>	<b>9(23,08)</b>	<b>30(76,92)</b>	<b>39(100)</b>	<b>0,012</b>
Accouchement par VB	18(12,59)	125(87,41)	143(100)	0,284
Poids Foetal (2500-4000)	18(12,08)	131(87,92)	149(100)	0,274
<b>Durée de la période expulsive&gt;20min</b>	<b>6(54,55)</b>	<b>5(45,45)</b>	<b>11(100)</b>	<b>0,000</b>

Les facteurs qui ont eu un impact significatif sur l'apparition de l'IA ont été : la diarrhée, la grande multiparité, l'âge supérieur à 30 ans et la durée de la période expulsive supérieur à 20 minutes ( $P_1=0,000$  ;  $P_2=0,000$   $P_3=0,012$  et  $P_4=0,000$ ).

**Tableau XI** : Analyse multivariée des facteurs de risque statistiquement significatifs de la maladie hémorroïdaire.

Facteur de risque	Maladie hémorroïdaire		Total	P
	Oui	Non		
Constipation	9	19	28	0,000
Diarrhée	6	16	22	0,003
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>35</b>	<b>50</b>	
<b>X<sup>2</sup> = 0,137</b>	<b>ddl = 1</b>		<b>X<sup>2</sup>seuil= 3,841</b>	

**Tableau XII** : Analyse multivariée des facteurs de risque statistiquement significatifs de la fissure anale.

Facteur de risque	Fissure anale		Total	P
	Oui	Non		
Constipation	10	18	28	0,000
Age >30ans	10	29	39	0,000
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>47</b>	<b>67</b>	
<b>X<sup>2</sup> = 3,22</b>	<b>ddl = 1</b>		<b>X<sup>2</sup> = 3,841</b>	

**Tableau XIII** : Analyse multivariée des facteurs de risque d'incontinence anale.

Facteur de risque	Incontinence anale		Total	P
	Oui	Non		
Diarrhée	10	12	22	0,000
Grande Multiparité	6	10	16	0,000
Age >30ans	9	30	39	0,012
Durée de la période expulsive >20min	6	5	11	0,000
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	

P Fisher = 0,620

ddl = 3

$\alpha = 5\%$

#### 4. Prise en charge de la pathologie anale

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon la prise en charge de la pathologie anale en fonction des périodes de la gravido-puerperalité

Médicaments	Périodes de la gravido-puerperalité		
	Premier Trimestre	Troisième trimestre	Post-partum
Veïnotonique	3(1,98%)	12(7,94%)	24(15,89%)
Antalgique	5(3,31%)	23(15,23%)	26(17,21%)
<b>Régulateur du transit</b>	<b>52(34,43%)</b>	<b>87(57,61%)</b>	<b>50(33,11%)</b>
Topiques locaux	2(1,32%)	12(7,94%)	24(15,89%)

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Approches méthodologiques

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

Il s'est agi d'une première étude sur les pathologies anales au cours de la gravidité-puerpéralité. Nous avons rencontré des limites au cours de l'étude à savoir :

- Le non-respect des rendez-vous par certaines patientes pour le contrôle dans le post partum
- Les pertes de vue

Néanmoins, l'examen des gestantes a été mené par un seul observateur et aussi il s'est agi 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. Incidences :

Au cours de notre étude 88 femmes, soit 58,27% ont développé une pathologie anale. Notre résultat est supérieur à ceux d'Abramowitz et al [2] et de Poskus T et al [61] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 43,9% cas de pathologie anale ; et inférieur à celui de Ferdinande K et al [31] qui ont trouvé 68,5%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risque.

Parmi celles qui ont présenté une pathologie anale, les maladies hémorroïdaires et les fissures anales ont constitué les pathologies les plus fréquentes dans notre échantillon soit 30,68% chacune suivies de l'incontinence anale soit 27,27% et les pathologies anales associées 11,36.

**Tableau XV** : Fréquence des pathologies anales selon quelques auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Population</b>	<b>Fréquences</b>
Abramowitz et al 2002 en France [2]	165	44,4 %
Poskus T et al 2014 en Lituanie [61]	280	43,9 %
Ferdinande K et al 2018 en Belgique [62]	94	68,5 %
<b>Notre étude</b>	<b>151</b>	<b>58,27%</b>

### 3. Facteurs de risques

Dans notre série la tranche d'âge la plus fréquente était comprise entre 20-30 ans soit 55,6% avec un âge moyen de 25,59 ans et des extrêmes de 15 ans et 43 ans. Notre résultat est proche de celui de Poskus et al [45] 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 [31] ont trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population africaine en général et malienne en particulier.

Une analyse uni variée a été réalisée avec un risque suspect facteur pour chaque pathologie anale. Nous avons identifié qu'une constipation chronique et la diarrhée étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire.

Pour la fissure anale, nous avons identifié qu'une constipation chronique et l'âge > 30 ans étaient significativement associés à l'apparition de la fissure anale.

Nous avons identifié également que la diarrhée, la grande multiparité, l'âge >30 ans et la durée de la période expulsive >20 minutes étaient significativement associées à l'apparition de l'incontinence anale.

Poskus T et al [45] ont identifié la constipation, un poids de naissance > à 3800g, durée d'expulsion prolongée > à 20 minutes et les antécédents personnels de pathologies anales comme facteurs de risque d'apparition de maladie anale



chez la femme enceinte. Dans la littérature les autres facteurs de risque de survenue de la maladie hémorroïdaire, et de fissure anale en per ou post-partum, sont l'accouchement traumatique (poids du bébé supérieur à 3,8 kg et la déchirure des parties molles) ou la durée de l'expulsion de plus de 20 minutes, et les antécédents de pathologies anales [2]. Les principaux facteurs de risques de l'incontinence anale postnatale sont : un âge maternel avancé ; une parité élevée ; l'obésité maternelle ; une deuxième partie du travail prolongée ; la réalisation d'une épisiotomie médiane ; une lésion obstétricale du sphincter anal ; un accouchement par forceps [46].

Les autres facteurs de risque liés à la grossesse sont l'augmentation de la pression intra-abdominale, le taux de progestérone provoquant une inhibition des cellules musculaires lisses du réseau veineux, l'augmentation en taille de l'utérus qui comprime également la veine cave inférieure et le réseau veineux pelvien. Le volume sanguin augmente lors de la grossesse de 25 à 40 % provoquant une augmentation du réseau circulant veineux [37].

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

##### **4.1. Maladie hémorroïdaire**

La douleur anale a été le principal symptôme retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 97,43%. Elle a été la plus retrouvée dans l'étude de Poskus T et al [45] qui ont enregistré 98,3% de douleur anale chez les patientes.

Le prurit et le suintement surviennent en général secondairement à la proci-dence hémorroïdaire [39]. Ils ont été retrouvés chez 23,07% de nos patientes. Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Poskus T et al [45] 74%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

La rectorragie dans notre étude a été de 15,38%. Elle est de quantité variable apparaissant pendant ou après les selles [22].

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Ollende C et al [1] en 2010 89,5%. Ceci s'expliquerait par le fait que les rectorragies sont le plus souvent occultées du fait de l'utilisation des latrines traditionnelles dans notre contexte.

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

La douleur anale a été plus fréquemment retrouvée dans notre étude soit 100% ; ainsi que dans ceux de Siproudhis et al en France, Keita CO et al au Mali [25] avec respectivement 100% et 100%. Elle a été la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quel que soit sa localisation.

Il s'agit d'une douleur à type de déchirure ou de sensation de verre brisée dans l'anus provoquée et rythmée par la défécation [35].

La douleur à trois temps caractérise la fissure anale. Il s'agit d'une douleur déclenchée par le passage des selles, calmée quelques temps après les selles puis reprenant pour une durée de plusieurs heures (4 à 6 heures). Parfois elle est remplacée par un simple gêne [21].

La rectorragie a été fréquemment retrouvée dans notre étude 13,15% ainsi que dans ceux de Siproudhis et al [21] et Keita CO et al [25] avec un taux respectivement de 85 % à 71,5%. Elle était généralement faite de sang rouge, émis par l'anus mais en provenance du canal anal dont témoignent les traces de sang sur les selles.

L'écoulement anal et le prurit moins fréquents que la douleur anale ont été retrouvés chez 23,68% des patientes. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement sérohématique. Pour certains, le prurit anal traduit très généralement un début de cicatrisation de la fissure [3]. Pour d'autres, la sécrétion séreuse provenant de la fissure anale cause un suintement donnant lieu à un anus humide et un prurit anal [21].

### **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.

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

## **5. Prise en charge**

### **5.1 Maladie hémorroïdaire**

Durant notre étude, toutes les patientes atteintes de maladie hémorroïdaire ont été mise sous régulateur de transit intestinal. Nous estimons avec d'autres auteurs Abramowitz Let al, Holzheimer RG et al[49] 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[49]**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 [37].

### **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 38 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) [4].

### **5.3. Incontinence anale**

Parmi les 41 cas d'incontinence anale durant toute l'étude, 74,3% ont été mis sous laxatifs.

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[12].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **Conclusion**

La maladie hémorroïdaire, la fissure anale et l'incontinence anale constituent des pathologies assez fréquentes au cours de la grossesse et du post partum avec une prédilection pour l'adulte jeune. Son diagnostic est essentiellement clinique. La découverte d'une plaie ou d'une masse entre les plis radiés de l'anus constitue le temps capital de l'examen. Un des facteurs de risque communs est la constipation favorisée durant la grossesse.

Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique permettront de dépister ces pathologies et réduire ainsi sa fréquence.

## **Recommandations**

Au décours de toutes ces constatations, nous reformulons les recommandations suivantes :

### **► Aux agents de la santé :**

- Rechercher systématiquement les pathologies anales pendant les consultations.
- Donner des conseils hygiéno-diététiques pendant la grossesse et 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. Agnès S. Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu) [Internet]. FMC-HGE. 2011 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/proctologie-de-la-femme-enceinte-post-partum-exclu/315p>
2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal Fissure and Thrombosed External Hemorrhoids Before and After Delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45(5):650-5.
3. Howell EA. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynecol* 2010;115(1, 2 ):284-9.
4. MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98 (12):1193-5.
5. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part II. Lesions. *Am Fam Physician* 2001;64 (1):77-88.
6. Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P. Changes in Bowel Function: Pregnancy and the Puerperium. *Dig Dis Sci* 2007;52(2):324-8.
7. AtienzaP. L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 1998, 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>
8. 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]
9. Godeberge, Philippe *Traité de proctologie* -, Collectif - Livres Disponible sur: <https://www.amazon.fr/Trait%C3%A9-proctologie-Philippe-Godeberge/dp/2257113217>
10. Ollende C. Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post-partum . Thèse université Mohamed V de Rabat 2010 :145p

11. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hebert C, Claris O, Tessier V, Pinquier D, et al. Pour les membres du réseau sentinelle Audipog. *Gynecol Obstet Fertil* 2008 ;36 :1091
12. Drissa K, Dicko MY, Soumare G, Malle O, Sangare D, Sanogo SD, et al. Aspects Cliniques et Endoscopiques des Fissures Anales dans deux Sites D'endoscopie Digestive de Kayes (Mali). *Health Sciences and disease*. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1473>. [Cité 25 août 2019].
13. L Abramowitz, R Ganansia; JL Benifla; E Darai; P Madelenat; M Mignon et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000;43(5):590-6.
14. Gravié JF, Lehur P-A, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B, et al. Stapled Hemorrhoidopexy Versus Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy. *Ann Surg*. juill 2005;242(1):29-35.
15. Philippe G. Fissures anales : du diagnostic au traitement. FMC-HGE. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2015/fissures-anales-du-diagnostic-au-traitement/125p> . [Cité 25 août 2019]
16. Vicent de Parades; Helène Pillant: Urgences proctologiques : comment s'en sortir. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2014/urgences-proctologiques-comment-sen-sortir/148p>. Cité 25 août 2019
17. 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-anales.html>:452p. [cité 21 mai 2021]
18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994;308(6933):887-91.
19. L.Abramowitz: Complications anales durant la grossesse et le post-partum : 2ème partie – Lésions de la marge anale. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2014/2-e-partie-lesions-de-la-marge-anales>/422p. [cité 21 mai 2021]

20. Urgences 2014 - 8e Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence. Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2014/donnees/fs\\_tout\\_art.htm](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/fs_tout_art.htm)502p. [cité 21 mai 2021].
21. Laurent Siproudhis, Yves Panis, Marc-André Bigard : Traité des maladies de l'anus et du rectum. Disponible sur: <https://www.leslibraires.fr/livre/46650-traite-des-maladies-de-l-anus-et-du-rectum-laurent-siproudhis-yves-panis-marc-andre-bigard-masson-410p>. [cité 21 mai 2021]
22. Mirhaidari SJ, Porter JA, Slezak FA. Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2016;31(8):1557-9.
23. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355(9206):782-5.
24. Masson E. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *EM-Consulte*.. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/98806/recommandations-pour-la-pratique-clinique-sur-le-t-156p>. [cité 21 mai 2021].
25. Laurent Abramowitz, Philip Godeberge ,Ghislain Staumont, D.Soudan. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2001;29(12):942-51.
26. SNFCP. Vous allez avoir un traitement des hémorroïdes par cryothérapie ». *SNFCP*.. Disponible sur: <https://www.snfcpc.org/informations-maladies/hemorroides/allez-traitement-hemorroides-cryotherapie/-125p>. [cité 21 mai 2021]
27. Camara ML. Aspect épidémio-clinique des maladie hémorroïdaire et sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. <https://www.em-consulte.com/article/98806/recommandations-pour-la-pratique-clinique-sur-le-t-.> :95p. [cité 21 mai 2021].
28. Sayfan J. Complications of Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Dig Surg*. 2001;18(2):131-3.
29. UMVS: Complications traumatiques de l'accouchement. 14p.

30. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323(7313):593-6.
31. Olivier Parant; JM.Reme; X.Monrozies. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. *EM-Consulte*. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/7969/dechirures-obstetricales-recentes-du-perinee-et-ep:25p>. [cité 21 mai 2021].
32. 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.
33. JM.Suduca, G.Staumont; P.Suduca. Hémorroïdes - EM consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/20137/hemorroides:55p>. [cité 21 mai 2021]
34. SNFCP. Ligature des artères hémorroïdaires avec guidage Doppler, suivie d'une mucopexie. Haute Autorité de Santé.. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2971696/fr/ligature-des-arteres-hemorroidaires-avec-guidage-doppler-suivie-d-une-mucopexie:67p](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971696/fr/ligature-des-arteres-hemorroidaires-avec-guidage-doppler-suivie-d-une-mucopexie:67p). [cité 21 mai 2021]
35. El Bamrani S. Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le post partum.. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/987>. [cité 21 mai 2021]
36. Shin GH, Toto EL, Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2015;110(4):521-9; quiz 530.
37. Camara MLS. Pathologie hémorroïdaire. *Rev. praticien* 2005 ; 55 : 1719-1722. :95.
38. Vendittelli F, Rivière O, crenn-hebert C, Claris O, Tessier V, Piquier D, et al. Réseau sentinelle Audipog 2004–2005. Partie 1 : résultats des principaux indicateurs périnataux. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*2008;36: 1091-100.
39. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy.*J Obstet Gynaecol* 2010;30(3):231-7.

40. PA.Lehur, AM Leroi. Incontinence anale de l'adulte :recommandations pour la pratique clinique - EM consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/5085/incontinence-anale-de-l-adulte-recommandations:75p>. [cité 21 mai 2021].
41. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354(9183):983-6.
42. 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]
43. 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.
44. Clautrier A. L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé 2013; 123p.
45. BadiouW. L'allongement de la seconde phase de travail est-il un facteur de risque indépendant d'incontinence anale du post-partum. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=opera&q=61.%09BadiouW.+L%27allongement+de+la+seconde+phase+de+travail+est->[cité 21 mai 2021].
46. El Aoud Z. La conduite à tenir devant un prurit ano-génital. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/15728>. [cité 21 mai 2021].
47. Lah B. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire « mere-enfant » le Luxembourg. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2032>. [cité 21 mai 2021].
48. El Bamrani S. Les urgences proctologiques non traumatiques pendant la grossesse et le post partum. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/987>. [cité 21 mai 2021].
49. 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.

50. Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, et al. Primary anal fissure; we approche global. World gastroenterology organisation global guiclelisis. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=opera&q=73.%09Charles+NB%2C+Field+M%2C+Kvabshuis+JH%2C+Garry+R%2C+Cohen+H%2C+>. [cité 21 mai 2021]
51. F.Pigot; L.Siproudhis; FA.Allaert : Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29(12):1270-4.
52. O.Pittet, N.Demartines; D.Hahnloser: Douleur anale aiguë. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-420/douleur-anale-aigue:55p>. [cité 21 mai 2021].
53. ANM Paris. Réflexions sur la prise en charge des troubles de la statique pelvienne – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/reflexions-sur-la-prise-en-charge-des-troubles-de-la-statique-pelvienne/625p>. [cité 21 mai 2021]
54. Ferdinande YK, Dorreman K, Roelens W, Ceelen D, Looze D. Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum: une étude de cohorte prospective. *Colorectal disease*, 2018 ; 20(12) : 1109-1116.
55. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, et al. Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013;15(3):359-67.
56. J-L Faucheron. Anal incontinence. *Presse Med* 2008;37(10):1447-62.

# **ANNEXES**

## ANNEXES

### FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM :** KONE

**PRENOM :** ISSA

**TITRE DE LA THESE :** Pathologies anales pendant la grossesse et le post partum : diagnostic et traitement au CS Réf de Kalaban-Coro.

**SECTEUR D'INTERET :** Gynécologie obstétrique et Chirurgie Générale

**PAYS :** MALI

**VILLE DE SOUTENANCE :** BAMAKO

**ANNEE DE SOUTENANCE :** 2021

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

**Adresse e-mail :** [koneissa3@yahoo.com](mailto:koneissa3@yahoo.com)

### RESUME :

La grossesse et l'accouchement sont généralement considérés comme des épisodes heureux de la vie féminine, ces événements peuvent s'entacher d'affections anales. L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir, en raison de la réticence des patientes à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner. Dans la plupart des cas, leur diagnostic est tardif et leur prise en charge est inadaptée ou inappropriée.

**But :** Etudier les pathologies anales au cours de la gravidité au CS Réf de Kalaban Coro.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique mono centrique avec enquête prospective des données au CS Réf de Kalaban Coro. L'étude s'est déroulée sur une période de 9 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2019.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons recensé 151 gestantes. Parmi ces gestantes, **88** soit **58,27%** ont présenté une pathologie anale. Les différentes pathologies anales rencontrées ont été, la maladie hémorroïdaire (30,68%), la fissure anale (30,68%) et l'incontinence anale (27,27%).

Les facteurs incriminés étaient dominés par une constipation, un poids du nouveau-né > 3500g, une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes. La clinique était dirigée par l'interrogatoire et l'examen proctologique. Les signes cliniques retrouvés ont été la douleur anale, la rectorragie, et les prurits. Le traitement comprend avant tout la régulation du transit intestinale et des topiques locaux, les antalgiques, et ceux qui améliorent la circulation sanguine (Veinobiase, Daflon).

**Mots clés :** hémorroïdes, fissure anale, incontinence anale, postpartum, gestante, proctologie.



## FICHE D'ENQUETE :

### I : IDENTIFICATION DE LA GESTANTE

CENTRE :

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

Numéro dossier .....

Nom :.....

Prénom :.....

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

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

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

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

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

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

4 = Supérieure

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

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

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

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

4 = Commune IV 5 = Commune V 6 = Commune VI 7 = Kalaban-Coro 8 = Autres

### II. ANTÉCÉDENTS

Q9-Antécédents Médicaux: 1= HTA /\_\_\_/ 2= Diabète/\_\_\_/3=Cardiopathie/\_\_\_/

4= Néphropathie /\_\_\_/ Autres.....

Q10- Antécédents Obstétricaux

Gestité: 1 = Primigeste 2 = Paucigeste

3 = Multigeste 4 = Grande Multigeste

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

4 = Multipare 5 = Grande Multipare

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

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

Décès néonatal : Oui /.../ Non/.../

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

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

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

3= suintements 4= incontinence anale

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

### III. HABITUDES SOCIO-ALIMENTAIRES

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

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

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

### IV. DONNÉES DE LA GROSSESSE ET PROCTOLOGIQUE :

A) Consultation prénatale 1(CPN1) :

Age de la Grossesse : 1ère trimestre [] 2ème trimestre [] 3ème trimestre []

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

Conjonctives : /\_\_\_/ 1=Colorées 2= Pâles Prise du poids: Oui /.../ Non/..../  
Tension artérielle : /\_\_\_/ 1= < 140/90mmHg 2= 140/90 -150/100mmHg,  
3= ≥160/110mmHg  
Taille : 1= < à 1m [] 2= 1m-1m5[] 3= > à 1m50[]  
Fièvre :Oui /.../ Non/..../Œdème :Oui /.../ Non/..../  
2 : Examen obstétricalPrésence des varices : Oui /.../ Non/..../  
Hauteur utérine : /...../ Palpation de l'abdomen : Oui/...../ Non/ ...../  
Type de la grossesse : /\_\_\_/ 1 = Mono fœtale 2 = multiple  
Bruits du cœur fœtale : Oui/...../ Non/..../  
Examen au speculum : Oui/.../ Non/..../ Toucher vaginal : Oui/.../ Non/..../  
Chimio prophylaxie anti palustre : Oui /.../ Non  
Chimio prophylaxie antianémique : Oui /.../ Non/..../  
Chimio prophylaxie antitétanique : Oui /.../ Non/..../Pathologies associées à la grossesse :  
1 =HTA [] 2 = Anémie [] 3 = Diabète [] 4= Drépanocytose [] 5 = Paludisme []  
6 = Infection urinaire [] 7 = Cardiopathie [] 8=VIH []  
Rendez-vous le /...../...../...../  
B) Données proctologiques :  
1) Interrogatoire :  
Q15 : Douleur anale Oui/.../ Non /..../  
Mode D'installation : a: Brutal [] b : Progressif []  
Type : a : Brulure [] b : Pesanteur [] c : Pique [] d : Tension []  
Intensité : a : Faible [] b : modère [] c : forte [] d : Eveillant []  
Période : a:Avant les selles [] b : Pendant les selles [] c : Apres les selles [] d : Permanente []  
Irradiation a: Locale [] b : Périnéale [] c : Pelvienne [] d : Aucun []  
Facteurs déclenchants : La défécation [] b : La position assise [] c : La marche []  
Facteurs calmants : a : Position Couche [] b : Position debout [] c : Prise de médicament ( à préciser ).....  
Q16 : La rectorragie Oui/..../ Non/..../  
Période : a : Avant les selles [] b : Au moment des selles [] c : Apres les selles []  
Quantité : a : Trace [] b : Minimale [] c : Grande abondance [] d : Autres (à préciser)  
Aspect : a : Rouge vif [] b : Noire [] c : Caillot [] d : Autres (à préciser)  
Mode d'arrêt : a : Spontané [] b : Provoque [] c : Autres (à préciser)  
Q17 : Prurit anaux Oui [] Non []  
Q18 : Suintements anaux Oui [] Non []  
Q19 : Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/..../  
Mode d'apparition du prolapsus : a : Spontané [] b : Apres un effort physique [] c :  
Autres (à préciser)  
Durée du prolapsus : a : Moins de 24h [] b : 1 à 2 jours [] c : 2 jours à une semaine []  
d : Permanent []  
Réduction du prolapsus : a : Spontané [] b : Manuelle [] c : Non réductible []  
Fréquence du prolapsus : a : Fréquente [] b : Peu fréquente [] c : Chronique []  
Facteurs favorisants du prolapsus : a : Constipation [] b : Diarrhée [] c : Sédentarité [] d :  
Grossesse [] e : Accouchement []

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d : Autres à préciser .....

Q22 : La diarrhée Oui/.. / Non/..../

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

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

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

## 2) Examen proctologique

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

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

f : Fuite liquidienne [] g : R A S

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

## V. BILAN

- Anorectoscopie Oui/..../

Résultat:/...../Non /..../

a) Diagnostic

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

2=grossesse non évolutive

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

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

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

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

#### VI. DIAGNOSTIC RETENU :

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

Traitements reçu :

.....

.....

#### VII) CONSULTATION PRÉNATALE 2(CPN2) :

- Age de la Grossesse : 2em trimestre  3eme trimestre
- 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 aggravant du prolapsus : a : Position assise [] b : Défécation [] c :

Position debout [] c : Autres à précisée .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q28: La diarrhée Oui/./ Non/..../

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

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

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

2) Examen proctologique

Inspection a: Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale  d : Orifices fistuleux

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

Palpation et toucher Rectal:

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

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

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

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

**DIAGNOSTIC RETENU :**

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à précisé

Traitements reçu :

.....  
.....

### VIII). EXAMEN DE LA FEMME À L'ADMISSION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bishop : /\_\_\_/ 1 < 7 ; 2 ≥ 7

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

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

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

3= Ocytocine+ Prostaglandine, 4= Autres

Phase d'accouchement : Latence  Active  Expulsion

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

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

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

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

Révision utérine : /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

Pathologie associées à l'accouchement : HTA  Diabète  Eclampsie

Placenta prævia  Nœud du cordon  Chorioamniotite

### IX. EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ

Fœtus : vivant  décède

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

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

Poids du fœtus en g : / ..... /

Taille en cm : /...../

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

### X) EXAMEN PROCTOLOGIQUE DU POSTPARTUM :

1) Interrogatoire :

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

Mode D'installation : a: Brutal  b : Progressif

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

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

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

d : Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d : Permanent

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

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

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

d : Grossesse  d : Accouchement

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

Position debout  c : Autres à préciser.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d : Autres à préciser .....

Q30 : La diarrhée Oui/./ Non/.../

Type de selle a : Liquidienne  b : Glaireuse

c : Glaire-sanglante  c : Sanglante

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

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

Examen proctologique

Inspection a : Prolapsus hémorroïdaire  b : Marisque hémorroïdaire

c : Ulcération anale  d : Orifices fistuleux

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

Palpation et Toucher Rectal :

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

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

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

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

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

**DIAGNOSTIC RETENU :**

1 : Hémorroïde interne

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

3 : Fissure anale : Postérieure  Antérieure

4 : Incontinence anale : Aux selles  Aux gaz

5 : Fistule anale  6 : Autres à préciser

**XI- SATISFACTION DE LA SUIVIE :**

1) Examen proctologique : Très bien  Bien  Pas d'avis  Désaccord

2) Traitements reçu :

.....  
.....



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure !**