



Article Original

Pathologies Anales pendant la Grossesse et le Post-Partum : Diagnostic et Traitement au CHU Gabriel Touré

Anal diseases during pregnancy and post-partum: diagnosis and treatment at CHU Gabriel Touré

Bocoum Amadou¹, Fané Seydou¹, Traoré Soumana O², Kanté Ibrahim³, Sima Mamadou³, Traoré Alassane⁴, Sylla Cheickna¹, Touré HM¹, Tégueté Ibrahima¹, Traoré Youssouf¹

1- Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
2- Centre de santé de référence de la commune V
3- Centre Hospitalier Universitaire du Point G
4- Centre Hospitalier Universitaire Hôpital du Mali

Auteur correspondant :

Dr Bocoum Amadou
Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali.
Tel : (00223) 76025916
E-mail : abocoum2000@yahoo.fr

Mots-clés : Pathologie anale, Grossesse, Post-partum, CHU Gabriel Touré.

Keywords: Anal pathology, Pregnancy, Post-partum, CHU Gabriel Touré.

RÉSUMÉ

Objectif. Le but de ce travail était d'étudier les pathologies anales chez la femme enceinte et les accouchées. **Matériel et méthodes.** Étude longitudinale, prospective et analytique, allant de février 2019 à avril 2020 dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako. Ont été incluses toutes les femmes enceintes consentantes ayant été suivies dans le service pendant la grossesse et le post-partum. Elles ont bénéficié d'un examen clinique général au 1^{er} et au 3^e trimestre et dans le post-partum. Le test de Khi2 et de Fisher, le risque relatif et l'intervalle de confiance ont été utiles pour chercher les corrélations entre les facteurs de risque et les pathologies anales. **Résultats.** Nous avons suivi 155 patientes dont 29,03% ont développé une pathologie anale. Les différentes pathologies rencontrées étaient : la maladie hémorroïdaire (20,0%), la fissure anale (12,9) et l'incontinence anale (7,0%). Les facteurs de risque retrouvés étaient : l'antécédent de pathologie proctologique, les troubles du transit et la durée d'expulsion supérieur à 15 minutes. Les signes cliniques étaient la constipation, la douleur anale, le saignement anal, la sensation de boule à l'anus. Le traitement consistait en des conseils hygiéno-diététiques, des laxatifs, des topiques locaux, des antalgiques et la rééducation périnéale. L'évolution a été favorable avec 15% de récurrence la première année suivant l'accouchement. **Conclusion.** Les pathologies anales sont fréquentes et variées pendant ces périodes. Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique des gestantes et des femmes en post-partum permettront de dépister ces affections et réduire ainsi leur fréquence.

ABSTRACT

Introduction. The aim of this work was to study anal pathologies in pregnant women and in childbirth. **Material and methods.** : This was a longitudinal, prospective and analytical study from February 2019 to April 2020 in the department of gynecology-obstetrics of the CHU Gabriel Touré in Bamako. All consenting pregnant women who were followed in the ward during pregnancy and postpartum were included. All consenting women who were in the 1st trimester of pregnancy were interviewed, underwent a general clinical examination in the 1st and 3rd trimester and in the postpartum period. Chi-square and Fisher's test, relative risk and confidence interval were useful in looking for correlations between risk factors and anal disease. **Results.** We managed 155 patients among whom 29.03% developed at least one anal pathology. The various pathologies encountered were: hemorrhoidal disease (20.0%), anal fissure (12.9) and anal incontinence (7.0%). The main risk factors were: history of proctologic pathology, transit disorders and duration of expulsion greater than 15 mins. Clinical signs were constipation, anal pain, anal bleeding, a feeling of a lump in the anus. The treatment was based on hygiene and dietetic advice, laxatives, local topicals, analgesics and perineal rehabilitation. The evolution was marked by a regression of pathologies with 15% recurrence in the first year following childbirth. **Conclusion.** Anal pathologies during are frequent and varied. The course is generally favorable. A proctological examination and hygienic-dietetic advice for pregnant women and postpartum women will make it possible to detect these pathologies and thus reduce their frequency.

INTRODUCTION

La grossesse est une période au cours de laquelle l'organisme maternel subit de multiples modifications. Celles-ci sont liées à l'effet des hormones dont la quantité est parfois multipliée par dix voire cent. Cette imprégnation agit sur l'organisme maternel notamment les vaisseaux, l'appareil digestif, l'appareil urinaire etc.

La compression du côlon par l'utérus gravide, l'imprégnation hormonale ralentissant le péristaltisme intestinal, les contractions exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal font de la grossesse, l'accouchement et le post partum des facteurs de risque de pathologies proctologiques [1]. Plusieurs études ont été menées sur les affections proctologiques chez la femme enceinte. Celles-ci mettent l'accent sur la pathologie hémorroïdaire, la fissure anale et la fistule anale. Les pathologies endocanalaies (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) sont fréquentes chez les parturientes puisque 1/3 d'entre elles en souffrent [2]. Poskus T. et al [3] en 2014 a rapporté une incidence de 40,7% de maladie hémorroïdaire, 2,5% de maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale et 0,71% de fissure anale chez les femmes enceintes. Abramowits L. [4] en France, a rapporté une incidence de 1,2% pour la fissure anale et 7,9% pour la thrombose hémorroïdaire externe pendant le 3^e trimestre de la grossesse. Une incidence de 15,2% pour la fissure anale et 20% pour la thrombose hémorroïdaire externe dans le post-partum. Ollende C. [5] au Maroc en 2010, a rapporté une incidence de 19% de maladie hémorroïdaire dans les 24 heures suivant l'accouchement. Les mesures hygiéno-diététiques, les laxatifs, les antalgiques, les corticoïdes et les topiques locaux sont les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum [4, 5]. Au Mali, Dicko M L [6] en 2006 a retrouvé une fréquence moyenne annuelle de 21,4% de pathologie hémorroïdaire sur une période de 7 ans dans la population générale. Le département de Gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré est une structure de 3^e référence qui prend en charge tous les cas de gynéco-obstétrique y compris le suivi des femmes enceintes. Il y'a très peu d'écrits sur les pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum au Mali. Par contre, nous avons beaucoup d'écrits sur la fréquence des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum dans la littérature. C'est ainsi que nous avons initié cette

étude avec comme objectifs de déterminer l'incidence des pathologies anales, de décrire les caractéristiques cliniques de ces différentes pathologies et déterminer les facteurs de risques de ces pathologies chez la gestante et l'accouchée.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective et analytique allant de février 2019 à avril 2020, soit une durée de 14 mois. La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes enceintes suivies au CHU Gabriel Touré et qui ont été suivies dans le post-partum. La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz et la taille minimale de l'échantillon était de 144 gestantes. Ont été incluses dans l'étude Toutes les femmes enceintes consentantes qui ont été suivies dans le service pendant la grossesse et le post-partum durant la période d'étude. Toutes les femmes consentantes et qui étaient au 1^{er} trimestre de grossesse ont été interrogées, ont bénéficié d'un examen général, un examen obstétrical et d'un examen proctologique au 1^{er} et au 3^e trimestre et dans le post-partum. Afin de faciliter l'étude nous avons élaboré une fiche de collecte des données pour les trois affections proctologiques qui a comporté : l'identité de la patiente, les facteurs de risque proctologiques, les résultats de l'examen clinique, le traitement reçu et la satisfaction de la patiente. Les variables quantitatives étudiées étaient l'âge, la durée d'expulsion et le poids de naissance du nouveau-né. Les variables qualitatives étudiées étaient le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la gestité, la parité, les habitudes alimentaires, les antécédents de pathologie proctologiques, les troubles du transit, la voie d'accouchement, la déchirure périnéale, l'épisiotomie. Les données ont été saisies sur le logiciel Word office 2019 et l'analyse a été faite sur le logiciel Spss version 20. Le test de Khi2 et de Fisher, le risque relatif et l'intervalle de confiance ont été utiles pour chercher les corrélations entre les facteurs de risque et les pathologies anales.

RÉSULTATS

1. Fréquence

Nous avons suivi 155 patientes sur 1018 durant la période d'étude, parmi lesquelles 45 ont présenté au moins une pathologie anale soit 29,03% (cf tableau I).

Tableau I : Fréquence des différentes pathologies anales en fonction de la période gravido-puerpérale.

Pathologies anales	Période gravido-puerpérale					
	1 ^{er} trimestre		3 ^e trimestre		Post-partum	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie hémorroïdaire	2 (1,2)	153 (98,7)	21 (13,5)	134 (86,4)	13 (8,3)	142 (91,6)
Fissure anale (FA)	0 (0,0)	155 (100)	4 (2,5)	151 (97,4)	17 (10,9)	138 (89,0)
Incontinence anale (IA)	0 (0,0)	155 (100)	7 (4,5)	148 (95,4)	8 (5,1)	147 (94,8)
Total	2 (1,2)	153 (98,7)	32 (20,6)	123 (79,3)	38 (24,5)	117 (75,4)

2. Aspects cliniques des pathologies anales

Les signes cliniques des pathologies proctologiques étaient marqués par la douleur anale 1,3%, 4,5%, et 14,2% respectivement au 1^{er} trimestre, 3^{ème} trimestre et dans le post-partum (cf tableau II).

Signes fonctionnels	Période gravido-puerpérale		
	1 ^{er} trimestre n (%)	3 ^e trimestre n (%)	Post-partum n (%)
Constipation	0 (0,0)	12 (7,7)	16 (10,3)
Diarrhée	1 (0,6)	2 (1,3)	0 (0,0)
Alternance diarrhée/constipation	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Douleur anale	2 (1,3)	7 (4,5)	22 (14,2)
Rectorragie	3 (1,9)	2 (1,3)	1 (0,6)
Prolapsus hémorroïdaire	2 (1,3)	21 (13,5)	12 (7,7)
Pertes incontrôlées de gaz	0 (0,0)	7 (4,5)	8 (5,2)

Le prolapsus hémorroïdaire était le signe physique le plus retrouvé avec 1,3%, 13,5% et 8,4% respectivement au 1^{er} trimestre, 3^{ème} trimestre et dans le post-partum (cf tableau III).

Résultat de l'examen proctologiques	Période gravido-puerpérale		
	1 ^{er} trimestre n (%)	3 ^e trimestre n (%)	Post-partum n (%)
Marisque hémorroïdaire	37 (23,9)	36 (23,2)	43 (27,7)
Prolapsus hémorroïdaire	2 (1,3)	21 (13,5)	13 (8,4)
Plaie fissuraire	0 (0,0)	4 (2,6)	17 (11,2)
Douleur anale au TR	4 (2,6)	6 (3,9)	16 (10,3)
Hypotonie sphinctérienne	0 (0,0)	2 (1,3)	1 (0,6)
Hypertonie sphinctérienne	0 (0,0)	1 (0,6)	4 (2,6)

La maladie hémorroïdaire (MH) stade III était la plus retrouvée avec 1,3%, 5,1% et 1,3% respectivement au 1^{er} trimestre, 3^{ème} trimestre et dans le post-partum (cf tableau IV)

Pathologies anales	Période gravido-puerpérale		
	1 ^{er} trimestre n (%)	3 ^e trimestre n (%)	Post-partum n (%)
MH Stade 2	0 (0,0)	5 (3,2)	5 (3,2)
MH stade 3	2 (1,3)	8 (5,1)	2 (1,3)
MH stade 4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Thrombose hémorroïdaire externe (THE)	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,6)
FA antérieure	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,8)
FA postérieure	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)
FA antérieure et postérieure	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)
IA aux gaz	0 (0,0)	3 (1,9)	5 (3,2)
THE + FA	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)
THE + IA	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
MH stade 3 + FA	0 (0,0)	2 (1,3)	0 (0,0)
MH stade 2 + FA	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)
MH stade 3 + IA	0 (0,0)	2 (1,3)	1 (0,6)
MH stade 2 + IA	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)
MH stade 2 + FA + IA	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)
FA + IA	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Total	2 (1,3)	24 (15,4)	33 (21,2)

FA : Fissure anale ; IA : incontinence anale ;

3. Prise en charge des patientes

La prise en charge (PEC) de la maladie hémorroïdaire a été essentiellement les mesures hygiéno-diététique (MHD), les laxatifs et les topiques locaux (cf tableau V) alors que la PEC de la fissure anale a été surtout les MHD, les laxatifs, les antalgiques et les topiques locaux (cf tableau VI). Au 3^e trimestre, aucune patiente n'a bénéficié d'une rééducation périnéale par contre une patiente en a bénéficié dans le post-partum.

Tableau V : Répartition des patientes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Prise en charge de la maladie hémorroïdaire	Période gravido-puerpérale		
	1 ^{er} trimestre	3 ^e trimestre	Post-partum
	n (%)	n (%)	n (%)
Mesure hygiéno-diététique (MHD) + laxatifs + topiques locaux	2 (100%)	7 (33,3%)	3 (23,0%)
MHD + antalgiques + laxatifs + topiques locaux	-	2 (9,5%)	2 (15,3%)
MHD + topiques locaux	-	12 (57,1%)	8 (61,5%)
Total	2 (100%)	21 (100%)	13 (100%)

Tableau VI : Répartition des patientes selon la prise en charge de la fissure anale.

Prise en charge de la fissure anale	Période gravido-puerpérale	
	3 ^e trimestre	Post-partum
	n (%)	n (%)
MHD + laxatifs + antalgiques + topiques locaux	4 (100%)	9 (52,9%)
MHD + antalgiques + topiques locaux	-	8(47,0%)

4. Facteurs de risque

La présence d'antécédents personnels de maladie hémorroïdaire et les troubles du transit comme la constipation et la diarrhée ont été les facteurs de risque prépondérants de survenue de la pathologie hémorroïdaire (cf tableau VII) alors que la constipation et la durée d'expulsion supérieure à 15 min ont été associées dans la survenue de fissure anale (cf tableau VIII). La présence d'antécédents de pathologies proctologiques a été le facteur de risque d'incontinence anale (cf tableau IX).

Tableau VII : Analyse des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire

Facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire		Effectifs	n(%)	P	RR	IC (95%)
Gestité						
	Primigestité	24	3 (12,5)	0,378	0,455	[0,11-1,85]
	Autres	131	8 (6,1)			
Parité						
	Nulliparité	31	8 (25,8)	0,451	1,52	[0,60-3,84]
	Autres	124	23 (18,5)			
Antécédents de pathologies proctologiques						
	Oui	12	11 (97,1)	0,000	67,65	[8,27-552,96]
	Non	143	20 (14,0)			
Constipation						
	Oui	33	13 (39,4)	0,003	3,75	[1,59-8,86]
	Non	122	18 (14,8)			
Voie d'accouchement						
	Voie basse	124	8 (6,5)	0,138	0,35	[0,10-1,18]
	Voie haute	31	5 (16,1)			
Durée d'expulsion (min)						
	≤ 15	118	7 (5,9)	0,336	3,17	[0,32-30,97]
	>15	6	1 (16,7)			
Poids NNé (g)						
	< 4000	150	13 (8,5)	1,000	0,91	[0,86-0,95]
	≥ 4000	5	0 (0,0)			

Facteurs de risque		Effectifs	n(%)	P	RR	IC (95%)
Gestité						
	Primigestité	24	6 (25)	0,054	0,35	[0,12-1,05]
	Autres	131	14 (10,7)			
Parité						
	Nulliparité	31	6 (19,4)	0,369	1,88	[0,66-5,39]
	Autres	124	14 (11,3)			
ATCD de pathologies proctologiques						
	Oui	12	4 (33,3)	0,051	3,96	[1,07-14,68]
	Non	143	16 (11,2)			
Constipation						
	Oui	33	12 (36,4)	0,000	8,14	[2,97-22,32]
	Non	122	8 (6,6)			
Voie d'accouchement						
	Voie basse	124	16 (12,9)	0,197	4,44	[0,56-34,88]
	Voie haute	31	1 (3,2)			
Durée d'expulsion (min)						
	≤ 15	118	12 (10,2)	0,002	17,66	[2,92-106,8]
	> 15	6	4 (66,7)			
Poids NNé (g)						
	< 4000	150	16 (10,7)	0,445	2,09	[0,22-19,90]
	≥4000	5	1 (20,0)			

Facteurs de risque		Effectifs	n(%)	P	RR	IC (95%)
Gestité						
	Primigestité	24	3 (12,5)	0,378	0,455	[0,11-1,85]
	Autres	131	8 (6,1)			
Parité						
	Nulliparité	31	3 (9,7)	0,461	1,55	[0,38-6,23]
	Autres	124	8 (6,5)			
ATCD de pathologies proctologiques						
	Oui	12	3 (25,0)	0,041	5,62	[1,26-24,92]
	Non	143	8 (5,6)			
Constipation						
	Oui	33	3 (9,1)	0,702	1,42	[0,35-5,70]
	Non	122	8 (6,6)			
Voie d'accouchement						
	Voie basse	124	5 (4,0)	0,199	0,39	[0,08-1,73]
	Voie haute	31	3 (9,7)			
Durée d'expulsion (min)						
	≤ 15	118	4 (3,4)	0,223	5,70	[0,53-60,80]
	> 15	6	1 (16,7)			
Poids NNé (g)						
	< 4000	150	8 (5,3)	1,000	0,94	[0,91-0,98]
	≥4000	5	0 (0,0)			

4. Évolution des différentes pathologies

Nous avons contacté les femmes ayant eu des pathologies proctologiques une année après leur accouchement. Parmi les 45 patientes qui ont développé la pathologie anale, nous avons pu joindre au téléphone 40 d'entre-elles. Quinze pourcents de ces femmes ont fait une récurrence dans

DISCUSSION

1. Approche méthodologique

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

Il s'agissait d'une étude première dans notre département sur les pathologies anales au cours de la gavidopuerpéralité. Nous avons rencontré des limites au cours de l'étude à savoir :

la 1^{ère} année qui a suivi leur accouchement. Trois patientes ont fait une récurrence de la maladie hémorroïdaire alors qu'elles avaient développé une maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale pendant l'étude. Une patiente a fait une récurrence de la maladie hémorroïdaire dans le post-partum.

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

Néanmoins nous avons noté des points forts tels que l'examen des patientes a été mené par un seul observateur et aussi il s'agissait d'une étude prospective ce qui a permis de diminuer les biais dans l'analyse de données. Malgré ces limites, les résultats obtenus nous ont permis d'avoir une idée sur les pathologies anales chez les

femmes enceintes et de comparer ces données avec la littérature.

2. Fréquence

Les pathologies anales sont fréquentes pendant la grossesse et le post-partum et sont responsables de douleur et d'inconfort pour les femmes. Par contre, elles sont peu ou pas recherchées par les agents de santé et les femmes en parlent rarement pendant les consultations. Nous avons peu d'écrits sur ces pathologies anales en Afrique. Sur les 155 femmes suivies durant la période d'étude, nous avons constaté une augmentation progressive de la fréquence de la maladie hémorroïdaire, parallèlement à l'évolution de la grossesse. La fissure anale a été 4 fois plus fréquente dans le post-partum que pendant la grossesse. La fréquence de l'incontinence anale était similaire pendant la grossesse et dans le post-partum. Nous avons eu plus de formes associées pendant la grossesse (5,8%) que dans le post-partum (3,2%). La maladie hémorroïdaire a été la plus fréquente (20%), suivie de la fissure anale (12,9%) et l'incontinence anale (7,1%) du 1^{er} trimestre de la grossesse jusqu'à 45 jours après l'accouchement.

Certaines patientes ont développé deux ou trois pathologies anales durant la période d'étude.

L'antécédent de maladie hémorroïdaire peut constituer un facteur de risque ainsi 1,2 % des gestantes qui avaient un antécédent proctologique ont développé la maladie hémorroïdaire au 1^{er} trimestre. L'association de pathologies anales est souvent retrouvée surtout au 3^{ème} trimestre de la grossesse en rapport avec l'augmentation du poids maternel mais aussi des troubles intestinaux associées telle que la constipation, 1,94% des gestantes avaient une maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale ; 1,94% avaient une maladie hémorroïdaire associée à une incontinence anale et une patiente présentait les 3 pathologies associées. L'accouchement par voie basse avec souvent les traumatismes qui peuvent être y associés peuvent constituer des facteurs de risque pour la survenue de pathologies anales, ainsi 1,29% des patientes ont développé une maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale dans le post-partum ; 1,29% avaient la maladie hémorroïdaire associée à l'incontinence anale et une patiente a développé une fissure anale associée à une incontinence anale. Abramowits L et al. [2] ont rapporté 7,9% de maladie hémorroïdaire au 3^{ème} trimestre contre 13,5% dans notre étude. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que seules les thromboses hémorroïdaires étaient recherchées dans leur étude alors que nous avons pris en compte tous les stades de la maladie hémorroïdaire et nous n'avons enregistré que 2 cas de thrombose hémorroïdaire au 3^e trimestre.

Ferdinande K. et al [7] ont trouvé une prédominance de la THE, du prolapsus hémorroïdaire et de la fissure anale. La fréquence des pathologies anales dans le post-partum est variable selon les données de la littérature, ainsi Abramowitz L. et al [2] ont retrouvé 20% de thrombose hémorroïdaire et Mac Arthur C. et al [8] ont trouvé une fréquence de 5,3% de maladie hémorroïdaire dans le post-partum. Ollende C. [5] à Rabat, a rapporté 19% de maladie hémorroïdaire dans le post-partum immédiat. Certains éléments traumatiques de l'accouchement, notamment la

macrosomie et la déchirure des parties molles sont souvent associées à une THE. La fréquence élevée de maladie hémorroïdaire dans l'étude de Ollende C [5] pourrait s'expliquer la taille de l'échantillon mais aussi par le critère d'inclusion qui prenait en compte surtout les patientes ayant un facteur de risque de maladie hémorroïdaire décrits dans la littérature. Concernant la fissure anale, Abramowits L et al. [2] ont rapporté 1,2% au 3^{ème} trimestre de la grossesse et 15,2% dans le post-partum contre 10,9% dans notre étude. Martin JD [9] et Corby H. et al. [10] ont rapporté la même fréquence de 10% lors des consultations de la sixième semaine du post-partum. Ces résultats sont assez proches des nôtres.

L'incontinence anale est une situation difficilement supportable par les patientes surtout pendant la grossesse ou dans le post partum. Ainsi en 2009, Nordenstam et al. [11], Pollack et al [12], Roman et al. [13] ont trouvé respectivement une fréquence de 7%, 8% et 3,3% d'incontinence anale avant l'accouchement avant l'accouchement, taux proche du nôtre (4,5%) toute parité confondue. Demaria F et al [14] ont rapporté un taux d'incontinence anale dans le post-partum entre 5 et 13 % chez la primipare et 21 à 23% chez la multipare après un accouchement par voie vaginale. Ceci ne corrobore pas avec nos résultats. Toutefois, d'après l'étude menée au St Mark's hospital [15], le premier accouchement serait le plus traumatisant pour le périnée car les primipares avaient eu une incontinence anale de *novo* dans 13% versus 6% chez les multipares.

3. Aspects cliniques

Au 1^{er} trimestre, les deux patientes ayant développé une maladie hémorroïdaire avaient des douleurs anales et des saignements anaux et une alternance de constipation et de diarrhée. Elles avaient un antécédent de maladie hémorroïdaire avant la grossesse. Il s'agissait de maladies hémorroïdaires stades 3 et de topographie antérieure. Concernant la symptomatologie de la maladie hémorroïdaire au 3^{ème} trimestre, La sensation de boule dans l'anus, la constipation et la douleur anale étaient les principaux signes fonctionnels. Ferdinande K et al [7] a retrouvé le gonflement anal, la douleur anale, la constipation comme principaux signes fonctionnels de pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum. Poskus et al. [3] ont rapporté la douleur anale et l'inconfort périanal comme principaux signes fonctionnels des pathologies anales pendant la grossesse et le post-partum. Au 3^e trimestre, toutes les patientes qui ont développé une maladie hémorroïdaire se plaignaient de grosseur à l'anus et 57,3% des maladies hémorroïdaires étaient des stades 3. Dans le post-partum, les principaux signes fonctionnels de la maladie hémorroïdaire rapportés par Ferdinande K et al. [7] étaient le gonflement anal, la douleur anale et la constipation. Poskus et al. [3] a rapporté la douleur anale et l'inconfort périanal comme principaux signes fonctionnels. Les principaux signes fonctionnels de la fissure anale étaient la constipation et la douleur anale au 3^{ème} trimestre et dans le post-partum dans notre étude, le même constat a été fait par Ferdinande K et al. [7] et Poskus et al. [3].

Le siège de la fissure anale dans le post partum est variable selon les données de la littérature, ainsi Martin JD. [9] et

Corby H. et al [10] ont trouvé une prédominance des fissures anales antérieures (64,7%) alors que Abramowits L et al [4] ont trouvé 12 fissures postérieures, 10 antérieures et 3 antérieures et postérieures. En fonction de la sévérité de l'incontinence anale, elle était minime chez la majorité des patientes au 3^{ème} trimestre (85,7%) et modérée chez 75,0% dans le post-partum. Nous n'avons pas enregistré d'incontinence fécale dans notre étude par contre Ferdinande K et al [7] ont trouvé une 7,9% d'incontinence fécale.

4. Facteurs de risque

Les pathologies anales sont fréquemment retrouvées chez les patientes jeunes le plus souvent comme rapportées dans la littérature avec un âge moyen de 28,7 ans et de 31 ans respectivement par Poskus T. et al [3], Ferdinande K et al. [7] et Ollende C et al [5]. Notre moyenne d'âge était de 28,15 ans. Cela s'explique par le fait que cette période correspond à la période d'activité génitale où le taux de natalité est le plus élevé. Les paucigestes sont celles qui ont le plus présenté de pathologies anales (37,8%) dans notre étude. Les paucipares ont majoritairement développé les pathologies anales (31,1%) dans notre étude.

La présence d'antécédents personnels de maladie hémorroïdaire et les troubles du transit comme la constipation et la diarrhée ont été les facteurs de risque prépondérants de survenue de la pathologie hémorroïdaire dans notre étude. Ces résultats corroborent avec ceux rapportés par Ferdinande K et al [4], Ollende C [5] qui ont retrouvé en plus de la constipation et des ATCD de maladie hémorroïdaire, les accouchements traumatiques et un poids de nouveau-né supérieur à 3500 g. Abramowits L et al [2] ont rapporté en plus de la constipation une macrosomie fœtale et la déchirure des petites lèvres comme facteurs de risque. Mac Arthur C et al [8] considéraient que les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et une macrosomie fœtale augmentaient le risque de complications hémorroïdaires. Dans notre étude seulement 5 patientes ont accouché de macrosomes et aucune d'elles n'a développé la maladie hémorroïdaire dans le post-partum.

La constipation et la durée d'expulsion supérieure à 15 min ont été associées dans la survenue de fissure anale dans notre étude. Ferdinande K. et al [7] ont trouvé la constipation et l'antécédent de problèmes anaux comme facteurs de risque. Pour Martin JD [9] et Corby H et al. [10], aucun facteur obstétrical ne semblait affecter l'incidence de la fissure anale. Leur principal facteur de risque était la constipation, tout comme Abramowits L. et al [4] qui ont trouvé un risque de fissure anale multiplié par 5,7 chez les parturientes ayant une dyschésie dans le post-partum. Ces constats sont en rapport avec le résultat notre étude avec 52,9% d'antécédent de constipation terminale. Abramowits L. et al [4] ont rapporté aussi qu'un poids de bébé important, un terme d'accouchement tardif et une durée d'expulsion prolongée étaient associés à un plus grand nombre de fissure anale après l'accouchement, dans une moindre mesure.

La présence d'antécédents de pathologies proctologiques a été le facteur de risque d'incontinence anale retrouvé

dans notre étude ($p=0,041$). Les principaux facteurs de risque rapportés par Abramowits L. et al [4] sont ceux de la déchirure périnéale : poids excessif du nouveau-né, extraction instrumentale par ventouse, dystocie des épaules, durée du travail d'accouchement, antécédent de déchirure périnéale. Dans notre étude, une seule patiente a eu une déchirure périnéale de 3^{ème} degré et elle a développé une incontinence anale modérée dans le post-partum.

Abramowits L et al [4], Fritel X et al [15], ont retenu comme facteurs de risque l'extraction instrumentale, la macrosomie, la dystocie des épaules, une durée prolongée du travail d'accouchement. Roman H et al [13] ont rapporté aussi l'accouchement à domicile non assisté.

5. Prise en charge et pronostic

Les mesures hygiéno-diététiques, les laxatifs, les antalgiques et les topiques locaux ont été les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales au cours de notre étude. Ces mêmes constats sont retrouvés dans la littérature [4, 5, 16]. Quinze pourcents des patientes ont développé une récurrence dans la 1^{ère} année après l'accouchement. Une méta-analyse de Pretlove SJ et al. [17] a montré un surrisque d'incontinence anale dans l'année après l'accouchement vaginal comparé à la césarienne.

CONCLUSION

Les pathologies anales pendant la période de gravidopuepéralité sont fréquentes dans notre étude. Ces pathologies sont dominées au 3^{ème} trimestre par la maladie hémorroïdaire, suivie de l'incontinence anale et enfin la fissure anale. Alors que dans le post-partum, la fissure anale a été la retrouvée, suivie de la maladie hémorroïdaire et de l'incontinence anale. Un examen proctologique et un conseil hygiéno-diététique pendant la grossesse et dans le post-partum permettront de dépister ces pathologies et réduire ainsi leur fréquence.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Cette étude a été autorisée par le comité d'éthique et de la recherche de la Faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Patrick A. Pathologies anales au cours de la grossesse. Septième journée de la clinique médicale Dr Guessab. 30 Avril 2009. En ligne <https://slideplayer.fr/slide/486511/>.
2. Abramowitz L, Batallan A. Épidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003 ; 31(6), 546-9. doi:10.1016/s1297-9589(03)00127-9.
3. Poskus T, Budzinskiene D, Grasutiene G, Samalavicius NE, Barkus A, Barisauskiene A et al. Hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *General obstetrics*. 2014 ;1666-71.

4. Abramowitz L. Complications anales durant la grossesse et le post partum 1^{ère} partie-incontinence anale. *Post'U*. 2014 ;1-10.
5. Ollende C. Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post partum. Thèse de médecine. Université Mohamed V Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010, 105p.
6. Dicko M L. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako USTTB ; 2007, 112p.
7. Ferdinande K, Dorreman Y, Roelens K, Ceelen W, De Looze D. Symptômes anorectaux pendant la grossesse et le post-partum : une étude de cohorte prospective. *Colorectal Disease*. 2018 ;20 :1109-16.
8. Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98: 1193-204.
9. Martin JD. Post-partum anal fissures. *The Lancet* 1953 : 271.
10. Corby H, Donnell VS, O'Herlihy ; O' Connell PR. Anal canal pressures are low in women with post-partum anal fissure. *Br J Sug* 1997; 84: 86-8.
11. Nordenstam J, Altman D, Brismar Sophie, Zetterström J. Natural progression of anal incontinence after child birth. *Int Urogynecol J* 2009; 20: 1029-35.
12. Pollack J, Nordenstam J, Brismar S, Lopez A, Altman D, zetterström J. Anal incontinence after vaginal delivery: a five years prospective cohort study. *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 : 1397-402.
13. Roman H, Robillard PY, Payet E, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L et al. Facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum : Etude prospective chez 525 femmes. *J Gynecol Obstet Biol reprod*. 2004 ;33 :497-505
14. Demaria F. Pour la césarienne en prévention de l'incontinence anale. *Pratiques et tendances*. 2007 ; 35 : 266-68
15. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-11.
16. Phillipe G, Pierre C. Fissures anales : du diagnostic au traitement. *Post'U*. 2015.
17. Pretlove SJ, Thompson PJ, Toozs-Hobson, Radley S, Khan KS. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first-year post-partum? A comparative systematic review. *BJOG* 2008; 115: 421-34.