



**HAL**  
open science

# Conséquences cliniques à long terme des ruptures sphinctériennes obstétricales

Lise Couppey

► **To cite this version:**

Lise Couppey. Conséquences cliniques à long terme des ruptures sphinctériennes obstétricales. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01412279

**HAL Id: dumas-01412279**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412279v1>**

Submitted on 8 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**AIX MARSEILLE UNIVERSITE**

*Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée*

**Conséquences cliniques à long terme des ruptures  
sphinctériennes obstétricales**

Présenté et publiquement soutenu devant  
L'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 27 avril 2016

Par

**COUPPEY Lise**

Née le 24 octobre 1993

A Paris

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Directeur de mémoire :

Professeur VITTON Véronique,  
Gastro-entérologue à l'Hôpital Nord.



**Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée**  
**Université Aix Marseille**

# **Conséquences cliniques à long terme des ruptures sphinctériennes obstétricales**

**COUPPEY Lise**

Née le 24 octobre 1993

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**  
**Année universitaire 2015-2016**

**Validation session de juin 2016**

Mention :

Félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

**Validation session septembre 2016**

---

**Visa de l'école**

# **Conséquences cliniques à long terme des ruptures sphinctériennes obstétricales**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout d'abord le Professeur Véronique VITTON pour avoir dirigé ce mémoire, ainsi que pour sa gentillesse et ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie le Docteur Karine BAUMSTARCK pour son aide précieuse concernant la réalisation des statistiques.

Mes remerciements vont également à ma famille qui m'a soutenue durant toutes mes études, ainsi qu'à mes amies sages-femmes.

## **Sommaire :**

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>p 1</b>
<b>II.</b>	<b>Matériels et méthode</b> .....	<b>p 7</b>
<b>III.</b>	<b>Résultats</b>	
	<b>1- Caractéristiques de la population</b> .....	<b>p 11</b>
	<b>2- Caractéristiques obstétricales et néonatales</b> .....	<b>p 15</b>
	<b>3- Résultats des examens paracliniques</b> .....	<b>p 17</b>
<b>IV.</b>	<b>Analyse et discussion</b> .....	<b>p 20</b>
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>p 28</b>

**Biographie**

**Annexes**

## **I. Introduction**

L'accouchement par voie basse, du fait de la proximité anatomique entre les voies uro-génitales et l'extrémité terminale des voies digestives, est fréquemment à l'origine de lésions périnéales. Le périnée antérieur ainsi que postérieur peuvent être lésés. Nous nous intéresserons tout au long de cette étude aux lésions périnéales postérieures.

En effet, au moment de l'expulsion du fœtus, les pressions s'exerçant sur le canal anal et le noyau fibreux du périnée sont souvent à l'origine de déchirures. Celles-ci peuvent atteindre l'appareil sphinctérien anal.

La continence anale est anatomiquement assurée par deux systèmes distincts au niveau ano-rectal :

- Un système capacitif : le réservoir rectal, dont le rôle est de permettre le stockage d'un volume croissant de matière sous faible pression.
- Un système résistif : les deux sphincters anaux.

Néanmoins, il est également classique de décrire un système sensitif discriminatif qui permet d'analyser le contenu rectal (gaz, matières solides, matières liquides).

L'atteinte d'un de ces trois systèmes, isolée ou associée, peut induire la survenue de symptômes ano-rectaux.

Chez la femme, la principale cause d'incontinence anale est représentée par les lésions sphinctériennes anales obstétricales. Le terme de « lésion sphinctérienne » se définit par le fait que l'un des deux sphincters de l'anus soit lésé ou rompu.



On distingue :

- Le sphincter anal interne, qui est un muscle lisse. Il est sous la dépendance du système nerveux autonome, et donc à commande involontaire. Il assure 80% de la continence anale.
- Le sphincter anal externe, qui est un muscle strié. Il est commandé par le système nerveux somatique, et est soumis à la volonté. Il assure environ 20% de la continence anale.

Ces deux éléments sont situés le long du canal anal, formant deux cylindres concentriques. La continence des selles et des gaz est ainsi assurée par leur contraction. Le contrôle musculaire est à la fois volontaire et réflexe.

Il existe différentes situations concernant la topographie de la lésion sphinctérienne :

- Rupture isolée du sphincter anal interne,
- Rupture isolée du sphincter anal externe,
- Rupture associée du sphincter anal interne et du sphincter anal externe.

Dans tous les cas, l'étendue peut être variable et mesurée en degrés sur la circonférence du canal anal.

En pratique, ces lésions peuvent être totalement asymptomatiques, ou induire deux principaux symptômes :

- L'incontinence anale. Elle se manifeste en terme de symptômes par une émission incontrôlée de gaz ou de selles, liquides ou solides. Elle peut se présenter comme une impériosité fécale, une urgence à déféquer (incontinence anale dite « active »), ou une fuite incontrôlée de selles, non ressenties par la patiente (incontinence anale dite « passive »). En dehors du

mécanisme de l'incontinence anale, il est également important d'étudier sa sévérité. Plusieurs scores sont actuellement disponibles. Un des plus utilisés en pratique clinique est le score de Jorge et Wexner [cf. annexe 1]. L'incontinence anale est un handicap physique, psychique, et social majeur. Sa fréquence dans la population générale féminine est de 10% environ, tout âge confondu. [1]

- La constipation distale, ou dyschésie. C'est un symptôme défini par une impossibilité d'évacuer le contenu rectal dans des conditions normales (efforts de poussées importants, sensation d'exonération incomplète et parfois manœuvres digitales). Sa sévérité est étudiée grâce au calcul du score de Kess [cf. annexe 2]. Dans un contexte de rupture sphinctérienne anale, elle est vraisemblablement due à une asynergie abdomino-périnéale, que l'on envisage être un mécanisme compensatoire en réponse à un défaut de contraction volontaire, et de tonus des sphincters anaux. Elle serait due à une contraction paradoxale, ou à une absence de relaxation du sphincter anal externe, lors des efforts de poussée. Sa fréquence dans la population est de 20% environ. [2]

Néanmoins, ces deux symptômes sont étroitement liés car il est probable que dans un premier temps des lésions sphinctériennes induisent une asynergie abdomino-périnéale. Or, si celle-ci n'est pas diagnostiquée et traitée précocement, elle va, en raison des efforts de poussée répétés, induire des lésions neurologiques (neuropathie d'étirement) qui vont favoriser l'évolution vers la descente périnéale et l'incontinence anale.

En cas de symptomatologie ano-rectale et après avoir bien entendu éliminé une cause organique (par coloscopie, échographie etc...), deux principales explorations sont réalisées :

- La manométrie ano-rectale. Cet examen permet de diagnostiquer une altération des pressions sphinctériennes et rectales. Ceci peut être dû à un défaut de contraction volontaire, traduisant une lésion du sphincter externe, ou à un déficit concernant le tonus de base, traduisant une lésion du sphincter anal interne. Des atteintes du système capacitif rectal peuvent également être mises en évidence.
- L'échographie endo-anale. Cet examen permet de visualiser les sphincters anaux et de décrire les ruptures en terme de topographie et d'étendue.

Selon un article publié dans le célèbre journal « The New England Journal of Medicine » par l'équipe du Docteur Sultan, des lésions sphinctériennes sont retrouvées chez 35% des primipares après un accouchement par voie basse. Ces lésions surviennent majoritairement lors du premier accouchement par voie basse, et ne semblent pas s'aggraver lors des accouchements suivants [3].

Les ruptures sphinctériennes peuvent être diagnostiquées en salle de naissance à la suite immédiate de l'accouchement. En effet le diagnostic d'un périnée complet de troisième degré (rupture du sphincter externe de l'anus), ou de quatrième degré (rupture de la paroi ano-rectale comprenant la muqueuse anale) doit être effectué s'il y a lieu lors de l'inspection du périnée après l'accouchement.

Néanmoins, en pratique clinique ces lésions sphinctériennes sont souvent occultes et ne deviennent symptomatiques qu'après plusieurs décennies, sans qu'il y ait

d'explications claires pour ce délai de survenue et ce, quel que soit le symptôme considéré (incontinence anale ou constipation distale).

Un article rédigé par Knut Haadem et Saemundur Gudmundsson, exerçant au sein du département d'obstétrique et de gynécologie de l'université de Lund en Suède, a fait grand bruit. Cette étude met pour la première fois en lumière que dans un délai de 20 ans suivant l'accouchement, les symptômes d'incontinence anale chez les patientes ayant eu une lésion sphinctérienne anale lors de l'accouchement sont significativement plus fréquents que chez les patientes n'ayant pas subi de lésion sphinctérienne à l'accouchement [4]. Ce déficit sphinctérien est donc persistant dans le temps, et ces patientes sont plus à risque d'incontinence anale à long terme malgré un intervalle de temps totalement asymptomatique.

Une hypocontinence au cours des 6 premières semaines après l'accouchement peut être physiologiquement retrouvée chez les parturientes ayant accouché par voie basse mais sera spontanément résolutive. Cependant si ce phénomène persiste, il devient pathologique et devra faire l'objet d'investigations.

De nombreux éléments sont classiquement reconnus comme étant des facteurs de risque de traumatisme périnéal lors de l'accouchement par voie basse, tel que le poids des nouveaux nés à la naissance, l'extraction instrumentale, la réalisation d'épisiotomie, la survenue de déchirures périnéales importantes, l'IMC maternel, etc.

Néanmoins, des facteurs de risque d'incontinence anale supplémentaires, autre que les antécédents obstétricaux peuvent co-exister (âge, troubles du transit, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, diabète, obésité, maladie neurologique...) et il est parfois difficile d'identifier le facteur causal à l'origine de la symptomatologie.

La question qui se pose est : Quels sont les facteurs de risque obstétricaux, et/ou médicaux qui induisent préférentiellement à long terme une incontinence anale, ou une constipation d'évacuation ?

L'objectif de ce travail a été d'étudier les conséquences cliniques à long terme des ruptures sphinctériennes obstétricales.

## **II. Matériels et méthode**

Etude rétrospective, mono-centrique, réalisée au sein de l'unité d'explorations fonctionnelles digestives de l'Hôpital Nord dans le service du Professeur VITTON.

### Population étudiée :

La base de données initiale recensait 1000 dossiers, intégrant tous les patients, de sexe masculin ou féminin, ayant consulté au sein de ce service entre Janvier 2011 et Janvier 2014.

Après analyse de la base de données, 328 dossiers répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont été retenus. Aucun dossier n'a secondairement été exclu.

La population à l'étude était représentée par des patientes adressées au service d'explorations fonctionnelles digestives pour bilan d'une incontinence anale ou d'une constipation d'évacuation, et chez lesquelles une rupture sphinctérienne anale (interne, externe, ou mixte) était diagnostiquée par l'échographie endo-anale.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Patientes de plus de 18ans,
- Patientes ayant accouché par voie basse,
- Patientes chez lesquelles l'accouchement était « a priori » la cause de la rupture sphinctérienne anale.

Les critères de non inclusion de l'étude étaient :

- Patientes de moins de 18 ans,
- Patientes n'ayant jamais accouché par voie basse,

- Patientes souffrant d'incontinence anale, ou de constipation non due à une rupture sphinctérienne,
- Patientes souffrant d'incontinence anale ou de constipation non due à des lésions sphinctériennes attribuées à un accouchement par voie basse,
- Patientes ayant subi une chirurgie, ou une radiothérapie pelvienne.

### Variables étudiées

Les caractéristiques générales de la population étudiée ont inclus en ce qui concerne les variables quantitatives:

- l'âge des patientes,
- leur taille,
- leur poids,
- le nombre d'accouchements par voie basse,
- le nombre de césariennes,
- le poids de naissance du ou des nouveaux nés,
- l'ancienneté des symptômes d'incontinence anale ou de constipation,
- les résultats des mesures de la manométrie ano-rectale (pression de repos, contraction volontaire, longueur de la zone de haute pression, présence ou non d'une asynergie abdomino-périnéale),
- les résultats de l'échographie endo-anale (localisation et étendue de la rupture sphinctérienne, longueur du canal anal).

Concernant les variables qualitatives, ont été étudiées :

- les modalités d'accouchement (voie basse spontanée, ou extraction instrumentale),

- la réalisation ou non d'une épisiotomie,
- la survenue ou non d'une déchirure périnéale au cours de l'accouchement,
- les antécédents médicaux ou chirurgicaux.

### Techniques d'exploration

La technique de manométrie ano-rectale utilisée dans cette étude était la manométrie ano-rectale haute résolution 3-dimensions. Cette technique récente utilise une sonde rigide contenant 256 capteurs permettant de réaliser d'une part des mesures de pression, et d'obtenir d'autre part des données morphologiques.

L'échographie endo-anale était réalisée à l'aide d'une sonde bi-plan Hitachi, permettant une étude des lésions sphinctériennes de manière radiale et linéaire.

### Recueil des données :

Le recueil de données a été accompli entre janvier 2011 et janvier 2014 à partir de l'étude des dossiers des patientes sélectionnées répondant aux critères d'inclusion.

Pour faciliter la collecte des informations, une grille de recueil a été préalablement établie, testée puis ajustée [cf. Annexe 3]. Elle a ensuite été retranscrite sur Tableur Excel.

### Analyse statistique :

Les statistiques ont été réalisées par Dr Karine BAUMSTARCK, travaillant au sein de l'unité d'aide méthodologique à la recherche clinique au sein de l'Assistance Publique de Marseille.



Nature des tests statistiques utilisés :

- l'analyse descriptive des données a été faite à l'aide de moyennes pondérées de l'écart-type, ainsi que des pourcentages corrélés au nombre de patientes pour chaque données.
- test du Khi 2

Ce dernier permet de tester l'indépendance entre deux variables aléatoires. Il permet de tester une hypothèse, par exemple dans le cas de notre étude, « est ce que la survenue d'incontinence anale et la présence d'une rupture sphinctérienne anale externe sont liées ? ».

Le nombre P est utilisé pour conclure sur le résultat du test statistique. Pour ce faire, nous comparons la valeur P à un seuil préalablement défini. Le risque d'erreur ici choisi est de 5%.

Si la valeur P est inférieure à ce seuil, l'hypothèse est retenue, et le résultat du test est déclaré « statistiquement significatif ». Dans le cas contraire, si la valeur P est supérieure au seuil, on ne peut rien conclure quant aux hypothèses formulées, et le résultat du test est alors déclaré « non significatif »

Abréviation :

NS= non significatif

ET= écart type

### **III. Résultats**

#### **1. Caractéristiques de la population**

328 patientes ont donc été incluses dans cette étude, selon les critères définis dans la partie II. Matériels et méthode.

Sur ces 328 patientes à l'étude, 206 (62.8%) souffraient d'incontinence anale, et 122 (37.2%) de constipation d'évacuation.

Ceci va nous permettre de définir deux sous populations.

L'ensemble des résultats de notre étude vont être comparés en fonction des symptômes défécatoires observés chez les patientes, que sont :

- L'incontinence anale,
- La constipation d'évacuation.

Ainsi, nous tenterons de mettre en évidence les facteurs de risque induisant à long terme la survenue statistiquement significative de l'un ou l'autre de ces symptômes.

Les caractéristiques démographiques de la population, ainsi que leurs antécédents médicaux sont décrits dans le *tableau 1* et le *tableau 2*. Ils sont étudiés en fonction des symptômes défécatoires établis précédemment que rapportent les patientes.

**Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patientes, et ancienneté des troubles défécatoires, en fonction des symptômes défécatoires observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	P
Age moyen maternel (± ET) (années)	58.6 (± 14.9)	53.6 (± 14.0)	<0.003
Taille moyenne maternelle (± ET) (cm)	161.9 (± 6.5)	162 (± 6.0)	NS
Poids moyen maternel (± ET) (kg)	64.6 (± 12.6)	58.3 (± 12.7)	<0.055
Moyenne de l'ancienneté des symptômes (±ET) (mois)	49 (±70)	142.5 (±127.5)	< 0.003

**Tableau 2. Antécédents médicaux des patientes, en fonction des symptômes défécatoires observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	Total	P
Hystérectomie N (%)	28 (13.7%)	17 (13.9%)	45	NS
Diabète N (%)	11 (5.4%)	6 (4.9%)	17	NS
Maladie de système N (%)	44 (21.6%)	25 (20.5%)	69	NS
Maladie inflammatoire chronique des intestins N (%)	7 (3.4%)	3 (2.5%)	10	NS
Antécédent fissure N (%)	5 (2.5%)	6 (4.9%)	11	NS
Antécédent hémorroïde N (%)	84 (41.2%)	66 (54.1%)	150	<0.029
Antécédent fistule N (%)	5 (2.5%)	2 (1.6%)	7	NS

Antécédent psychiatrique N (%)	46 (22.5%)	20 (16.4%)	66	NS
Patientes ménopausées N (%)	92 (72.4%)	6 (40.0%)	98	<0.016
Traitement hormonal substitutif N (%)	35 (31.3%)	2 (20.0%)	37	NS

## **2. Caractéristiques obstétricales et néonatales**

La survenue à long terme chez les patientes d'incontinence anale et de constipation d'évacuation est également étudiée en fonction des antécédents obstétricaux de la patiente.

Le *tableau 3* permet l'étude de la survenue des symptômes défécatoires que rapportent les patientes, en fonction du nombre d'accouchements par voie basse et de césariennes qu'elles comptent dans leurs antécédents.

Le *tableau 4* quant à lui, permet l'étude de ces mêmes symptômes, en fonction des modalités de l'accouchement par voie basse (extraction instrumentale, déchirure périnéale, réalisation d'épisiotomie), ainsi que du poids des nouveaux nés.

**Tableau 3 : Antécédents obstétricaux concernant la voie d'accouchement des patientes, en fonction des symptômes défécatoires observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	P
Nombre moyen d'accouchements par voie basse (± ET)	1.9 (± 1.3)	1.9 (± 1.2)	NS
Nombre moyen de césariennes (± ET)	0.3 (± 0.7)	0.3 (± 0.6)	NS

**Tableau 4. Modalités d'accouchement par voie basse, et poids des nouveau-nés, en fonction des symptômes défécatoires observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	Total	P
Spatules N (%)	15 (8.0%)	18 (16.7%)	33	<0.034
Forceps N (%)	29 (15.5%)	13 (12.0%)	42	NS
Episiotomie N (%)	72 (38.5%)	49 (45.4%)	121	NS
Déchirure N (%)	88 (47.1%)	35 (32.4%)	123	<0.015
Nouveau-né de poids supérieur 3.8kg N (%)	45 (27.1%)	29 (30.2%)	74	NS
Nouveau-né de poids supérieur à 4kg N (%)	30 (18.1%)	17 (17.7%)	47	NS

Nouveau-né de poids supérieur à 4.2kg N (%)	17 (10.2%)	10 (10.4%)	27	NS
---	------------	------------	----	----

### **3. Résultats des examens paracliniques**

Une échographie endo-anale ainsi qu'une manométrie ano-rectale étaient réalisées chez l'ensemble des patientes.

Le *tableau 5* nous présente les résultats de l'échographie endo-anale, et permet ainsi la description de la topographie des lésions sphinctériennes anales, en fonction des symptômes défécatoires à l'étude.

Le *tableau 6* lui, nous expose les résultats des manométries ano-rectale, en fonction de la présence de symptômes de constipation d'évacuation, ou d'incontinence anale.



**Tableau 5. Résultats de l'échographie endo-anale : Topographie des lésions sphinctériennes, en fonction des symptômes observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	Total	P
Rupture sphincter anal externe (SAE) N (%)	150 (72.8%)	52 (42.6%)	202	<0.000
Rupture sphincter anal interne (SAI) N (%)	188 (91.3%)	115 (94.3%)	303	NS
Double rupture (SAE+SAI) N (%)	132 (64.1%)	45 (36.9%)	177	<0.000

**Tableau 6. Résultats des mesures des manométries ano-rectales, en fonction des symptômes observés.**

	Incontinence anale	Constipation d'évacuation	P
Pression moyenne de repos (± ET) (mmHg)	54.4 (± 28.6)	81.1 (± 32.7)	<0.000
Longueur moyenne de la zone de haute pression (± ET) (cm)	3.3 (± 0.93)	3.4 (± 0.63)	NS
Pression moyenne lors de la contraction volontaire (± ET) (mmHg)	127.5 (± 56.1)	175 (± 57.3)	<0.001

## **IV. Analyse et discussion**

### Difficultés rencontrées :

Comme pour toute étude rétrospective sur dossiers, un biais d'information a été parfois rencontré, inhérent à la qualité variable de ces derniers plus ou moins bien renseignés pour les critères d'étude définis.

### Biais et limites de l'étude :

Notre étude est une étude rétrospective. Les patientes consultent le plus souvent dans un délai de plusieurs décennies suivant leur accouchement. N'ayant pas forcément accouché dans la région Provence Alpes Cotes d'Azur, nous n'avons pas eu accès aux dossiers obstétricaux. Certaines informations, tel le degré de déchirure par exemple, aurait alors pu être renseignées de manière plus précise. Pour pallier aux limites de cette étude, il faudrait réaliser une étude complémentaire en n'incluant que les patientes ayant accouché dans la région Provence Alpes Côte d'Azur, et souffrant aujourd'hui de constipation d'évacuation ou d'incontinence anale. De cette façon nous pourrions facilement avoir accès aux dossiers obstétricaux.

De plus notre étude est une étude rétrospective mono centrique au sein d'un service spécialisé, avec de ce fait un biais de sélection de la population. En effet, ne consultent au sein de ce service que les patientes chez lesquelles une rupture sphinctérienne est devenue symptomatique, et parfois handicapante. La constipation étant facilement acceptée par la population féminine, et l'incontinence anale souvent tabou, les ruptures sphinctériennes sont sans aucun doute sous-diagnostiquées.

### Interprétation et analyse des résultats :

L'ensemble de la population à l'étude souffre d'une rupture du sphincter anal, interne, externe, ou mixte. Ces patientes présentent comme symptômes soit une incontinence anale, soit une constipation d'évacuation. Cependant, la majeure partie des patientes ayant consulté au sein de ce service d'explorations fonctionnelles digestives rapportaient une incontinence anale. Conformément à la littérature, les résultats mis en évidence par notre étude prouvent que les lésions sphinctériennes obstétricales suite à un accouchement par voie basse, induisent préférentiellement à long terme et de manière significative, une incontinence anale [4].

Lors de l'étude des caractéristiques démographiques de la population, nous avons observé que la moyenne d'âge des patientes incontinentes, était significativement supérieure à la moyenne d'âge des patientes constipées. Ce résultat est également en accord avec les données issues de la littérature [5]. Ceci peut s'expliquer par différents phénomènes. Tout d'abord, comme décrit précédemment, la dyschésie est à l'origine de mécanismes ayant des conséquences multiples. Elle concerne de manière significative une population de femmes plus jeunes, que la population concernée par l'incontinence anale. Or, la dyschésie est à l'origine d'efforts de poussée répétés et prolongés lors de la défécation, et ainsi à long terme des lésions périnéales, des descentes d'organes, et il s'en suit une incontinence anale.

De plus, comme il a déjà été mis en évidence par des publications antérieures, nous avons constaté la proportion significativement plus élevée du symptôme d'incontinence anale, par rapport à celui de la constipation d'évacuation, après la survenue de la ménopause [6]. Les lésions sphinctériennes causées au moment de

l'accouchement peuvent alors se révéler symptomatiques, même si elles étaient jusqu'ici bien compensées et passées inaperçues. En effet, les hormones ont un effet trophique très important sur le périnée. L'altération des structures et tissus de soutien, du fait de la chute du taux des estrogènes et de la progestérone, altère et décompense la continence anale, qui avait été partiellement affaiblie lors de l'accouchement. Ainsi, si le système de continence avait déjà été fragilisé par le passé, une incontinence anale surviendra plus volontiers.

Conformément à ce que nous pouvons lire dans la littérature, la prise de poids est aussi un facteur de risque significatif d'augmentation de la proportion d'incontinence anale, par rapport à la proportion observée de patientes constipées [7]. Ceci se comprend aisément, car l'augmentation de poids au niveau abdominal, reposant sur le plancher pelvien, en favorise l'altération. Cela conduit à des descentes d'organe, ainsi qu'à des neuropathies d'étirement. L'ensemble du système de continence est alors mal mené et décompensé. Une rupture sphinctérienne jusqu'alors asymptomatique peut alors se révéler handicapante.

Concernant les antécédents obstétricaux, nous relevons une différence significative quant à l'utilisation des spatules de Thierry lors des extractions instrumentales. En accord avec ce que nous pouvons lire dans la littérature, l'utilisation de spatules augmente de manière significative le risque d'incontinence anale [8]. Il en va de même en cas d'antécédents de déchirures périnéales.

Cependant, l'utilisation de forceps, la réalisation d'épisiotomie, ainsi que le poids de naissance des nouveau-nés n'ont pas révélés de différence significative en terme de

survenue préférentielle d'incontinence anale ou de constipation d'évacuation à long terme.

Selon un article publié en 2013, malgré les facteurs de risques connus et reconnus de lésions sphinctériennes, une sous-estimation énorme de ces dernières en salle de naissance reste à déplorer. En effet, à 6 semaines du post-partum, dans 87% des cas, les lésions sphinctériennes anales externes survenues au cours de l'accouchement ne seraient pas diagnostiquées [9].

Or à long terme, les troubles défécatoires induis par ces lésions sphinctériennes sont très fréquents au sein de la population féminine. De plus, ils demeurent un sujet tabou au sein de notre société. Notre étude a mis en évidence le délai excessivement long de la persistance de ces troubles avant la première consultation en service spécialisé. Les patientes incontinentes consultaient en moyenne 4 ans après le début des symptômes. Les patientes constipées elles attendaient davantage encore, en moyenne 12 ans, du fait que les symptômes soient moins handicapants au cours de la vie quotidienne. Comme nous pouvons le lire dans l'article publié par Kathleen Chin, ce malaise voire cette honte quant aux troubles de la continence induit un sous diagnostic important, et un diagnostic tardif de ces lésions [10].

Or, comme nous l'avons expliqué en amont de ce travail, la proportion de femmes incontinentes augmente avec l'âge, et la constipation d'évacuation est un facteur de risque à long terme d'incontinence anale.

Un dépistage systématique des troubles défécatoires lors de l'interrogatoire médical semble essentiel lors des consultations de routine de la femme adulte, que ce soit au cours de consultations avec le médecin généraliste, avec le gynécologue, avec la sage-femme, etc. Ceci est nécessaire aussi bien lors des consultations de post-partum, que au cours des décennies suivant l'accouchement par voie basse.

Les femmes souvent honteuses n'osent pas aborder le sujet. Il semble essentiel que la question leur soit clairement et systématiquement posée. La constipation terminale chronique ne doit pas être banalisée. Une prise en charge plus précoce et mieux adaptée à ce problème doit être organisée. De plus, une recrudescence de la vigilance pour le dépistage des troubles défécatoires, et surtout de l'incontinence anale est nécessaire au moment de la ménopause.

Le problème majeur du surpoids et de l'obésité, croissant au sein de nos sociétés, doit aussi être prévenu et limité du fait de l'accroissement des risques des troubles défécatoires qu'il induit.

Enfin, concernant l'étude des données issues des examens para cliniques, les résultats sont surprenants.

En effet, l'étude a mis pour la première fois en évidence une association jusqu'ici méconnue. Une rupture du sphincter anal externe, isolée ou associée à une rupture du sphincter anal interne, serait en relation de manière fortement significative, avec une augmentation à long terme de la survenue d'incontinence anale. En revanche, une rupture du sphincter anal interne n'est pas significative quant à la survenue à long terme d'une incontinence anale, ou d'une constipation.

Ces résultats sont très intéressants, car seul le sphincter anal externe peut être rééduqué. En effet, grâce à la technique du biofeedback, permettant une rééducation ano-périnéale, nous tendons à améliorer la contraction du muscle strié par des exercices de contraction, en terme de durée et d'amplitude. Cette rééducation repose sur des contractions volontaires du sphincter anal externe de la patiente. Pendant la séance, une sonde équipée de capteurs de pression sera introduit dans l'anus. Ceci permet le recueil des contractions sphinctériennes, et leur retranscription sur un graphique à l'écran. Ainsi, un feedback visuel immédiat est transmis à la patiente, qui prend conscience de la qualité des contractions sphinctériennes qu'elle émet, et de ce qu'elle doit améliorer.

L'incontinence anale est rapportée par 10% des femmes adultes et constitue donc un réel problème de santé publique [1].

Largement sous diagnostiquées, ces ruptures sphinctériennes entraînent des conséquences à long terme socialement et moralement lourdes et handicapantes.

Selon un article publié par Kathleen CHIN, la sensibilité de l'échographie endo-anale est de 100% [10]. Cette technique est simple, reproductible, et peu onéreuse. Cette technique répond donc aux critères auxquels doivent répondre les méthodes de dépistage définis par l'OMS.

Parallèlement, la technique du biofeedback a réellement fait ses preuves, avec une amélioration significative des scores de continence anale, et de qualité de vie [10]. Ceci permet au patient de retrouver un tonus sphinctérien externe correct, permettant d'exercer sa fonction de continence. De plus, l'objectif est de permettre au patient de récupérer une sensibilité rectale plus fine, permettant d'identifier le



besoin d'évacuation des selles dans des conditions physiologiques, ainsi qu'un réflexe de contraction du sphincter externe adapté.

Ainsi, un dépistage de la rupture sphinctérienne externe avec une sensibilité maximale, de même qu'une prévention secondaire ayant fait ses preuves sont donc disponibles. L'utilisation de cette méthode de rééducation périnéale de manière précoce chez une patiente constipée ayant une rupture du sphincter anal externe permettrait de traiter la dyschésie, et donc de prévenir et de réduire la survenue à long terme d'incontinence anale.

Du fait de la proportion importante de femmes souffrant de lésions sphinctériennes, dont découlent des troubles défécatoires et un handicap moral et physique important, il semble essentiel que ce problème fasse l'objet d'une politique de santé publique. Actuellement, les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé prônent la surveillance des « troubles urinaires et digestifs » en post-partum lors du séjour en maternité, ainsi qu'à sa sortie. Cependant, aucune recommandation n'existe concernant le dépistage des troubles de la continence anale. Il en est de même au sein des recommandations de bonne pratique de la rééducation périnéale dans le cadre du post-partum. Les termes « d'incontinence anale » ou de « constipation » n'y sont à aucun moment cités, contrairement à celui « d'incontinence urinaire » [11].

Afin de tendre à diminuer le sous diagnostic évident des troubles défécatoires en post-partum, ainsi qu'au cours des décennies suivant l'accouchement par voie basse, il est nécessaire que les médecins et sages-femmes y soient davantage sensibilisés. Il serait important que les autorités sanitaires se saisissent du problème.

De cette manière, des recommandations pourraient être proposées aux professionnels de santé, ainsi que des formations, concernant le dépistage, la prévention secondaire, et le traitement de ces troubles aux conséquences lourdes.

Les professionnels de santé sensibilisés seraient alors aptes à pratiquer un dépistage efficace, ainsi qu'à offrir aux patientes une prise en charge adaptée à ce problème largement répandu dans la population féminine.

## **V. Conclusion**

La rupture sphinctérienne anale, survenant en proportion importante lors du premier accouchement par voie basse, est à l'origine de deux principaux symptômes, à savoir : une constipation d'évacuation, ainsi qu'une incontinence anale.

Ces lésions sphinctériennes sont dans l'immense majorité des cas non diagnostiquées en salle d'accouchement, ni dans le post-partum. Elles deviennent symptomatiques des décennies suivant l'événement traumatique.

L'objet de notre étude était de mettre en lumière le devenir à long terme des patientes victimes de ces lésions sphinctériennes obstétricales.

Nous souhaitons comparer les symptomatologies de ces ruptures sphinctériennes, en fonction de différentes caractéristiques médicales et personnelles des patientes, ainsi qu'en fonction de leurs antécédents obstétricaux. De plus, ces symptômes ont été comparés entre eux en fonction des résultats d'examens paracliniques.

Le but était de déterminer des facteurs de risque, qui à long terme, induiraient préférentiellement une incontinence anale ou une constipation.

Des éléments tels que le surpoids, la survenue de la ménopause, l'augmentation de l'âge, la survenue de déchirure lors de l'accouchement, ou encore l'extraction instrumentale par spatules de Thierry ont été au cours de notre étude mis en évidence comme des facteurs de risque d'incontinence anale à long terme. Ces éléments avaient déjà été établis comme étant des facteurs de risques de troubles défécatoires par diverses études précédentes.

Cependant, notre étude a mis en évidence une association jusqu'ici méconnue. Une rupture du sphincter anal externe, isolée ou associée à une rupture du sphincter anal interne, est un facteur de risque significatif d'incontinence anale à long terme.

Le diagnostic échographique d'une rupture sphinctérienne anale est simple, et d'une sensibilité maximale. De plus, le sphincter anal externe est le seul à pouvoir être rééduqué.

Cette étude offre donc en terme de perspective une possibilité de diagnostic, de prévention, et de prise en charge optimale de la constipation ainsi d'évacuation, ainsi que de l'incontinence anale.

Pour cela, il est nécessaire qu'une prise en considération, ainsi qu'une prise en charge de ce problème de santé publique soient organisées par les autorités sanitaires et par les praticiens médicaux.

Les sages-femmes, au contact des femmes lors de leur grossesse, au cours des consultations de post-partum, ainsi que du suivi gynécologique de prévention tout au long de la vie de femme, ont toute leur place à prendre dans la prévention, le dépistage, ainsi que le traitement de ces troubles défécatoires.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E, Madelenat P, Mignon M. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of prospective study. *Dis colon Rectum* 2000; 43(5):590-6
- [2] R S Sandler, M C Jordan, and B J Shelton. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *American Journal of Public Health* February 1990: Vol. 80, No. 2, pp. 185-189.
- [3] Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *New England Journal of Medicine* 1993; 329; 1905-11
- [4] Knut Haadem, Saemundur Gudmundsson. Can women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia* 1997; 76: 601-603
- [5] S.J. Pretlove, S. Radley, P. M. Toozs-Hobson, P. J. Thompson, A. Coomarasamy, K. S. Khan. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *International Urogynecology Journal* 2006; 407-417
- [6] Valerie Donnelly, P Ronan O'Connell, Colm O'Herlihy. The influence of oestrogen replacement on faecal incontinence in postmenopausal women. *BJOG: An International Journal of Obstetric and Gynaecology* March 1997 ; 104 (3) 311-315).
- [7] D. Soudan. *Obesity and anal Incontinence*. Springer-Verlag 2010 ; 5 :25-28
- [8] A. Barbier, O. Poujade, R. Fay, O. Thiébauges, M. Levardon, B. Deval. La primiparité est-elle le seul facteur de risque de lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* ; 35 (2) : 101-106

[9] R. A. Guzman rojas, K. L. Shek, S. M. Langer, H. P. Dietz. Prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 461-466

[10] Kathleen Chin. Obstetrics and Fecal Incontinence. *Clin Colon Rectal Surg* 2014 ; 27 :110-112

[11] Anaes. Recommandations pour la pratique clinique : rééducation dans le cadre du post-partum 2002. <http://www.has-sante.fr> (consulté le 23/02/16)

# **ANNEXES**

Annexe 1 : Score de Jorge et Wexner.

Annexe 2 : Score de Kess.

Annexe 3 : Fiche de recueil de l'étude.

## **Annexe 1 :**

### **Questionnaire d'incontinence anale : score de Jorge et Wexner**

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

- (0) Jamais
- (1) Moins de 1 fois par mois
- (2) Moins de 1 fois par semaine
- (3) Plus de 1 fois par semaine
- (4) Un fois par jour ou plus

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

- (0) Jamais
- (1) Moins de 1 fois par mois
- (2) Moins de 1 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. A cause de 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



6. Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ?

- (0) Non
- (1) Légèrement
- (2) Un peu
- (3) Beaucoup
- (4) Considérablement

7. Quel facteur rendez-vous responsable de votre incontinence ?

- (0) Chirurgie
- (1) Accouchements
- (2) Ménopause
- (3) Autre
- (4) Aucun identifié

8. Prenez-vous des médicaments pour vous constiper ?

- Oui       Non

9. Quand vous avez envie d'aller à la selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ?

- Oui       Non

10. Avez-vous des pertes de selles dont vous vous rendez compte après coup ?

- Oui       Non

11. Avez-vous des suintements de l'anus ?

- Oui       Non

## **Annexe 2 :**

### **KESS : Score de constipation**

1. Depuis combien de temps êtes-vous constipé(e) ?

- (0) Entre 0 et 18
- (1) Entre 18 mois et 5 ans
- (2) Entre 5 et 10 ans
- (3) Entre 10 et 20 ans
- (4) Plus de 20 ans

2. Utilisez-vous des médicaments laxatifs ?

- (0) Jamais
- (1) Rare / courte durée
- (2) Fréquent / utilisation régulière
- (3) En continu mais inefficaces

3. Allez-vous à la selle (avec ou sans traitement) ?

- (0) Au moins 1 fois tous les 2 jours
- (1) 2 fois par semaine ou moins
- (2) Moins d'une fois par semaine
- (3) Moins d'une fois toutes les 2 semaines

4. Vous arrive-t-il d'avoir du mal à évacuer ?

- (0) Jamais ou rarement
- (1) De temps en temps
- (2) Régulièrement
- (3) Toujours ou en s'aidant

5. Avez-vous l'impression d'évacuer complètement ?

- (0) Jamais
- (1) Rarement
- (2) De temps en temps
- (3) Fréquemment
- (4) Toujours

6. Avez-vous des douleurs de ventre ?

- (0) Jamais
- (1) Rarement
- (2) De temps en temps
- (3) Fréquemment
- (4) Toujours

7. Avez-vous des ballonnement de ventre ?

- (0) Jamais
- (1) Uniquement perçus par vous-même
- (2) Perçus par vos proches
- (3) Fréquemment
- (4) Toujours

8. Faites-vous des lavements, mettez-vous des suppositoires ou aidez-vous de vos doigts pour évacuer ?

- (0) Jamais
- (1) Lavements et suppositoires occasionnels
- (2) Lavements et suppositoires réguliers
- (3) Aide digitale occasionnelle
- (4) Aide digitale fréquente

9. Combien de temps vous faut-il en moyenne pour évacuer ?

- (0) Moins de 5 minutes
- (1) 5 à 10 minutes
- (2) 10 à 30 minutes
- (3) Plus de 30 minutes

10. Avez-vous des défécations difficiles et douloureuses ?

- (0) Jamais
- (1) Rarement
- (2) De temps en temps
- (3) Fréquemment
- (4) Toujours

11. La consistance de vos selles est-elle ?

- (0) Normale ou molle
- (1) De temps en temps dure
- (2) Toujours dure
- (3) Dure comme des billes

12. Vous arrive-t-il d'avoir besoin d'aller à la selle et de ne pas pouvoir évacuer ?

- (0) Jamais
- (1) Rarement
- (2) De temps en temps
- (3) Toujours

13. La constipation a-t-elle un retentissement sur votre sexualité ?

(0) Non

(1) Légèrement

(2) Un peu

(3) Beaucoup

(4) Considérablement

## **Annexe 3** : fiche de recueil de l'étude

### **UNITE D'EXPLORATION FONCTIONNELLES DIGESTIVES DOSSIER PATHOLOGIE ANO-RECTALE**

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

#### **INTERROGATOIRE :**

Indication des examens : *incontinence anale / constipation*

Ancienneté des symptômes :

Si constipation, vérifier critères de Rome III de constipation fonctionnelle :

*Critères généraux :*

- *Présence pendant au moins les 3 derniers mois sur une période de 6 mois*
- *Critères spécifiques présents lors d'au moins une sur quatre défécations*
- *Critères insuffisants pour un syndrome du côlon irritable*
- *Pas de selle, ou selles défaites rares*

*Critères spécifiques : présence de deux ou plus des critères spécifiques suivants*

- *Efforts à la défécation*
- *Selles dures ou en morceaux*
- *Sensation d'exonération incomplète*
- *Sentiment de blocage ano-rectal ou d'obstruction*
- *Manœuvres manuelles ou digitales nécessaires pour faciliter la défécation*
- *Moins de 3 défécations par semaine*

Sévérité des symptômes (cf score d'incontinence anale ou de constipation) :

Valeur score incontinence anale (Wexner) :

Valeur score constipation (Kess) :

Signes urinaires :

Dyspareunie :

Antécédents obstétricaux :

- Nombre d'accouchements par voie basse :
- Nombre de césarienne :
- Poids du/des nouveau(x) né(s) à la naissance :
- Spatule / forceps :
- Episiotomie :
- Déchirure :

Antécédents chirurgicaux :

Hystérectomie :

Diabète :

Maladie de système :

Maladie inflammatoire des intestins :

Antécédents de radiothérapie :

Antécédents proctologiques :

- Fissure :
- Hémorroïdes
- Fistule :

Antécédents psychiatrique :

Traitement en cours (en particulier traitement antidépresseur) :

**EXAMEN CLINIQUE :**

Tonus :

Contraction volontaire :

Rectocèle :

Cystocèle :

Descente périnéale :

Autre :

## **EXAMENS PARACLINIQUES :**

TTC :

Coloscopie :

Défécographie :

Déféco-IRM :

Autre :

## **MANOMETRIE ANO-RECTALE CONVENTIONNELLE**

Pression de repos

- Partie haute :
- Partie basse

RRAI

- Seuil :
- Amplitude :
- Overshoot :

Ondes lentes :

Ondes ultra-lentes :

Contraction volontaire

- Amplitude :
- Durée :
- Réflexe :

Longueur de la zone de haute pression :

Sensibilité rectale :

- Première sensation :
- Sensation permanente :
- VMT :

Effort de poussée :

## **MANOMETRIE ANO-RECTALE HAUTE RESOLUTION 3D**

### Pression de repos :

- Partie haute :
- Partie basse :

### RRAI :

- Seuil :
- Amplitude
- Overshoot

### Ondes lentes :

### Ondes ultra-lentes :

### Contraction volontaire :

- Amplitude :
- Durée
- Réflexe

### Longueur de la zone de haute pression :

### Sensibilité rectale :

- Première sensation :
- Sensation permanente :
- VMT

### Effort de poussée :

## **ECHO ENDO ANALE**

### Longueur canal anal :

### Epaisseur SAI :

### Epaisseur SAE :

### Rupture SAI :

### Rupture SAE :

### Rectocèle :

### Descente vessie :

### Entéroçèle :

### Asynergie :





## RESUME

**Objectif(s) de l'étude :** Le but de ce travail a été de tenter d'identifier, au sein d'une population de patientes porteuses d'une rupture sphinctérienne suite à un accouchement par voie basse, les facteurs pouvant différencier les patientes souffrant d'incontinence anale (IA) ou d'une constipation d'évacuation (CE).

**Matériels et Méthode :** Etude rétrospective, mono-centrique, réalisée dans le service des explorations fonctionnelles digestives de l'hôpital Nord du Pr VITTON. Toutes les patientes ont été adressées dans ce centre pour exploration par manométrie ano-rectale et échographie endo-anale d'une IA ou d'une CE. Toutes celles chez lesquelles une rupture sphinctérienne était diagnostiquée étaient éligibles. Etaient exclues de l'étude toutes les patientes aux antécédents de chirurgie ou de radiothérapie pelvienne.

**Résultats :** 328 patientes ont été incluses entre Janvier 2011 et Janvier 2014. 206 (63%) souffraient d'IA et 122 (37%) de CE. Concernant les caractéristiques démographiques : l'âge moyen des patientes souffrant d'IA était significativement supérieur à celui des patientes souffrant de CE (59±15 ans vs 54±14 ans,  $p < 0001$ ).

**Conclusion :** Ce travail confirme les données de la littérature en terme d'association de l'IA à l'âge, au poids, aux déchirures périnéales et à l'utilisation de spatules. En revanche, il rapporte pour la première fois une différence concernant la localisation de la rupture : les ruptures du SAE étant plus fréquemment associées à une IA. Si cette donnée était confirmée par d'autres études prospectives, un suivi des patientes et un dépistage plus précoce de l'IA pourrait être proposé de manière plus ciblée.

**Mots clés :** Accouchement par voie basse-Rupture sphincter anal externe-Rupture sphincter anal interne-Incontinence anale-Constipation d'évacuation

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to try to identify, in a population of patients carriers of sphincter rupture following a vaginal delivery, the factors that differentiate patients with anal incontinence (AI), or constipation discharge (CD).

**Materials and methods:** Retrospective, single-center study, conducted at Pr VITTON functional digestive exploration of North hospital. All patients referred to this center for exploration by anorectal manometry and ultrasound endo-anal because of AI or CD. Patients in which sphincter rupture was diagnosed were eligible. Were excluded from the study all patients with antecedents of surgery or pelvic radiotherapy.

**Results:** 328 patients were included between January 2011 and January 2014. 206 (63%) had AI, and 122 (37%) had CE. About the demographic characteristics: the mean age of patients with AI was significantly higher than patients with CE (59 ±15 vs 54 ±14 years,  $p < 0.001$ )

**Conclusion:** This work confirms the literature datas in terms of association of AI with age, weight, perineal tears, and use of spatulas. Instead, it refers for the first time a difference about the location of the rupture: extern sphincter anal ruptures are more frequently associated with AI. If this data will be confirmed by other prospective studies, monitoring of patients and earlier detection of AI could be offered in a more targeted way.

**Key words:** Vaginal delivery-External anal sphincter rupture- Internal sphincter anal rupture- Anal incontinence-Constipation discharge