

# Lésions obstétricales du sphincter de l'anus

Prévention, pronostic et traitement



*Pr Aurélien Venara  
CHU Angers  
Centre du périnée et de l'incontinence  
Service de chirurgie viscérale et endocrinienne  
[auvenara@chu-angers.fr](mailto:auvenara@chu-angers.fr)*

# Liens d'intérêts

---

- L'orateur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts sur le site des JFHOD.

# Conflits d'intérêt

- Aucun en lien avec la présentation
- Conférence d'expert :
  - Takeda
  - Thermofisher
  - Sanofi-Aventis

# Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition et les facteurs de risque
- Connaître leur évolution à moyen et long terme
- Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA
- Connaître les spécificités de la maladie de Crohn
- Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance

# Objectifs pédagogiques

- **Connaître la définition et les facteurs de risque**
- Connaître leur évolution à moyen et long terme
- Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA
- Connaître les spécificités de la maladie de Crohn
- Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance

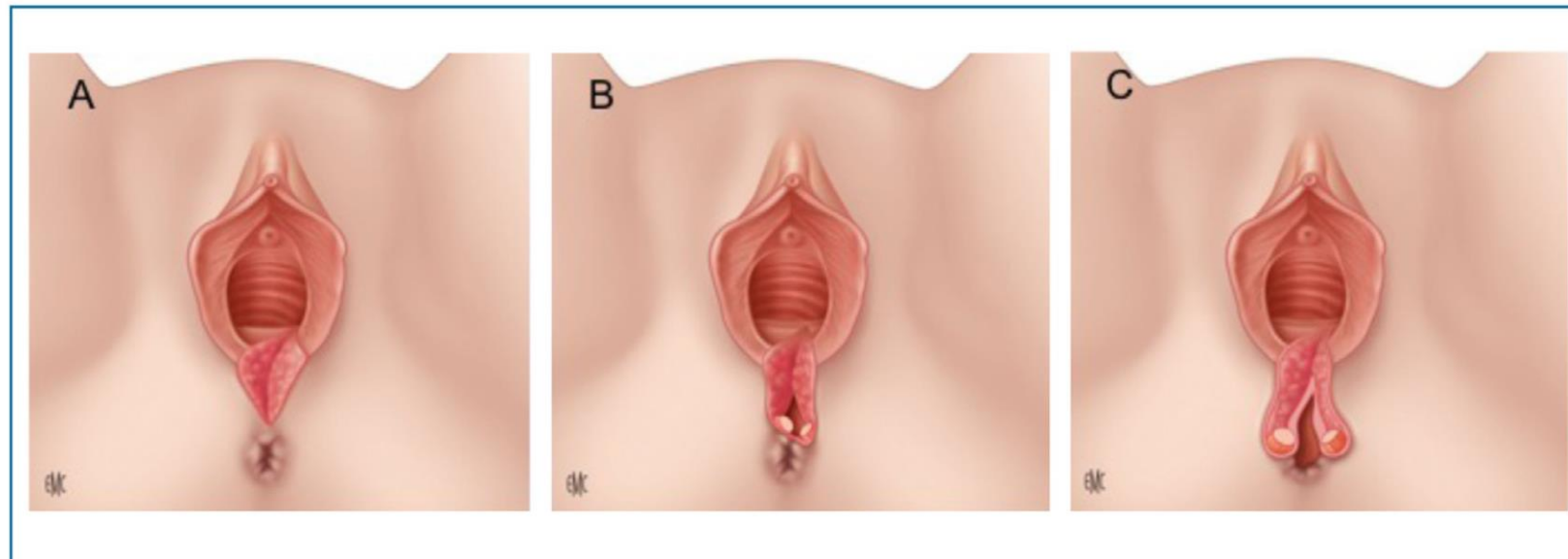
# Définitions

- Déchirures périnéales
- Lésions obstétricales du sphincter anal

	Classification CNGOF (3)	Classification de Sultan (4)	
Atteinte cutanée	Périnée superficiel	Degré 1	Déchirure du périnée
Atteinte musculaire/ noyau central du périnée	Périnée simple	Degré 2	
Atteinte < 50 % du sphincter externe	Périnée complet	Degré 3a	Lésion obstétricale du sphincter anal
Atteinte ≥ 50 % du sphincter externe		Degré 3b	
Atteinte sphincter interne		Degré 3c	
Atteinte muqueuse rectale	Périnée complet compliqué	Degré 4	

# Définitions

- Déchirures périnéales
- Lésions obstétricales du sphincter anal



# Epidémiologie

- Déchirures périnéales : jusqu'à 50% des grossesses
- LOSA (grade III ou IV) : 0.8% des grossesses

**Tableau 2**

Prévalence des LOSA chez les femmes sans accouchement antérieur.

Auteurs	Type d'étude	Année d'étude	Population totale (n)	Femmes sans accouchement antérieur (n)	Prévalence des LOSA (%)
Jangö et al. [23]	Étude de registre	2000–2010	214 256	214 256	6,5
Lowder et al. [25]	Étude de registre	1995–2002	20 674	13 183	16
Hauck et al. [19]	Étude de cohorte rétrospective	2009–2011	10 408	4405	5,4
Smith et al. [26]	Étude prospective observationnelle	2006	2754	1302	6,6
Andrews et al. [27]	Étude prospective observationnelle	2003–2004	254	254	24,4 si spécialiste 13,3 si non spécialiste
Brown et al. [28]	Étude de cohorte rétrospective	2009–2015	10 750	10 750	5,7 –5,4 pour 3 <sup>e</sup> d –0,3 pour 4 <sup>e</sup> d
Baghestan et al. [29]	Étude de registre	1967–2004	828 864	828 864	2,8
Jangö et al. [24]	Étude de registre	1997–2010	159 446	159 446	4,6
Priddis et al. [30]	Étude de registre	2000–2008	510 006	206 891	1,35
Guroł-Urganci et al. [22]	Étude de registre	2000–2012	3 559 687	1 035 523	1,8 (en 2000) 5,9 (en 2012)



# Epidémiologie

- Croissance du nombre de LOSA de 0.8% (2016) à 1.1% (2021)



# Facteurs de risque

- Facteurs maternels
- Facteurs liés à l'accouchement
- Facteurs liés à l'enfant

**Tableau 3**

Facteurs de risque pour les LOSA chez la femme sans accouchement antérieur.

Auteurs	Type d'étude	Patientes (n)	Prévalence LOSA	Facteur d'association
Andrews et al. [27]	Étude prospective observationnelle (NP4)	241	24,4 % si spécialiste 13,3 % si non spécialiste	Si spécialiste Épisiotomie médiolatérale (ORa 4,0 [1,71–9,56]) Poids fœtal, $p=0,021$ Si praticien non spécialiste
Brown et al. [22]	Étude de cohorte rétrospective (NP4)	10 750	5,7 %	Forceps (ORa 6,021 [1,23–19,45]) Pds de naissance > 4 kg (ORa 2,31 [1,68–3,17]) Forceps (ORa 2,48 [1,96–3,14]) Ventouse (ORa 1,68 [1,30–2,16])
Hauck et al. [19]	Étude de cohorte rétrospective (NP4)	4405	5,4 %	Origine Asie du sud (ORa 3,62 [2,87–4,56]) Ethnie asiatique/indienne (ORa 2,34 [1,75–3,13]) 2 <sup>e</sup> phase du travail > 1 heure (ORa 1,98 [1,46–2,68]) Dystocie des épaules (ORa 2,44 [1,32–4,51]) Présentation postérieure (ORa 3,35 [1,75–6,41]) Aide à l'accouchement (ORa 1,98 [1,43–2,75])
Jangö et al. [23]	Étude de registre (NP3)	214 256	6,5 %	Ventouse sans épisiotomie (ORa 2,99 [2,86–3,12]) Poids de naissance (ORa, 2,76 [2,62–2,90]) Présentation postérieure (ORa 1,34 [1,22–1,46]) Forceps (ORa 1,95 [1,39–2,75]) Dystocie des épaules (ORa 1,33 [1,16–1,53])
Lowder et al. [25]	Étude de registre (NP3)	13 183	16 %	Forceps (OR 3,0 [2,5–3,1]) Épisiotomie médiane (OR 2,8 [2,5–3,1]) Poids de naissance $\geq 3,5$ kg (OR 1,9 [1,9–2,0]) 2 <sup>e</sup> phase du travail prolongée (OR 1,8 [1,4–2,3]) Ventouse (OR 1,7 [1,5–2,0])
Guroi-Urganci et al. [22]	Étude de registre (NP3)	1 035 523	1,8 à 5,9 %	Ethnie asiatique (ORa 2,27 [2,14–2,41]) Âge > 30 ans (ORa 1,07 [1,04–1,11]) AVB avec épisiotomie (ORa 0,57 [0,51–0,63]) Forceps sans épisiotomie (ORa 6,53 [5,57–7,64]) Forceps avec épisiotomie (ORa 1,34 [1,21–1,49]) Ventouse sans épisiotomie (ORa 1,89 [1,74–2,05]) Ventouse avec épisiotomie (ORa 0,57 [0,51–0,63]) Macrosome (ORa 2,27 [2,18–2,36]) Dystocie des épaules (ORa 1,90 [1,72–2,08])

# Facteurs de risque

- Facteurs maternels
- Facteurs liés à l'accouchement
- Facteurs liés à l'enfant

**Tableau 3**  
Facteurs de risque pour les LOSA chez la femme sans accouchement antérieur.

Auteurs	Type d'étude	Patientes (n)	Prévalence LOSA	Facteur d'association
Andrews et al. [27]	Étude prospective observationnelle (NP4)	241	24,4 % si spécialiste 13,3 % si non spécialiste	<p><b>Si spécialiste</b>  <b>Épisiotomie médiolatérale (ORa 4,0 [1,71–9,56])</b>            Poids fœtal, <math>p=0,021</math>            Si praticien non spécialiste            Forceps (ORa 6,021 [1,23–19,45])            Pds de naissance &gt; 4 kg (ORa 2,31 [1,68–3,17])            Forceps (ORa 2,48 [1,96–3,14])            Ventouse (ORa 1,68 [1,30–2,16])            Origine Asie du sud (ORa 3,62 [2,87–4,56])            Ethnie asiatique/indienne (ORa 2,34 [1,75–3,13])            2<sup>e</sup> phase du travail &gt; 1 heure (ORa 1,98 [1,46–2,68])            Dystocie des épaules (ORa 2,44 [1,32–4,51])            Présentation postérieure (ORa 3,35 [1,75–6,41])            Aide à l'accouchement (ORa 1,98 [1,43–2,75])</p>
Brown et al. [22]	Étude de cohorte rétrospective (NP4)	10 750	5,7 %	Ventouse sans épisiotomie (ORa 2,99 [2,86–3,12]) Poids de naissance (ORa, 2,76 [2,62–2,90]) Présentation postérieure (ORa 1,34 [1,22–1,46]) Forceps (ORa 1,95 [1,39–2,75]) Dystocie des épaules (ORa 1,33 [1,16–1,53]) Forceps (OR 3,0 [2,5–3,1]) <b>Épisiotomie médiane (OR 2,8 [2,5–3,1])</b>
Hauck et al. [19]	Étude de cohorte rétrospective (NP4)	4405	5,4 %	Poids de naissance $\geq 3,5$ kg (OR 1,9 [1,9–2,0]) 2 <sup>e</sup> phase du travail prolongée (OR 1,8 [1,4–2,3]) Ventouse (OR 1,7 [1,5–2,0]) Ethnie asiatique (ORa 2,27 [2,14–2,41]) Âge > 30 ans (ORa 1,07 [1,04–1,11]) AVB avec épisiotomie (ORa 0,57 [0,51–0,63]) Forceps sans épisiotomie (ORa 6,53 [5,57–7,64]) Forceps avec épisiotomie (ORa 1,34 [1,21–1,49]) Ventouse sans épisiotomie (ORa 1,89 [1,74–2,05]) Ventouse avec épisiotomie (ORa 0,57 [0,51–0,63]) Macrosome (ORa 2,27 [2,18–2,36]) Dystocie des épaules (ORa 1,90 [1,72–2,08])
Jangö et al. [23]	Étude de registre (NP3)	214 256	6,5 %	
Lowder et al. [25]	Étude de registre (NP3)	13 183	16 %	
Guroi-Urganci et al. [22]	Étude de registre (NP3)	1 035 523	1,8 à 5,9 %	

# Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition et les facteurs de risque
- **Connaître leur évolution à moyen et long terme**
- Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA
- Connaître les spécificités de la maladie de Crohn
- Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance

# Conséquences à distance de l'accouchement

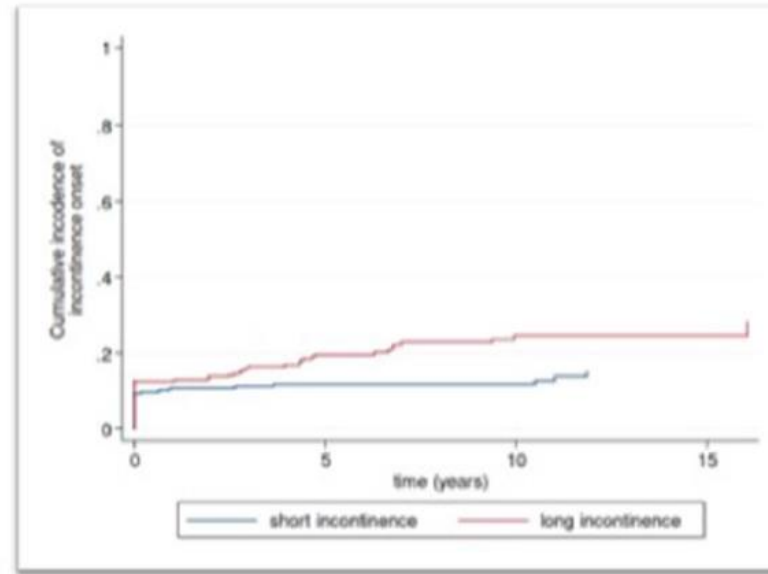
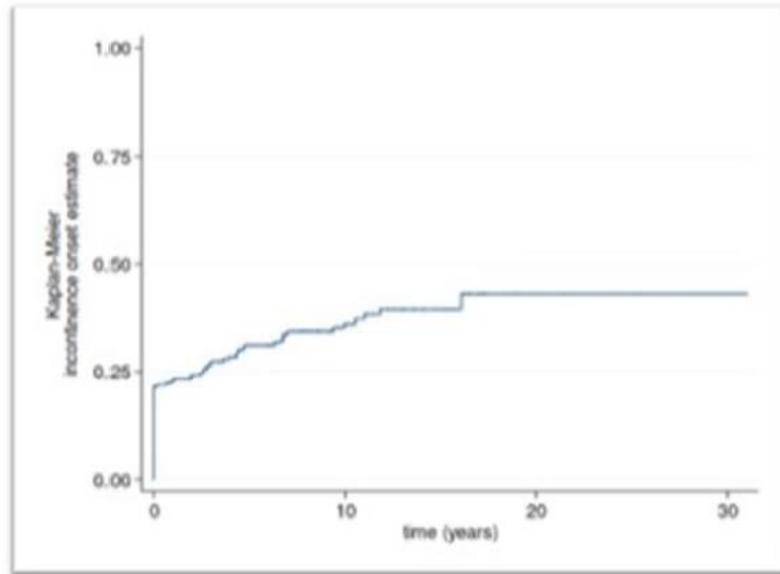
- A court terme
  - Rétention aiguë d'urine (41%)
  - Complications « habituelles » (8%)
  - Incontinence anale
- A moyen terme
  - Fistule ano-vaginale (1-3%)
  - Dyspareunie et troubles de la lubrification (29-50%)
  - Incontinence anale
- A long terme
  - Incontinence anale

# Conséquences à + ou - long terme



Délai par rapport à l'accouchement	Populations concernées	Prévalence de l'incontinence anale
<i>Fin de grossesse</i>	Toutes femmes	5,1 % -33 %
<i>à 2 mois de l'accouchement</i>	LOSA	45,50 %
<i>à 6 mois de l'accouchement</i>	Toutes femmes	14,2 %
<i>à 1 an de l'accouchement</i>	Toutes femmes	13,3-17,3 %
	LOSA	14-33 %
<i>à 4 ans de l'accouchement</i>	Toutes femmes	7,10 %
<i>à 6 ans de l'accouchement</i>	Toutes femmes	13,7-21 %
	LOSA	> 20 %
<i>&gt; 10 ans de l'accouchement</i>	LOSA	38-61 %

# Evolution de l'incontinence fécale



**Table 2** Results of the fecal incontinence quality of life (FIQL) score based on the presence or absence of current fecal incontinence

Results of the FIQL score	Women with no previous fecal incontinence or resolved episodes of fecal incontinence (n= 182)	Women with ongoing fecal incontinence (n=45)	p-value
Lifestyle	39.69 ± 2.24	38.67 ± 1.97	p=0
Behavior	35.33 ± 2.88	31.25 ± 5.69	p=0
Depression and self-esteem	29.28 ± 2.02	28.03 ± 2.59	p=0.0009
Embarrassment around others	11.76 ± 1.19	10.75 ± 2.00	p=0

# Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition et les facteurs de risque
- Connaître leur évolution à moyen et long terme
- **Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA**
- Connaître les spécificités de la maladie de Crohn
- Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance



# Conséquences sur une future grossesse

- La césarienne ne protège pas du risque d'incontinence anale après LOSA à 6 mois d'une future grossesse

*Abramowitz L et al. BJOG 2021*

- Augmentation du risque de LOSA en cas d'accouchement par voie basse (Risque = 5 à 10,2%)

*Jangö H et al. Am J Obstet Gynecol 2017; D'Souza JC et al. Int Urogynecology 2020*

# Conséquences sur une future grossesse

- Quelle voie d'accouchement proposer ?

- *Fonction du souhait de la femme +++*

*Etude de suivi de qualité de vie. Incontinence anale = 39,4%. Malgré cela, seules 9% des femmes ayant une incontinence anale et 13% des femmes ayant une incontinence fécale regrettaient leur choix de ne pas avoir réalisé de césarienne.*

*Huebner M et al. Int J Gynecol Obstet 2013*

- *Pas de césarienne systématique / Proposée uniquement en cas de séquelles fonctionnelles*

*Ducarme G et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2019*

# Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition et les facteurs de risque
- Connaître leur évolution à moyen et long terme
- Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA
- **Connaître les spécificités de la maladie de Crohn**
- Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance

# Maladie de Crohn

- Pas de recommandations
- Césarienne systématique pour les femmes ayant une maladie de Crohn active ou une anastomose iléo-anale

*Foulon A et al. Inflamm Bowel Dis 2017*

- Pour le CNGOF:
  - Pas de recommandation de césarienne systématique mais uniquement en cas de lésion périnéale active

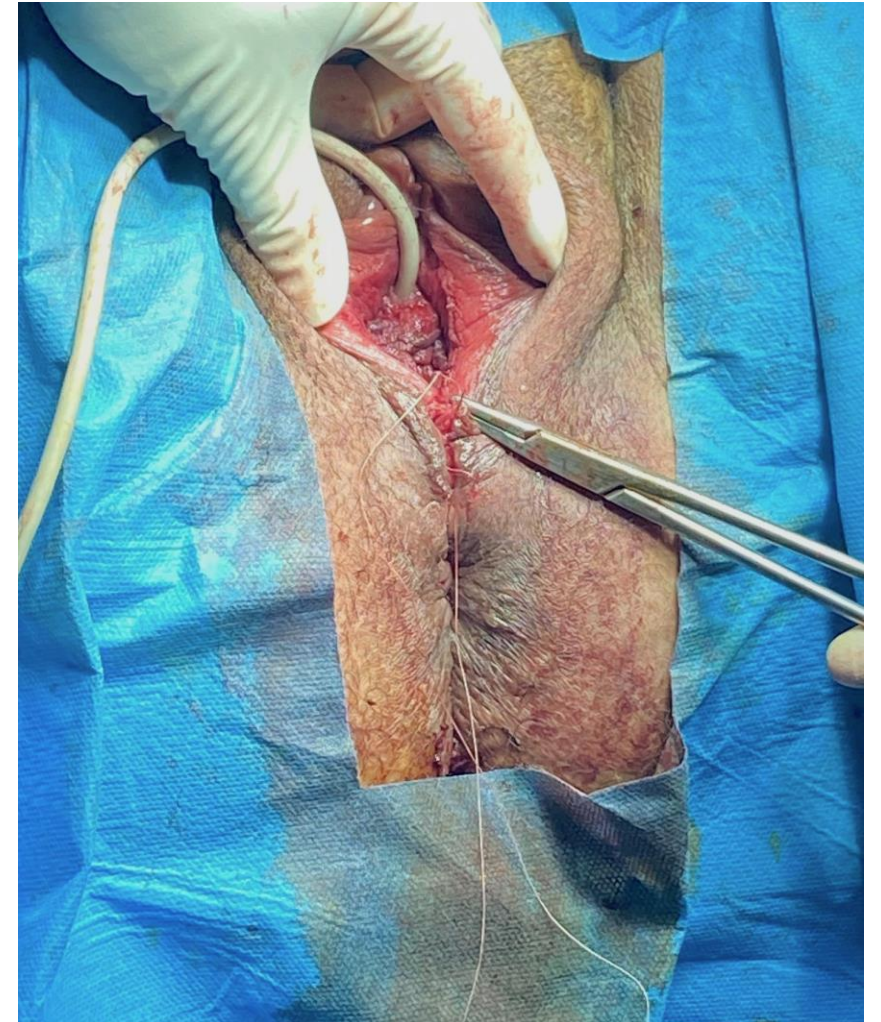
*Ducarme G et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2019*

# Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition et les facteurs de risque
- Connaître leur évolution à moyen et long terme
- Savoir orienter les modalités de l'accouchement en fonction des facteurs de risque de LOSA
- Connaître les spécificités de la maladie de Crohn
- **Connaître les principes de prise en charge en post-partum immédiat et à distance**

# Prise en charge aiguë

- **Prise en charge différée : 6-12 heures sans conséquence**
- Sutures
  - Plan par plan (individualiser les sphincters)
  - En paletot ou bout à bout
  - Fil résorbable
- Geste chirurgical encadré par une C2G
- Pas de stomie d'emblée



# Soins postopératoires

- Laxatifs type Lactulose **au moins 15 jours**
- Limiter les efforts de poussées
- Soins d'hygiène
- Eviction des rapports?
- Rééducation postpartum?

## Evaluation of Postpartum Pelvic Floor Physical Therapy on Obstetrical Anal Sphincter Injury: A Randomized Controlled Trial

Emily Von Bargen, DO<sup>1,2,3</sup>, Miriam J. Haviland, MSPH<sup>1,3</sup>, Olivia H. Chang, MD, MPH<sup>1,3</sup>, Jessica McKinney, PT, MS<sup>4</sup>, Michele R. Hacker, ScD<sup>1,3</sup>, Eman Elkadry, MD<sup>2,3</sup>

**Tableau 2** Prise en charge de la LOSA à court terme selon la filière digestive (spécialistes de l'anus et du rectum) et la filière gynécologique (spécialistes de la naissance).

	Sphère gynécologique (n = 78) (%)	Sphère digestive (n = 57) (%)	p
Prise en charge précoce de LOSA III–IV (< 24 h de la lésion)			< 0,001
Jamais	13 (16,7)	29 (50,9)	
Occasionnellement (< 5/an)	38 (48,7)	25 (43,9)	
Souvent (5–20/an)	0	2 (3,5)	
Très souvent (> 20/an)	27 (34,6)	1 (1,8)	
Suturez-vous les LOSA plan par plan, oui (%) :	61 (98,4)	26 (89,7)	0,09
Utilisez-vous du fil résorbable ? :			< 0,001
Dans les tissus profonds (%)	4 (6,5)	8 (29,6)	
Dans les tissus superficiels (%)	2 (3,2)	5 (18,5)	
Les deux (%)	56 (90,3)	14 (51,9)	
Suturez-vous :			0,21
Bout à bout (%)	21 (36,8)	14 (46,7)	
En paletot (%)	27 (47,4)	15 (50)	
Cela dépend (%)	9 (15,8)	1 (3,3)	
Essayez-vous de suturer le sphincter interne ? oui (%)	31 (47)	21 (53,8)	0,49
Recommandez-vous la réalisation de massages périnéaux ? oui (%)	12 (19,4)	3 (9,7)	0,23
Recommandez-vous des soins locaux ?			0,18
Oui, par une infirmière (%)	7 (10,8)	6 (18,8)	
Oui, seule (%)	43 (66,2)	15 (46,9)	
Non, seulement des soins d'hygiène (%)	15 (23,1)	11 (34,4)	
Recommandez-vous la prescription d'une antibiothérapie ? Oui (%)	30 (46,9)	21 (61,6)	0,08
Recommandez-vous la prise de laxatifs postopératoires ? Oui (%)	52 (80)	31 (93,9)	0,07
Recommandez-vous une consultation avec un spécialiste de l'anus et du rectum ? Oui (%)	11 (17,7)	18 (52,9)	< 0,001

Venara et al. *J Visc Surg* 2021

**Conclusion:** At 12 weeks postpartum, the PFPT group reported a significant improvement in pelvic floor symptoms and bother compared to the standard care group.

# Consultation à 3-6 mois

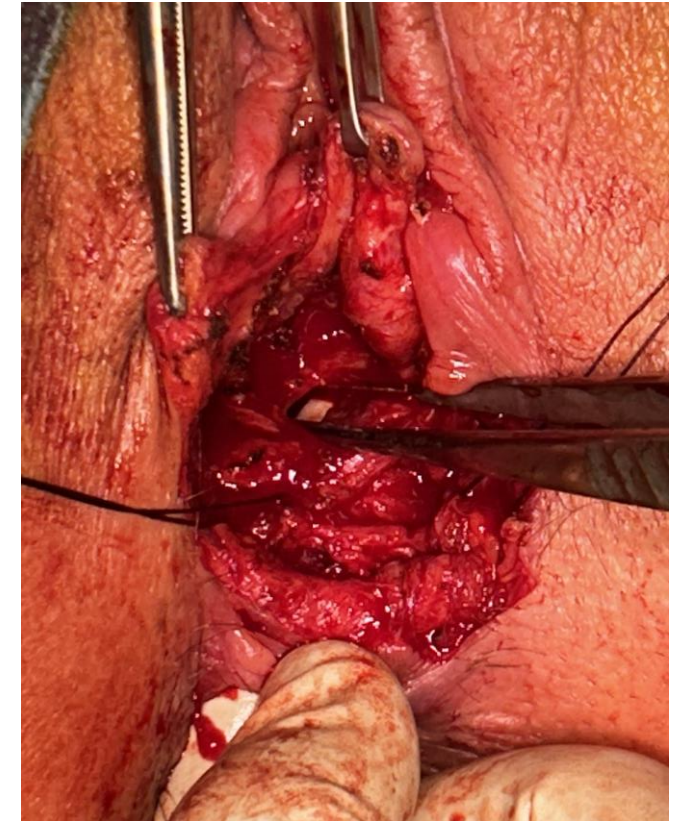
- Rassurer la patiente
- Interrogatoire
  - Constipation/dyschésie
  - Perte gaz/selles
  - Pus/matières/gaz dans le vagin
- Clinique





# Prise en charge des fistules ano-vaginales

- Chirurgie différée de 3 – 6 mois
- Fermeture spontanée : 7-10%
- Si chirurgie : fermeture systématique de l'orifice rectal
- Type de procédures :
  - Lambeau d'abaissement muqueux
  - Lambeau gracile ou Martius
  - Intervention de Musset
- Stomie ?



# Quel traitement privilégié pour les fistules ano-rectovaginales

ORIGINAL ARTICLE



## Ano-rectovaginal fistula after obstetrical anal sphincter injury: Diverting stoma does not improve the surgical results

Aurélien Venara<sup>1,2,3</sup> | Bertrand Trilling<sup>4,5</sup> | Marie Ngoma<sup>6</sup> | Charène Brochard<sup>7,8</sup> | Emilie Duchalais<sup>9</sup> | Laurent Siproudhis<sup>7,8</sup> | Jean-Luc Faucheron<sup>4,5</sup> | Vincent de Parades<sup>6</sup> | Arnaud Alves<sup>10,11</sup> | Eddy Cotte<sup>12,13</sup> | Mehdi Ouaiissi<sup>14</sup> | Valérie Bridoux<sup>15</sup> | Lisa Corbière<sup>16</sup> | Jeanne Heraud Jr<sup>17</sup> | Pablo Ortega-Deballon<sup>18</sup> | Fawaz Abo-Alhassan<sup>18</sup> | Jean-Francois Hamel<sup>19</sup>

The management of ARVF following OASIS is complicated and leads to a high risk of recurrence. The creation of a diverting stoma is not essential because it does not improve the success rate of surgery, but it could be performed in order to improve pa-

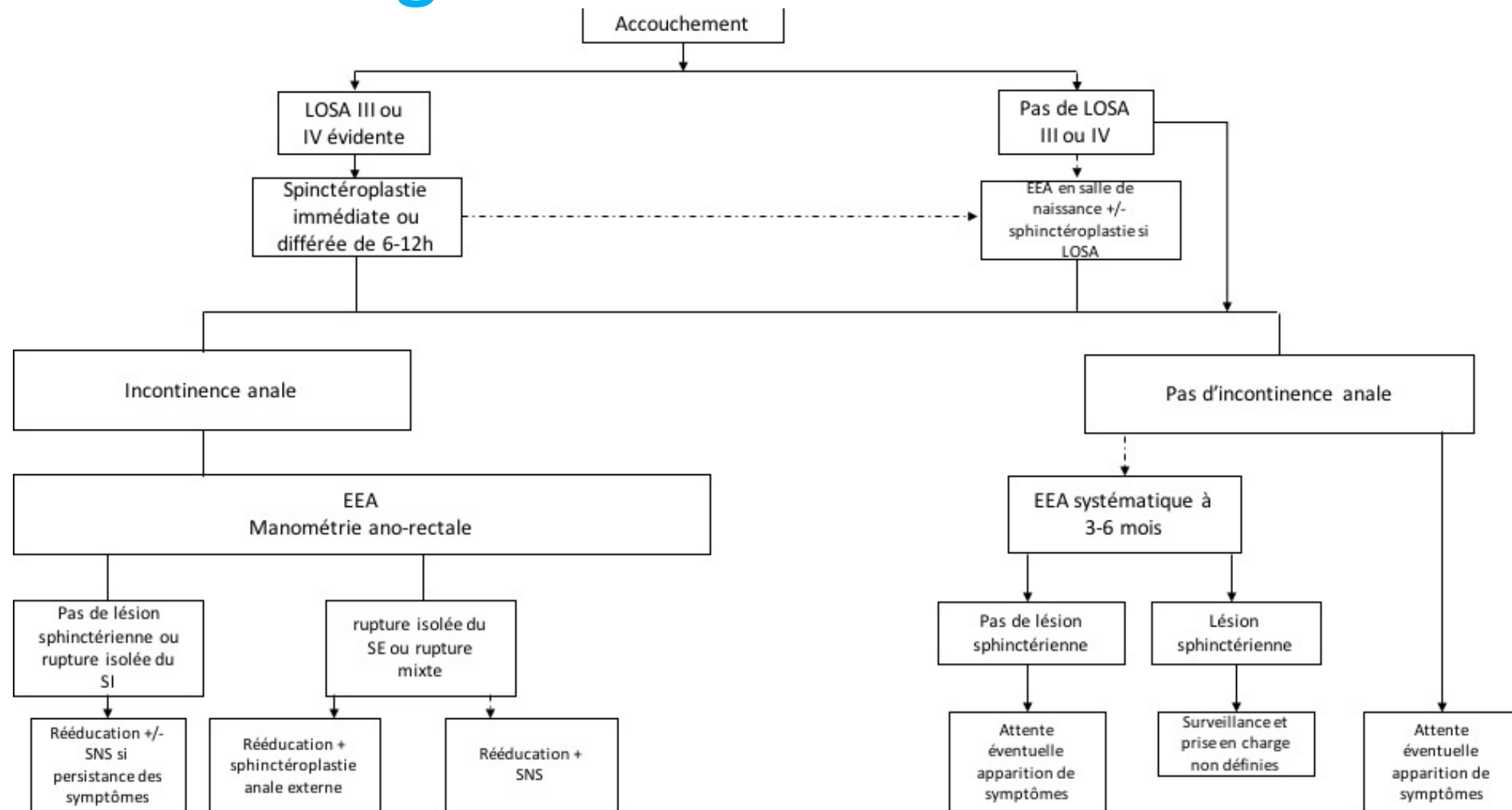
tients' quality of life and reduce the symptoms. An endorectal flap could be a good option for initial treatment of ARVF, but in cases of failure the Martius flap or Musset procedure should probably be performed.

TABLE 3 Multivariate analysis of the predictive factors for successful surgery

	Odds ratio	95% confidence interval	p-value
Diverting stoma	1.46	0.31-6.9	0.64
Procedure (ref: ERAF)			
Ablation of the seton	1.13	0.23-5.53	0.88
Glue	2.19	0.43-11.2	0.35
Martius flap	4.13	1.1-15.54	0.04
Vaginal flap	2.46	0.44-13.71	0.31
Musset procedure	5.89	1.77-18.87	0.004
Other	1.81	0.56-5.78	0.32
Rank of the surgery	1.37	0.75-2.51	0.29
Interaction between the diverting stoma and the rank of the surgery	0.73	0.38-1.39	0.34
BMI > 25 kg/m <sup>2</sup>	0.71	0.31-1.60	0.41

Abbreviation: ERAF, endorectal advancement flap.

# Prise en charge de l'incontinence



# Prise en charge de l'incontinence : Echographie endoanale

- Après LOSA suturée, persistance d'une lésions sphinctérienne dans 37,5 à 85% des cas
- Lésion sphinctérienne : corrélée à une aggravation du score de St Mark's

*Sioutis D et al, 2017; Giroux M et al, 2023*

# Prise en charge de l'incontinence : Manométrie anorectale

- Informations sur la possibilité d'une rééducation abdominopérinéale
- Donne des informations sur la gravité de l'incontinence (Pressions de repos = diminuées en cas de lésion sphinctérienne interne)

# Prise en charge de l'incontinence : traitement

- Traitement médical de première intention (laxatifs de lest / lavements/ ralentisseurs de transit)
- Rééducation abdominopérinéale
- Stimulation tibiale percutanée
- Traitement chirurgical

# Traitement chirurgical : sphinctéroplastie

International Journal of Colorectal Disease (2021) 36:2775–2778  
<https://doi.org/10.1007/s00384-021-04026-1>

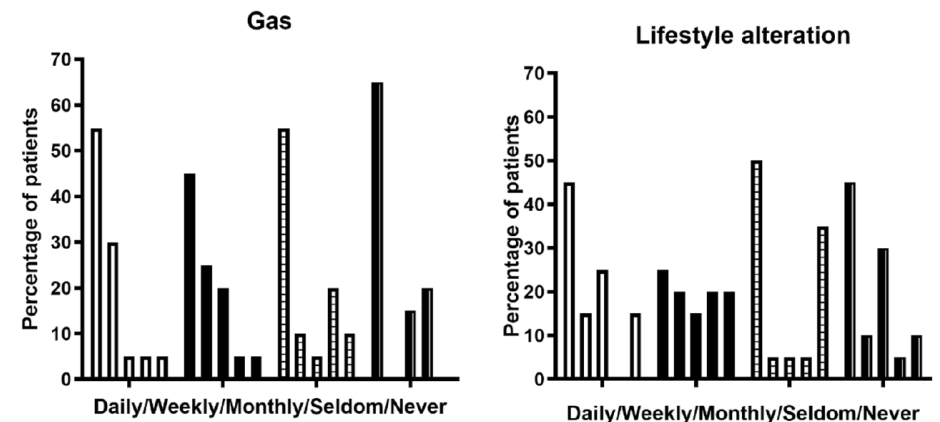
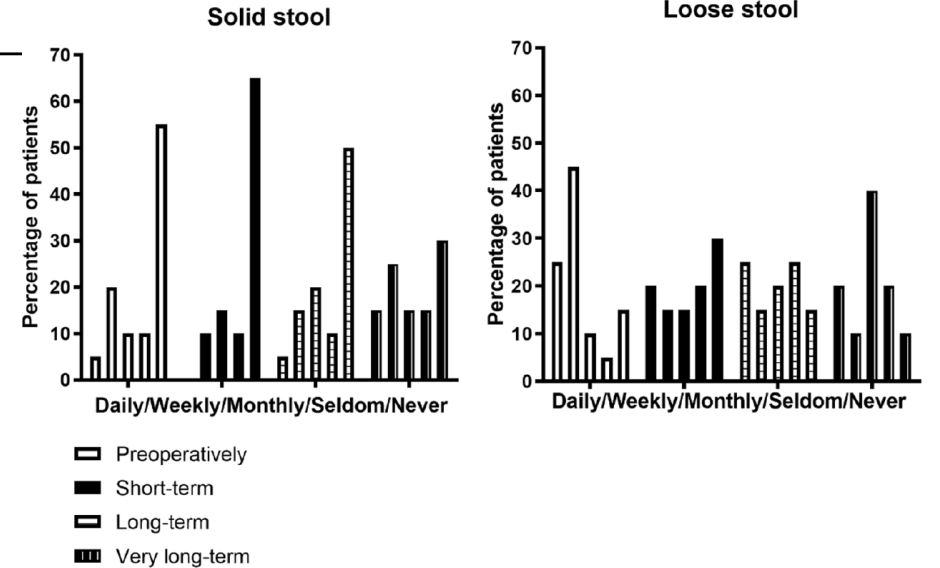
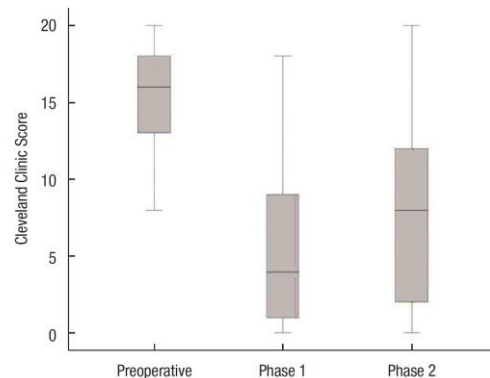
## SHORT COMMUNICATION

### Short-, long-, and very long-term results of secondary anterior sphincteroplasty in 20 patients with obstetric injury

Helene Marie Haug<sup>1</sup> · Erik Carlsen<sup>1</sup> · Hans-Olaf Johannessen<sup>1</sup> · Egil Johnson<sup>1,2</sup>

### Long-term evolution of continence and quality of life after sphincteroplasty for obstetric fecal incontinence

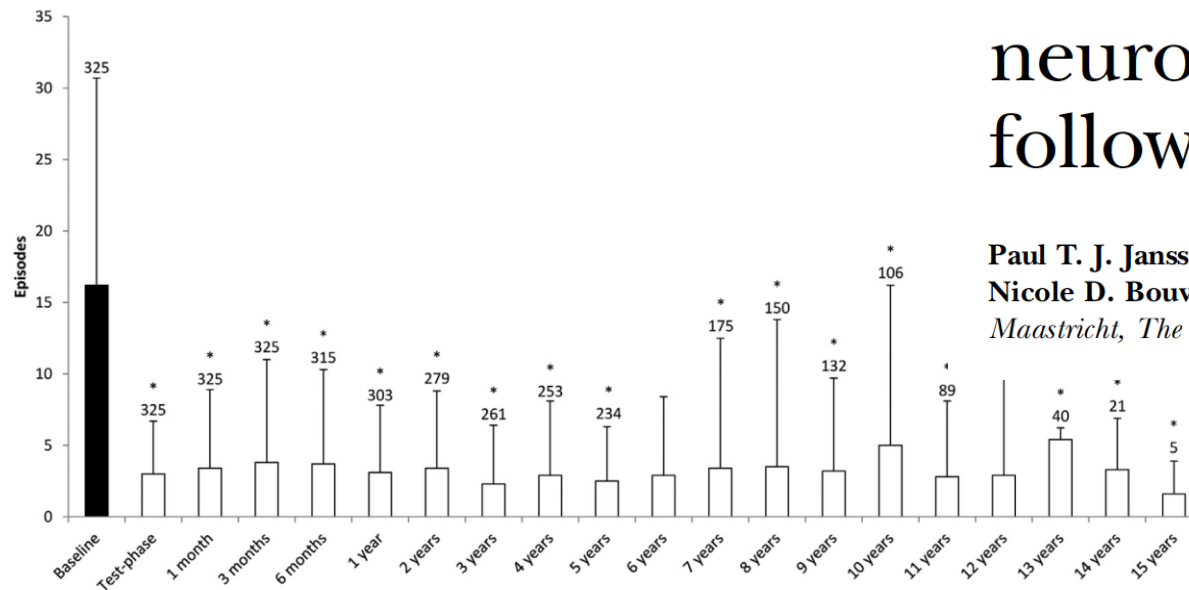
Vicente Pla-Martí<sup>1,2</sup>, Jose Martín-Arévalo<sup>2</sup>, Rosa Martí-Fernández<sup>2</sup>, David Moro-Valdezate<sup>1,2</sup>,  
 Stephanie García-Botello<sup>1,2</sup>, Alejandro Espí-Macías<sup>1,2</sup>, Miguel Mínguez-Pérez<sup>3</sup>, Maria Dolores Ruiz-Carmona<sup>4</sup>,  
 Jose Vicente Roig-Vila<sup>5</sup>



# Traitement chirurgical: neuromodulation

## Fecal incontinence treated by sacral neuromodulation: Long-term follow-up of 325 patients

Paul T. J. Janssen, MD, Sara Z. Kuiper, BSc, Laurents P. S. Stassen, MD, PhD,  
Nicole D. Bouvy, MD, PhD, Stephanie O. Breukink, MD, PhD, and Jarno Melenhorst, MD, PhD,  
Maastricht, The Netherlands



ig 3. Incontinence episodes per 3 weeks; values are represented as mean  $\pm$  SD. Numbers represent number of patients  
t follow-up. \*Statistically different compared with baseline.

**Conclusion.** Long-term efficacy of sacral neuromodulation can be maintained in about half (52.7%) of all patients screened with sacral neuromodulation for fecal incontinence after a mean follow-up of 7.1 years. Importantly, the quality of life of patients with sacral neuromodulation for fecal incontinence did not differ from the general population. (Surgery 2017;161:1040-8.)



# Pourquoi réparer d'emblée?

- Parce que la patiente a moins de 50 ans
- Parce que la SNS est aussi efficace si elle est réalisée avant et après 70 ans

*Mege D et al. Colorectal Dis 2019*

- Parce que, comme la sphincteroplastie, la SNS a une efficacité qui diminue dans le temps

*Desprez C et al. Ann Surg 2022*

# Points forts

- LOSA = environ 1% des accouchements
  - 1/3 : incontinence fécale
  - 1-2% : fistule ano-vaginale
- Ces complications doivent être recherchées au cours d'un examen clinique dédié
- Après une LOSA : il est possible d'accoucher par voie vaginale sans sur-risque d'incontinence anale
- Après une LOSA, la césarienne ne protège pas du risque d'incontinence anale
- La maladie de Crohn avec lésions périnéales actives doit faire recommander une césarienne

# Points forts

- En France, les LOSA surviennent dans 1 % des accouchements dont deux tiers se compliquent d'une incontinence anale et 1 à 2 % d'une fistule ano-vaginale.
- L'incontinence anale et la fistule ano-vaginale sont rarement évoquées par les femmes et doivent donc être recherchées systématiquement en post partum.
- Après une première LOSA, les femmes asymptomatiques et sans lésion périnéale visible lors de l'examen peuvent accoucher par voie basse sans sur-risque d'incontinence anale à court terme.
- Après une première LOSA, la césarienne ne protège pas du risque d'incontinence anale.
- La maladie de Crohn avec lésions périnéales actives doit faire recommander un accouchement par césarienne.