JFHOD 2014
www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris

Tout sur l'anus des parturientes

Laurent Abramowitz
Proctologie médico-chirurgicale,
Service de gastroentérologie
Hôpital Bichat, Paris
Et cabinet Libéral

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Financement d'études : ABBVIE, BAYER, Pierre Fabre, SANOFI
- Conseils scientifiques et formations : BAYER, MEDAPHARMA, MEDTRONIC, PERISTEEN, SANOFI, SERVIER, Techni-Pharma

- J'ai aussi mangé des gâteaux sur plein de stands des JFHOD…

Objectifs pédagogiques

- Epidémiologie des complications (classification par ordre de fréquence)
- Peut-on les prévenir ?
- Principes thérapeutiques en post partum, et en cas d'allaitement
- Traitement médical des principales complications
- Place de la chirurgie proctologique en post partum ?

JFHOD 2014
www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris

Incontinence anale du post-partum

Prévalence Inc anale

- Damon et al (2):Pop générale >18 ans = 5,1%

- Impact sur QdV souvent majeur
  - Métier ou activités (enseignante, routier…)
  - Sévérité IA

(1) Damon et al. Gastroenterol Clin Biol 2006

Principales étiologies de l'incontinence anale

- Chirurgie ano-rectale
- Dyschésie chronique
- Accouchement par voie vaginale
- Diarrhée
- Diabète

…

Introduction

- Révélation selon St Marks (hospital) il y a 20 ans Contexte très difficile

  - Obstétricien, sage femme (échec !)
  - Patiente (honte, retentissement psychique…)

- Tabou ➔ Poser la question

Épidémiologie

- Primipare ➔ 13 % d'IA *de novo* (1, 2)
- 1 à 2 % pour les selles (700 000 acc/an)
- Secondipares même incidence (3-4)
- 3,5% IA et IU

(1) Sultan et al. N E J M 1993; 329:1905-11.
(2) Oberwalder et al. Méta-analyse. B J Surj 2003; 1333-37.
(3) Abramowitz et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(4) Fynes et al. Lancet 1999; 354: 983-6.

Évolution au cours du temps

- Amélioration lors des premiers mois (1) :

  ➔ stade 3 et 4

  A 1 mois : 21 % d'IA (4 % d'Inc selles)

  A 1 an : 7 % d'IA (0 % d'Inc selles)

- Persistance IA si : IU associée et/ou multipare (2)

- Aggravation 20 ans après acc (3) :

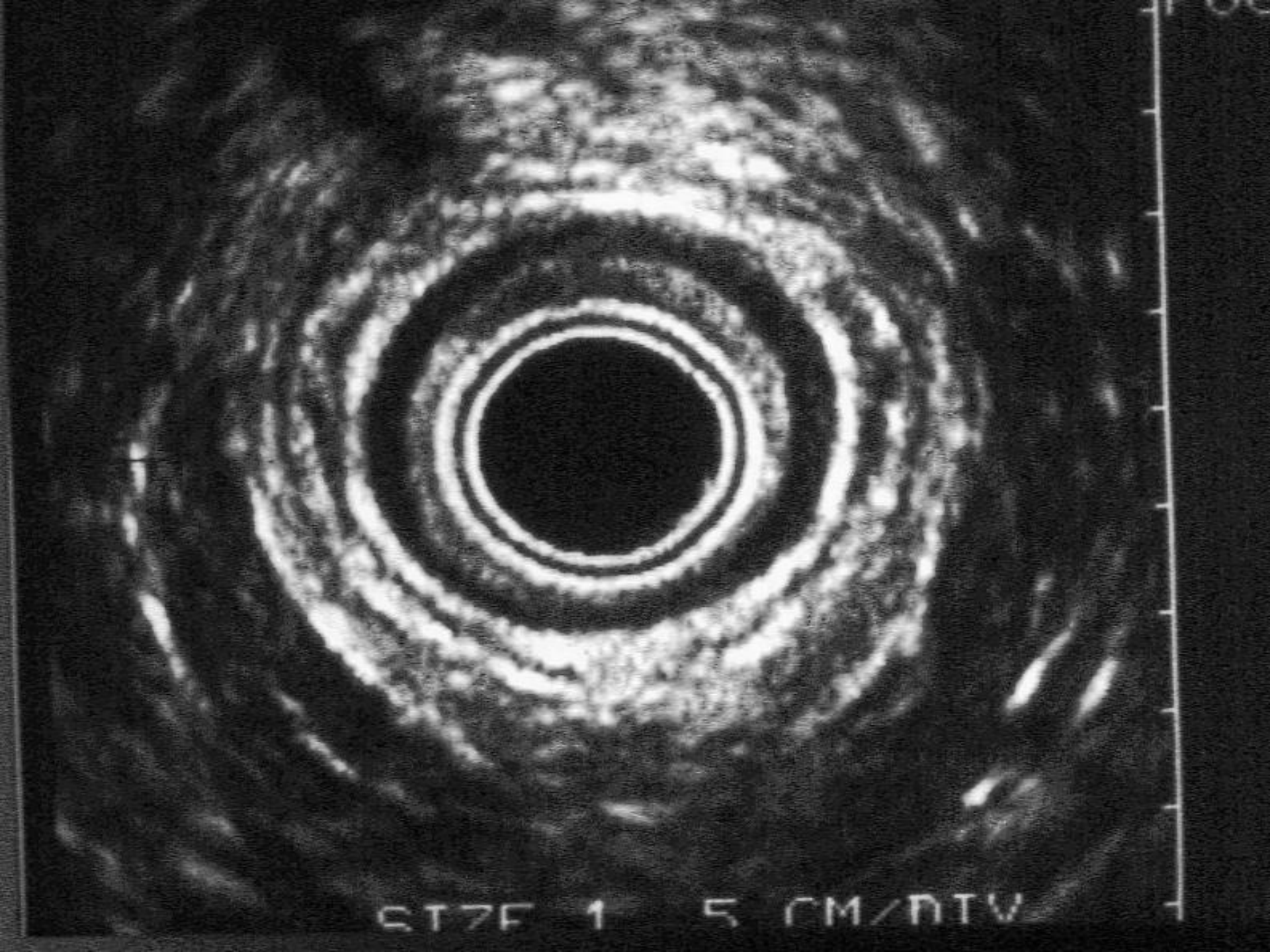
  ➔ Si déchirure périnée : 29 % IA fécale vs 3 % si absence de déchirure

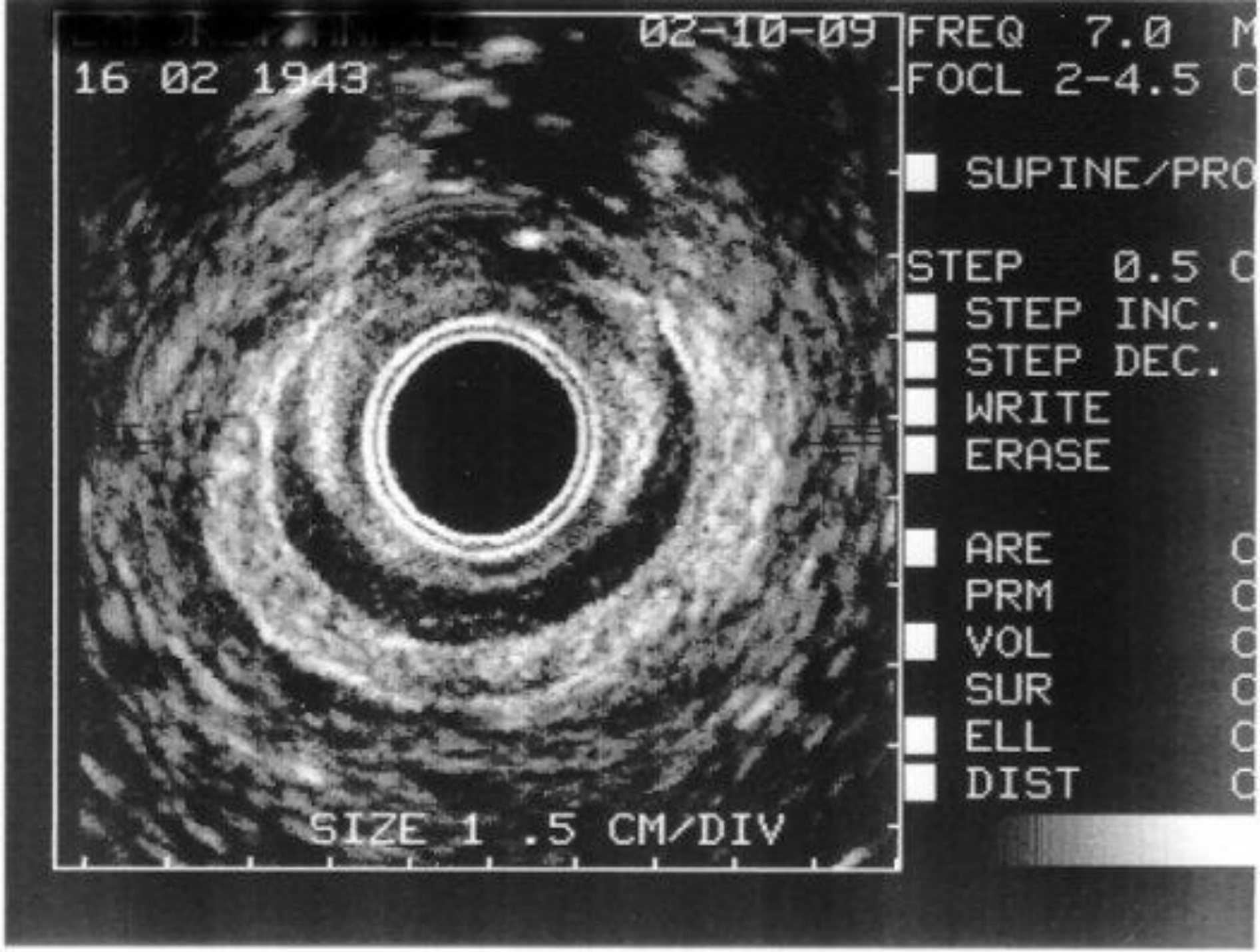
(1) Sander P et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999; 10: 177-81.
(2) Ryhammer AM et al. Dis Colon Rectum 1995; 38: 1206-9.
(3) Haadem K et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 601-3.

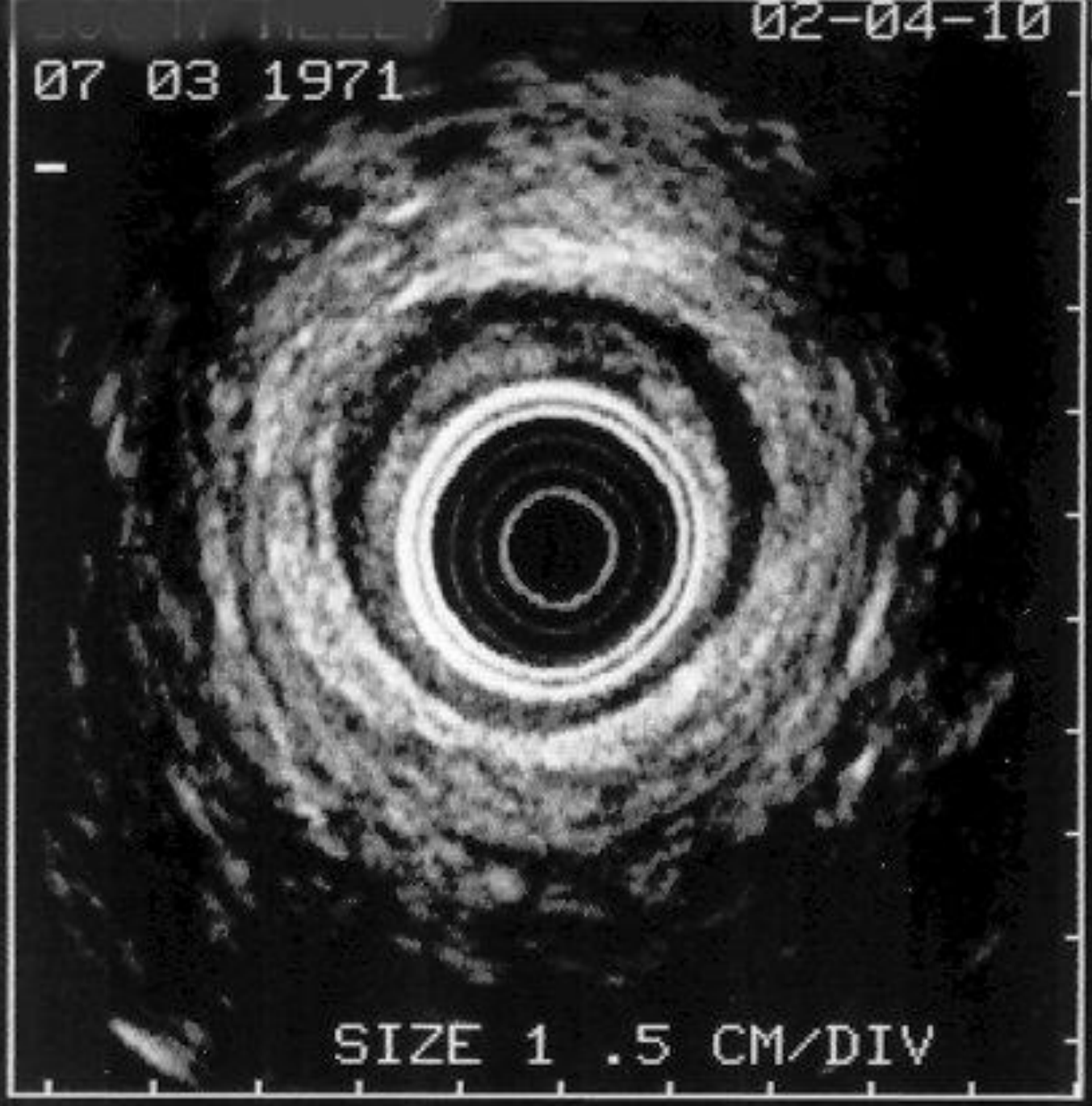
Lésions anatomiques

- Sphincters anaux
  - Même si pas de déch clinique
  - Ext > Int
  - 1ère cause d'IA après acc
  - Seulement 25 à 50 % des rpts → IA
- Nerf honteux interne

- Lésions associées à baisse CV
- Régressent dans post-partum immédiat
- De moins en moins réversibles avec les acc, la dyschésie…


STEP 1 5 CM/DIV


02-10-09
16 02 1943
FREQ 7.0 M
FOCL 2-4.5 C
SUPINE/PRO
STEP 0.5 C
STEP INC.
STEP DEC.
WRITE
ERASE
ARE
PRM
VOL
SUR
ELL
DIST
SIZE 1 .5 CM/DIV


02-04-10
FREQ 7.0
07 03 1971
FOCL 2-4.5
SIZE 1 .5 CM/DIV

Ruptures méconnues (1)

- Double examen des parturientes en salle de travail par un sénior:

➔ Les sages femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de déchirure sphinctérienne dans 87% des cas (26/30)

➔ Les obstétriciens dans 28 % des cas (8/29)

(1) Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuiries—myth or reality ? BJOG 2006;113:195-200.

Facteurs de risques d'IA du post-partum

- Déchirure périnée (OR = 4) (L'IA est alors proportionnelle à l'importance de la déchirure périnéale (1))
- Forceps (OR = 4,5) (2, 3)
- Les 2 premiers acc (2)
- Épisiotomie médiane (4)
- IA transitoire

(1) Sundquist JC. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;715-718.
(2) Abramowitz L et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(3) Oberwalder M et al. Br J Surg. 2003 Nov;90(11):1333-7.
(4) Signorello LB et al. Br Med J 2000; 320: 86-90.

Quand faut-il prendre en charge IA après un accouchement ?

- Si IA (gaz ± fécale) persistante

  - malgré le temps (> 6 mois)

  - malgré la rééducation du périnée (10 séances remboursées par la sécu)

    - Peu réalisée (pas le temps, pas agréable…)
    - Action sur tout le périnée (IU, vagin et anus)
    - Mais réalisation hétérogène

IA post-partum
Bilan de 1ère ligne

- Examen clinique complet du périnée:

➔ Interrogatoire (WEXNER, antécédents…)

➔ Inspection de la marge anale (disparition des plis radiés de l'anus, béance anale, cicatrice du périnée…)

➔ Toucher rectal (évaluation du tonus et de la contraction volontaire, recherche d'une rectocèle…)

➔ Anuscopie (pathologie canalaire associée, stase fécale et type de selles) et rectoscopie (lésions rectales…)

➔ Examen du périnée moyen (colpocèle…) et antérieur (fuites d'urines, cystocèle…).

Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL, Leroi AM, Meurette G, Pigot F, Damon H. Treatments of faecal incontinence : Recommendations from the French national society of coloproctology. Colorectal Disease 2014.

IA du post-partum
Traitement de 1ère ligne

- Régulation du transit (1)

- + Rééducation de l'anus de type biofeedback (1) (2)
  - Efficacité démontrée dans une étude randomisée multicentrique coordonnée par des Lyonnais (3)

- Le plus souvent suffisant

(1) Vitton V et al. French recommandations. Colorectal Disease 2014.
(2) Mahony RT et al. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:885-90.
(3) Damon H, et al.. Alim Pharm Ther 2014.

En cas d'échec ?

- IA mineure aux gaz

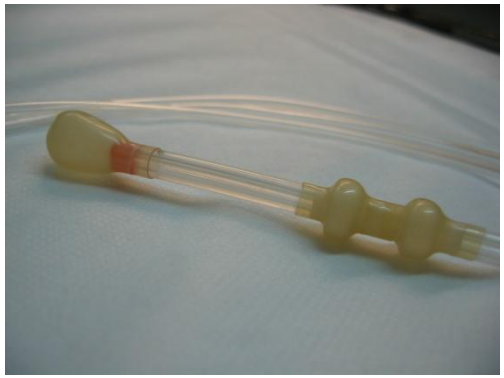
  ➔ Evacuer ampoule rectale, régulation du transit +/- rééducation (Damon et al. JFHOD 2014)

- IA anale sévère et invalidante ➔ explorations avant staff périnéo

Quelles explorations ?

Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL, Leroi AM, Meurette G, Pigot F, Damon H. Treatments of faecal incontinence : recommendations from the French national society of coloproctology. Colorectal Disease 2014.

Manométrie ano-rectale



- Évalue la fonction
  - Contraction volontaire
  - Tonus repos
- Orientation diagnostique (SI ou SE)
- Compliance rectale

- Recherche d'un anisme

Echo-endo anale

- Tube rigide plus adapté
- Rupture SE et/ou SI rarement sangle pubo-Rectale
- Localise

  - antéro droit ➔ 75 %
  - antéro gauche ➔ 25 %

- Quantifie la rupture

  ➔ angulation (pronostique)

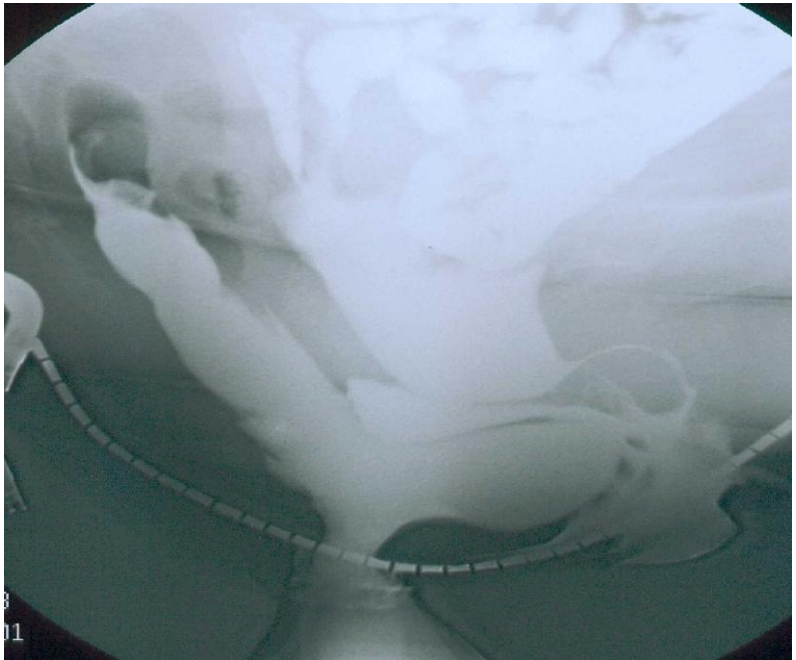
/PASCALE
05-0
/01/1961

Temps de latence du nerf honteux interne

- Pronostic pour aucun traitement
- Donc pas d'indication en pratique clinique

Colpo-cysto-défécographie avec opacification du grêle / IRM

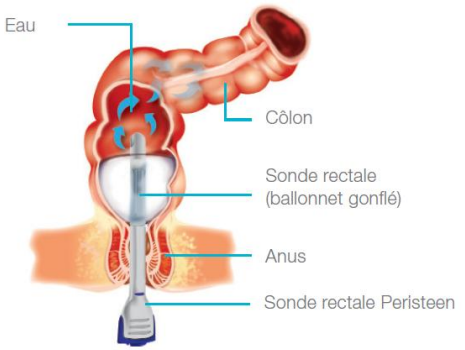
Cas exceptionnel de descente d‘organe après accouchement



Alternatives thérapeutiques

- Sphincterorraphie
- Neuromodulation des racines sacrées

- TENS
- PERISTEEN
- Cure rectocèle
- Injection de produits obstruants
- Sphincter artificiel, sphincter magnétique
- Malone



Résultats de la sphinctérorraphie

Chirurgie à froid :

- 76 % à 15 mois (1)
- 50 % à 5 ans (2)

- Aucune continente à 10 ans (3)

➔ Facteurs de mauvais résultats

- l'âge plus élevé lors de la réparation (augmentation linéaire)
- avoir accouché plus d'une fois
- consistance plus liquide des matières (échelle de Bristol)

(1) Engel et col. Br J Surg 1994.
(2) Malouf et col. Lancet 2000.
(3) Zutshi et col. Dis Colon Rectum 2009.

Neuromodulation des racines sacrées

- 8 patientes souffrant d'IA du post partum

- Six ont été améliorées

  ➔ 5,5 à 1,5 pertes fécales /sem

  ➔ suivi médian de 26,5 mois (6-40) (p = 0,0078)

Jarret M, Dudding T, Nicholls RJ, Vaisey CJ, Cohen R, Kamm M. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence related to obstetric anal sphincter damage. Dis Colon Rectum 2008;0 :1-6.

Constat

- Pauvreté des alternatives thérapeutiques efficaces

➔ Importance de la prévention

Prévention primaire

- Efficacité démontrée de la formation des accoucheurs (cf Nordiques) (1) ➔ Formation des accoucheurs sur mannequin ou logiciels dédiés, meilleure connaissance de l'anatomie du périnée…

- Possibilité de remplacer parfois les forceps par des ventouses (2)

- Episiotomie bien faite et à bon escient

(1) Laine K et al. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2012 ;92 :94-100.
(2) Combs CA et al. Am J Obstet Gynecol 1990;163: 100-4.

Prévention secondaire ?

- Même dans les meilleurs mains, l'accouchement vaginal peut être traumatique (1)

- La césarienne ?

  - Associée à un moindre risque d'IA…(2-5)

  - Mais risques morbi/mortalité = 2,6%

(1) De Parades V et al. Dis Colon Rectum 2004; 47:24-34.
(2) Sultan et al. N E J M 1993; 329:1905-11.
(3) Oberwalder et al. Méta-analyse. B J Surj 2003; 1333-37.
(4) Abramowitz et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(5) Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Lancet 1984; 8: 546-50.

Morbidité de la césarienne programmée = 2,6 %

- Décès
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Hématome pariétal
- Plaie vésicale et digestive
- Infections
- Rupture utérine
- Placenta accréta
- Trouble relation mère enfant

- Discussion au cas par cas
- Mettre en balance

Risque fonctionnel

fréquent

Risque mortalité ou morbidité sévère

rare

THE argument for « césarienne » ?

➔ Risque d'IA après 2ème accouchement voie basse

Si rpt sphincter avant 2ème acc par voie basse

42 % d'IA (5 patients/12)

Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. Lancet 1999; 354: 983-6.

Risques de nouvelle déchirure

- Cohorte Danoise avec 159 446 femmes (1):
  - 7336 (4,6%) déchirure du périnée lors du premier accouchement
  - 521 (7,1%) ont récidivées lors du 2ème.
- Risques de nouvelle déchirure du périnée :
  - Poids du bébé (OR=2,94 par kg augmenté)
  - Acc instrumentale (OR 2,96)
  - Dystocie des épaules (OR=1,98)
  - Durée d'accouchement (OR=1,08)
  - **1er acc avec déchirure stade 4 (OR=1,72)**

(1) Jango H, Langhoff-Ross J, Rosthoj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures : a population-based cohort study. BJOG 2012 ;119 :1640-1647.

Chez qui discuter d'une césarienne ?

- ATCD de chir colo-procto
  - pour IA
  - malformation ano-rectale
  - anastomose iléo-anale ou iléo-rectale
  - fistulotomie, sphinctérotomie…
- ATCD de LAP sévère de Crohn.
- Incontinence anale avérée.
- ATCD de patho neuro touchant le périnée.

Chez qui discuter d'une césarienne ?

- Secondipare avec :

  Premier accouchement traumatique

  - Forceps avec rpt sphinctérienne (écho anale)
  - Déchirure périnée (≥ stade 2)
  - IA après 1er accouchement

- Désir d'un nombre limité de grossesse
- Demande d'une parturiente ayant une lésion anale, informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement

En pratique

- Si facteurs de risque de fragilité anale :

  ➔ Echo anale

- Si rupture significative ➔ Césarienne à discuter

- Mais décision finale de la patiente avec son accoucheur

JFHOD 2014
www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris

Épidémiologie des lésions anales pendant la grossesse et le post-partum

Deux grandes pathologies anales de la parturiente

- Thrombose hémorroïdaire externe
- Fissure anale

1) Thrombose hémorroïdaire externe

Simmons SC. et col	1972
Pradel E. et col	1983
Mac Arthur C. et col	1991
Rouillon JM. et col	1991
Abramowitz et col	2002

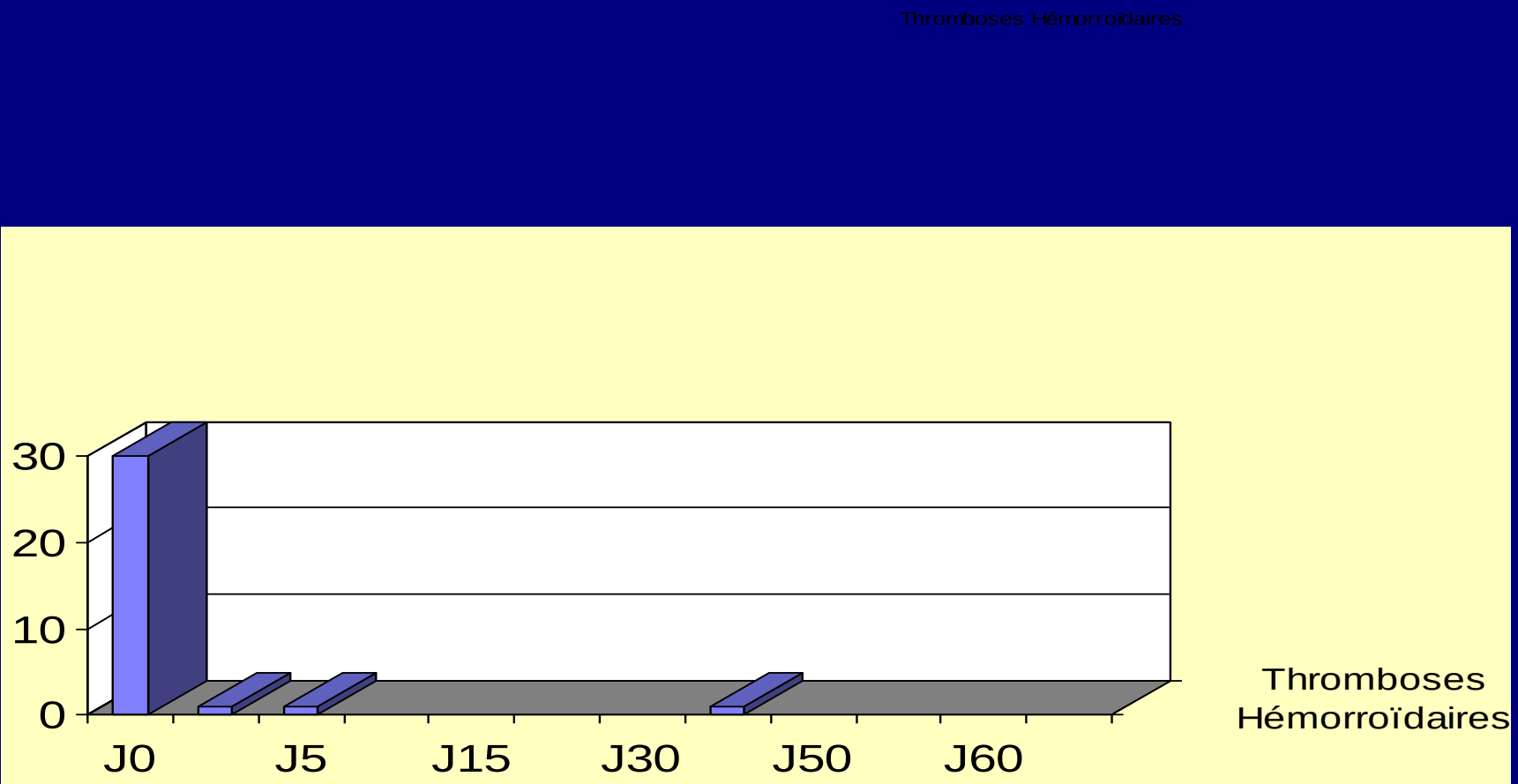
1) Thrombose hémorroïdaire externe

Chez 165 parturientes

- Troisième trimestre
  - 13 THE
  - ➡ 7,9 %
- Postpartum (2 mois)
  - 33 THE
  - ➡ 20 %

Abramowitz L et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 : 650-5.

1) Thrombose hémorroïdaire externe



Excision et/ou incision de thrombose ?

- Possible chez la parturiente
- Mais si douleur ➔ oedématiée +/- multiples et/ou composante interne

➔ le plus souvent pas de geste mais tt médicale

SNFCP, Higuéro T. Pigot F, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C,, Pillant- Le Moult H, Senéjoux A, , Ghislain G, Suduca JL, Vinson-Bonnet B Siproudhis L. Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire en 2013. In press.

Traitements médicale de la THE

- Réguler le transit (laxatifs)
- Topiques locaux (corticoïdes et anesthésiques)
- Anti-inflammatoire (AINS possible pdt allaitement, CI 3ème trimestre grossesse ➔ corticoïdes)
- Paracétamol (+/- codéine ou tramadol)
- +/- veinotoniques

- www.lecrat.org
- SNFCP, Higuéro T. Pigot F, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C, Pillant- Le Moult H, Senéjoux A, , Ghislain G, Suduca JL, Vinson-Bonnet B, Siproudhis L.
Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire en 2013. In press.

Traitement chirurgical de la thrombose

- Exceptionnel
- Si échec tt med

- Chirurgie le plus tard possible (après 6ème mois)
- Établissement pouvant assumer la prise en charge obstétricale

- Épisode aigue avec faible risque de récidive

2) Fissure anale

Fissure anale

Martin JD. et col	1953
Simmons SG. et col	1964
O'Connor JJ. et col	1980
Pradel E. et col	1983
Corby et col	1997
Abramowitz et col	2002

Fissure anale

Chez 165 parturientes

- Troisième trimestre
  - 2 fissures

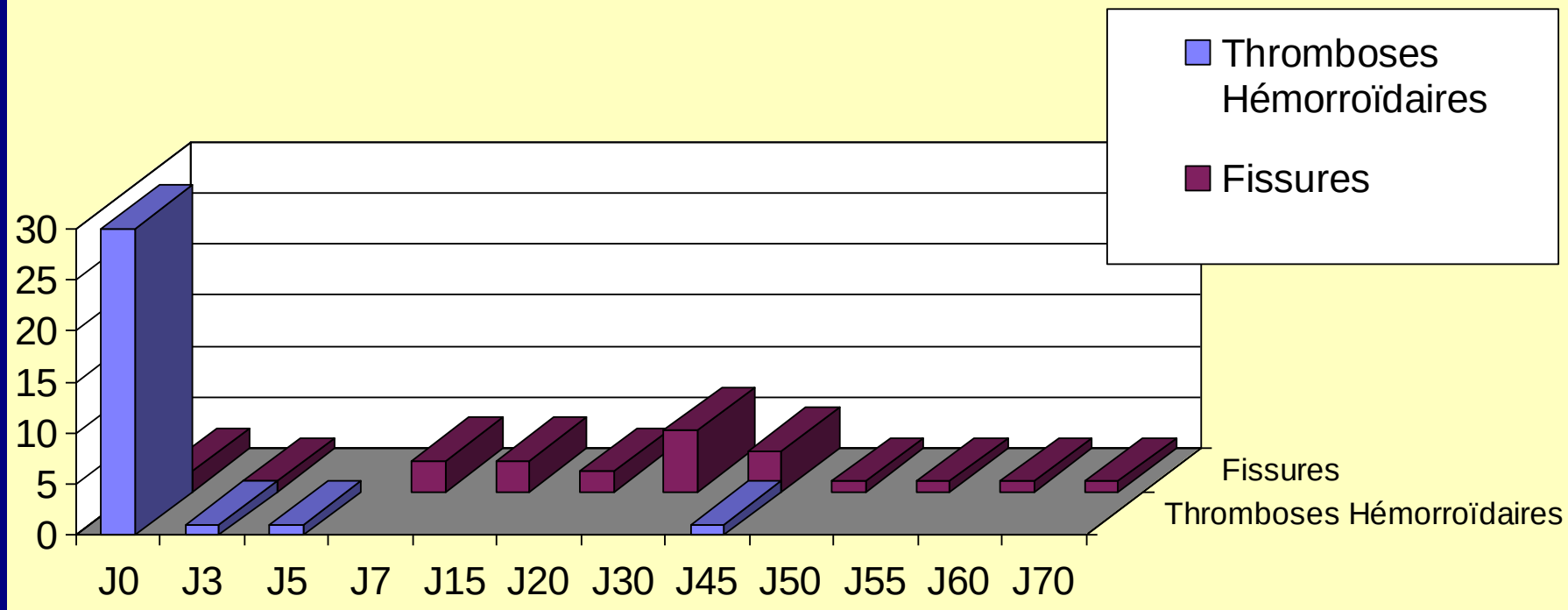
→ 1,2 %

- Post-partum (2 mois)
  - 25 fissures

→ 15,2 %

Abramowitz L et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 : 650-5.

Fissure anale



Facteurs favorisant la fissure (1,2)

- Dyschésie

  (84 % *vs* 20,6 %)

- Acc traumatique
  - Gros bébé
  - Durée d'expulsion
  - Acc tardif

- Associée à une hypotonie anale (2)

(1) Abramowitz L et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 : 650-5.
(2) Corby H, et al. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. Br J Surg 1997; 84: 86-88.

Traitements de la fissure anale

- Réguler le transit
- Topiques locaux

Si échec (> 6 semaines)

➔ Fissurectomie

(1) Siproudhis L et al. Lack of effficacy of botulinum toxin in chronic anal fissure. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Sep 1;18(5):515-24.
(2) Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel A, Suduca JM, Denis Soudan D, Varastet M, Staumont G, for the GREP and the CREGG. Colorectal Dis. 2013 Mar;15(3):359-67.

Conclusions

- L'IA doit être recherchée dans le post-partum

- Prise en charge habituelle

➔ Régulation transit ET rééducation

- Possibilité de diminuer l'incidence de l'IA (prévention primaire et secondaire)

Conclusions

- 1/3 des parturientes souffrent de patho anale
  - 20% THE post-partum et 8% durant grossesse
  - 15% fissure anale post-partum

- Le traitement est médicale

POINTS FORTS

- L'accouchement est l'un des facteurs majeur d'IA
- Les principaux facteurs sont la déchirure du périnée et les forceps.
- Une césarienne est parfois programmée pour diminuer le risque d'aggraver une lésion préexistante de l'anus.
- Un tiers des parturientes souffrent de fissure anale ou de thrombose hémorroïdaire externe.
- La régulation du transit (éviter la dyschésie) est une priorité pour toutes ces pathologies anales.