

Revue

## PREVENTION DES LESIONS SPHINCTERIENNES ANALES D'ORIGINE OBSTETRICALE

---

*Belley Priso E<sup>a</sup>, Chichom Mefire A<sup>b</sup>, Nditoyap Ndam E.C<sup>c</sup>*

a) Service de Gynécologie-Obstétrique

b) (Hôpital Général de Douala) <sup>b</sup> Résident en Chirurgie (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales).UY1

c) Professeur de Gastro-entérologie  
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales UY1

Correspondance : Docteur BELLEY PRISO Eugène

BP 4856 Douala

Tél (Bur) : 00 237 3 337 02 48, 33 37 02 50, 3337 02 54

3337 02 55 Fax : 33 37 01 46

E-mail : mzambou@yahoo.fr

### SUMMARY

Traumatic complications including anal sphincterian lesions can occur after spontaneous delivery or during obstetrical manoeuvres and/or instrumental extractions. But sphincterian function may also be affected by pelvic denervation due to multiparity, inspite of anatomic muscular integrity.

Dysfunction of anal continence can occur immediately or later.

Occult clinical aspects with retrospective diagnosis sometimes years later, as well as other sphincterian pathologies due to delivery like intra-sphincterian hematomas, endometriosis, ano-perineal or ano-vaginal fistulae. Prevention of anal-sphincterian lesions consist in identifying high risk patients during antenatal care, in respecting strictly some measures during delivery mostly during expulsion, and in encouraging post-partum endo-anal echography after difficult deliveries, even in the absence of obvious perineal lesions and functional signs. Some clinical circumstances may warrant endorectal manometry and posterior perineal electrophysiology.

Systematic functional re-education must be reinforced in such cases.

Although permanent vigilant attitude is required, one must not hesitate to prefer elective cesarian section in case of high recurrent risk, because of the danger of anal incontinence.

**Key Words :** Prevention, Sphincter, Anus, Vaginal Delivery.

### RESUME

Les complications traumatiques de l'accouchement par voie basse parmi lesquelles figurent les lésions sphinctériennes anales peuvent survenir dans le cadre d'un accouchement spontané ou lors de manœuvres obstétricales et/ou d'extractions instrumentales.

Mais la fonction sphinctérienne peut aussi être altérée par atteinte de l'innervation pelvienne liée à la multiparité, malgré une intégrité musculaire anatomique conservée.

Le retentissement sur la continence anale peut être immédiat ou tardif.

Il existe des formes cliniques occultes avec diagnostic rétrospectif parfois des années plus tard tout comme d'autres pathologies sphinctériennes en rapport avec l'accouchement par voie basse telles que les hématomes intra sphinctériens, les fistules ano périnéales ou ano vaginales. La prévention des lésions sphinctériennes anales comporte une identification des patientes à risque lors des consultations prénatales, le respect scrupuleux et rigoureux de bon nombre de mesures lors de l'accouchement, notamment au cours de l'expulsion, et l'encouragement à la réalisation post-partum d'une échographie endo anale après des accouchements très laborieux, même en l'absence de lésions périnéales objectivées et de signes fonctionnels. Les circonstances cliniques guideront sur la nécessité d'associer ou pas une manométrie ano rectale et une électrophysologie périnéale postérieure.

La rééducation fonctionnelle systématique doit être renforcée dans ces cas.

La préférence d'une césarienne dans certaines situations et la bonne gestion des risques de récurrence doivent compléter une attitude de vigilance renforcée, eu égard au risque évolutif majeur qu'est l'incontinence anale.

**Mots clés :** Prévention, Sphincter, Anus, Accouchement par voie basse.

## I - INTRODUCTION

Les lésions périnéales constituent l'une des craintes permanentes de l'obstétricien au cours de l'expulsion fœtale.

Elles sont habituellement classées en quatre stades et seuls les stades III (atteinte du sphincter anal) et IV (atteinte du sphincter anal + muqueuse anale) comportent une lésion sphinctérienne anale dont le risque évolutif majeur est l'incontinence.

L'inexistence de données chiffrées locales justifie l'intérêt d'une mise au point tout en insistant sur l'indication d'études ultérieures bien documentées.

La fréquence de ces deux stades, confondus est estimée à 1 à 2 % de l'ensemble des accouchements par voie basse en milieu européen.

Ces lésions peuvent être franches et de diagnostic immédiat, ou se présenter au contraire sous forme de ruptures sphinctériennes occultes.

L'incontinence anale d'origine obstétricale est une situation grave aux conséquences psychologiques et sociales très handicapantes.

Elle est liée à une rupture sphinctérienne isolée dans 29 % des cas, en rapport avec une neuropathie par dénervation des muscles du plancher pelvien et du sphincter externe dans 14 % des cas et mixte dans 57 % des cas [1].

Il existe d'autres pathologies sphinctériennes liées à l'accouchement telles que les hématomes intra-sphinctériens, l'endométriase intra-sphinctérienne, les fistules ano-périnéales ou ano-vaginales.

La réparation des lésions sphinctériennes anales est souvent difficile et les résultats de la chirurgie sont dans bien des cas décevants, notamment au plan de la récupération fonctionnelle.

Leur prévention doit à ce titre rester une préoccupation de tous les temps avec pour préalable, une bonne connaissance des circonstances obstétricales susceptibles de les provoquer.

## II - FACTEURS FAVORISANTS :

- La primiparité : il est actuellement établi que les primipares sont plus exposées au risque de lésion périnéale lors de l'accouchement ; Christianson et al. [4] dans une étude cas témoin aux USA ont estimé que la nulliparité multipliait par 10 le risque de survenue de lésion sphinctérienne ; actuellement elle est reconnue comme le premier facteur de risque de survenue d'une lésion anale sphinctérienne [2,4,5,11].

- La Macrosomie fœtale : il s'agit aussi du deuxième facteur reconnu de risque de survenue de lésion périnéale [2,4,10,11] ; Wood et al. estiment qu'un poids fœtal supérieur à 4000 grammes représente un risque majeur [11] ; d'après Bodner et al., ce risque serait lié à un diamètre bipariétal particulièrement élevé [1].

A cela, il faut ajouter même sans macrosomie, le grand volume de la tête, un grand diamètre bisacromial [9].

- La durée de la phase d'expulsion : sa prolongation aggrave le risque de survenue d'une déchirure périnéale [2,10,11] ; il est actuellement

possible d'associer ce risque avec la nécessité de pousser plus longtemps avant d'obtenir l'expulsion fœtale [10].

Selon [1], elle favoriserait aussi les neuropathies.

- Les dégagements (du sommet en occipito-sacré, les présentations défléchies = face, l'accouchement de la tête dernière dans le siège, brusquerie du dégagement des têtes très petites pouvant se faire en oblique etc...)

- Les expulsions très rapides et brusques.

Lors de la descente de la présentation, le périnée postérieur est le 1er à se distendre avec une dilatation anale.

Cette distension possède une limite en rapport avec la rapidité de l'expulsion.

Elle est aggravée par les présentations défléchies, la macrosomie fœtale et l'expression utérine (à éviter).

Cette phase est probablement à l'origine de déchirures musculaires isolées des sphincters anaux.

- Le périnée : sa souplesse, sa longueur, sa trophicité, son étirement par écartement des ischions chez les luxées de la hanche sont autant de facteurs déterminants.

Certains auteurs associent le risque de déchirure périnéale avec la survenue d'un œdème du périnée qui le fragiliserait et le rendrait plus vulnérable lors des efforts de poussée [10]. Cette situation est décrite chez les protéinuriques.

La mauvaise visualisation du périnée au cours de l'expulsion augmente le risque de lésion anale sphinctérienne [10].

- L'absence de protection manuelle du périnée : cette méthode empirique utilisée depuis fort longtemps pendant la phase d'expulsion est rarement mentionnée dans la littérature médicale actuelle ; cependant, Samuelson et al. estiment que l'absence de protection manuelle du périnée augmente significativement le risque de survenue d'une déchirure périnéale [10].

- Les épisiotomies médianes : classiquement prônées par l'école anglo-saxonne sont associées à une multiplication par 3 à 8 de la fréquence des périnées complets. [1].

Il y' en a moins avec les épisiotomies médio-latérales. [1]

L'épisiotomie est la méthode la plus répandue appliquée pour prévenir une déchirure périnéale même si elle suscite depuis quelques décennies des interrogations sur son efficacité pour certains. Haadem estime qu'il faut aujourd'hui en restreindre les indications en raison de l'absence d'évidence de son efficacité sur le risque de lésion sphinctérienne ; en plus, il lui associe une morbidité propre, en particulier les difficultés parfois rencontrées dans la cicatrisation soit par mauvaise technique de déflection soit par surinfection [7] ; May propose une modification de la technique classique d'épisiotomie médiane en pratiquant deux incisions supplémentaires opposées de 1cm sur le fascia périnéal au dessus du sphincter anal ; cette technique diminuerait d'après lui le risque de lésion sphinctérienne [8] avis non partagé

par Merger et al., qui la trouve délabrante et de réparation plus incertaine [9]. D'autres estiment que la réalisation d'une épisiotomie médiane ou médio-latérale augmente le risque de lésion du sphincter anal [2,4].

- La stimulation des contractions utérines à l'oxytocine : elle semble pour certains augmenter significativement le risque de lésions anales sphinctériennes [10].

Il faut retenir davantage l'unanimité qui existe sur le risque plutôt utérin.

- Les manœuvres obstétricales et/ou les extractions instrumentales : l'utilisation des forceps est associée à une augmentation significative du risque de lésion sphinctérienne [2,5,11].

Atienza retrouve effectivement l'association entre l'utilisation des forceps et le nombre de périnées complets [1]. L'échographie retrouve 80 % de défauts occultes après l'utilisation des forceps.

L'épisiotomie préventive lors de l'application des forceps entraînerait une baisse significative de la fréquence des lésions sphinctériennes, en particulier lorsqu'elle est médio-latérale [3].

La ventouse est moins traumatisante que le forceps et entraînerait moins de lésions sphinctériennes [1,5].

On observerait seulement 24 % de défauts échographiques contre 80 % pour le forceps [1].

La fréquence des neuropathies semble également liée à l'emploi des forceps [1].

### III - PREVENTION :

Elle devra comporter deux volets : un primaire et un secondaire.

#### Le volet primaire :

Il s'agira d'identifier tous les cas à risque lors du suivi des grossesses afin d'y apporter des solutions spécifiques, en rapport avec les différents facteurs favorisants cités plus haut.

- Pendant la grossesse, la notion de macrosomie devra être recherchée tant cliniquement qu'échographiquement.

L'examen de fin de grossesse qui permettra d'évaluer le pronostic de l'accouchement fera l'objet d'une attention toute particulière chez la primipare ; les notions de présentation, de pelvimétrie clinique d'appréciation du périnée doivent être précisées.

Il faut privilégier l'indication d'une césarienne électorale devant un périnée à haut risque.

- Pendant le travail, il faudra :
  - Une bonne installation des parturientes, avec un bon accès visuel du périnée.
  - Bien faire le diagnostic des présentations (sommet, face, front, bregma, siège etc...)
  - Réévaluer le périnée surtout de la primipare et penser à le protéger manuellement lors de l'expulsion.
  - Apprécier les situations de dégagement en Occipito-Sacré pouvant bénéficier d'une rotation manuelle en Occipito-Pubien (ex du sommet en O.S).
  - Ne pas accepter des expulsions longues.
  - Faire des épisiotomies dites préventives en restreignant leurs indications aux cas où elles sont

vraiment nécessaires et en préférant l'incision médio-latérale.

- Rester techniquement rigoureux et ne la faire ni trop tôt ni trop tard, elle devra être contemporaine d'une contraction utérine/ou des efforts de poussée sur un périnée bien distendu.

- Une bonne technique de réparation de l'épisiotomie est nécessaire.

- Savoir privilégier l'indication d'une césarienne électorale devant un périnée à haut risque.

- Poser de bonnes indications d'extractions instrumentales et en maîtriser la technique.

- Faire une épisiotomie préventive systématique en vue d'un forceps chez la primipare surtout.

- Préférer la ventouse dans les situations où il faut compléter la flexion d'une présentation du sommet, même si chaque opérateur a ses préférences.

- Préférer une bonne césarienne à une mauvaise extraction instrumentale.

- Surtout, réserver les extractions instrumentales à des obstétriciens entraînés et expérimentés.

- En post-partum : avoir recours à la rééducation fonctionnelle du périnée après un accouchement par voie basse.

#### Le volet secondaire :

Concerne davantage le suivi rigoureux des patientes avec antécédents de traumatisme sphinctérien.

Elles devront bénéficier au moins d'une échographie endo-ale objectivant la qualité d'une réparation chirurgicale antérieure [1].

Cet examen devrait à la limite être envisagé avant la survenue d'une nouvelle grossesse.

Déjà, en post-partum, après un périnée complet, il a le double avantage de permettre l'évaluation de la réparation chirurgicale mais aussi de révéler des défauts existant dans le contexte des ruptures occultes.

Certains le proposent même pour toute accouchée (sans lésions périnéales), en cas de symptômes même transitoires (gaz<sup>+++</sup>, impériosité des selles etc..) malgré la rééducation périnéale habituelle, éventuellement complétée par une manométrie ano-rectale, voire des explorations électrophysiologiques périnéales [1].

Il est important chez les patientes aux antécédents sphinctériens, d'être précoce dans la rééducation fonctionnelle, d'envisager s'il y a des arguments en faveur, un traitement chirurgical de bonne qualité et de ne pas hésiter à faire une césarienne devant certains périnées fragilisés.

### IV CONCLUSION

L'identification des patientes à risque de lésions sphinctériennes anales doit conduire à une surveillance particulière et plus soutenue encore chez la primipare.

Les manœuvres obstétricales doivent résolument obéir aux règles de l'obstétrique moderne et

être exécutées par des praticiens qui en maîtrisent la technique et expérimentés.

L'échographie endo-ale est un examen dont l'indication semble déterminante notamment dans les lésions sphinctériennes occultes pouvant rester

longtemps méconnues et intervenir ultérieurement dans la physiopathologie de l'incontinence anale.

L'observation de ces règles ne pourra certes pas empêcher totalement la survenue des lésions sphinctériennes anales liées à l'accouchement mais en réduira probablement l'incidence.

## REFERENCES

- 1- Atienza P. Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique 97-112, 1999.
- 4- Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. : Risk factors for perineal injury during delivery ; Am J Obstet Gynecol. 189(1):255-60, Jul 2003.
- 2- Bodner-Adler B, Bodner K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Husslein P, Mayerhofer K. : Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types ; J Reprod Med. 46(8):752, aug 2001.
- 5- de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. : Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery ; BJOG. 108(4):383-7, Apr 2001.
- 11- Wood J, Amos L, Rieger N. : Third degree sphincter tears : risk factors and outcome ; Aust N Z J Obstet Gynaecol. 38(4): 414, Nov1998.
- 10- Samuelson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. ; Anal sphincter tears: Prospective study of obstetric risk factors ; BJOG. 107(7):926-31, Jul 2000.
- 9- Merger R, Levy J, Melchior J : complications traumatiques de l'accouchement. Précis d'Obstétrique 340-345, 1979
- 7- Haadem K.: Review of the literature on advantages and disadvantage:episiotomy : only limited protection against ruptures-time or a revision ?;Lakartidningen. 30;95(40):4354-8, Sep1998.
- 8- May JL/;Modified median episiotomy minimizes the risk of third-degree tears ; Obstet Gynecol. 83(1):156-7, Jan 1994.
- 3- Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K. : Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery ; J Reprod Med. (4)48:239-42, Apr 2003.
- 6- Frudinger A, Halligan S, Spencer JA, Bartram CI, Kamm MA, Winter R.: Influence of the subpubic arch angle on anal sphincter trauma and anal incontinence following child birth; BJOG.:109(11):1207-12, Nov 2002.