

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2009

THESE N°: 133

Les urgences proctologiques non traumatiques
pendant la grossesse et le post partum

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme Sana EL BAMRANI

Née le 06 Juillet 1985 à Marrakech
Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en
Médecine

MOTS CLES: Grossesse – Proctalgie – Rectorragie – Prolapsus hémorroïdaire.

JURY

Mr. A. SBIHI

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Mr. S. E. AL KANDRY

Professeur Agrégé de Chirurgie-Viscérale

Mr. A. AOURARH

Professeur de Médecine Interne

Mr. D. MOUSSAOUI RAHALI

Professeur de Gynécologie - Obstétrique

Mr. J. LALAOUI SALIM

Professeur d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

RAPPORTEUR



Dédicaces



A mes très chers parents EL BAMRANI
MOHAMMED
et BOUMADIANE FARIDA

Si j'utiliserai tous les mots de remerciements je n'arriverai pas à exprimer mes sentiments, ma reconnaissance et ma gratitude pour votre soutien, votre amour et vos prières qui m'ont régnerés tout au long de mes études.

Vous êtes et vous serez toujours pour moi le symbole de l'honnêteté, de la gentillesse, de la serviabilité, l'exemple de droiture et de persévérance.

Vous avez pu supporter mon stress dans mes moments les plus difficiles, vous étiez à mes côtés dans tous mes pas lors de remise des prix de mérite et même dans les nuits blanches.

J'espère que je serais toujours à la hauteur de vos espérances.

Ce travail est le fruit de vos efforts et vos sacrifices.

Que dieu vous protège et vous accorde santé et longue vie.

A mon très cher mari SAID

Aucune dédicace, aussi expressive qu'elle soit, ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi.

Ton affection, ton dévouement et tes innombrables sacrifices ont été pour moi d'un grand soutien.

Tu as supporté avec courage mes doutes et mes états d'âme en faisant preuve d'une patience sans bornes.

J'aurais aimé que tu sois parmi nous ce soir, mais la distance ne fait que nous rapprocher, tu es toujours avec moi.

Que ce travail puisse être le témoignage de mon affection, de mon immense gratitude et ma reconnaissance infinie.

***À ma très chère sœur SOFIA
et mon cher frère ACHRAF***

Je vous remercie pour votre soutien et pour tous vos efforts qui ont contribué à mon épanouissement.

J'espère avoir été à la hauteur de votre estime et que ce travail soit le témoignage de la profondeur de mes sentiments et de ma reconnaissance.

Que dieu vous protège et vous accorde un avenir prospère avec une vie pleine de bonheur et de succès.

À la mémoire de mes grands parents :
Hadja FATNA BOUSTA, Hadj MOHAMMED et
Hadj HUSSEIN.

J'aurai tant aimé que vous soyez à mes côtés ce jour, je sais que vous auriez été fières de moi aujourd'hui

Je pris dieu le tout puissant de vous accepter par sa clémence au sein de son paradis.

Que vos âmes reposent en paix.

À ma grand mère RKIA

Que ce travail soit le témoin de mon affection et de mon attachement

Que dieu te protège et t'accorde santé et longue vie.

À mes beaux parents :
Hadj ABDALLAH et Hadja FATNA.

En témoignage de ma gratitude et de mon
profond respect

Que dieu vous protège et vous accorde santé et
longue vie.

À tous les membres de ma famille
BOUMADIANE,
el BAMRANI et ma belle famille el KAZIZ

À mes tantes, mes oncles, mes belles
sœurs,
mes beaux frères, mes cousins et mes
cousines.

En gage de ma profonde affection et de mon
respect

Puisse dieu le tout puissant réaliser tous
vos rêves
et vous accorder une vie pleine de bonheur et
de prospérité.

***À l'ami de mon père
monsieur le Lt Colonel L AALAOUI KHALID***

Que ce travail soit le témoin de ma reconnaissance et de mon profond respect

À mes meilleures amies

En souvenir d'agréables moments partagés ensemble et en témoignage de notre amitié.

Je vous exprime par ce travail mon amour et mon attachement.

J'espère que notre amitié durera toute l'éternité.

Je cite sans distinction :

✦ Mlle *EL KHANBOUBI* ✦ Mlle *RHAFOUR IBTISSAM
ASMAA*

✦ Mme *SETTI KHADIJA*

✦ Mlle *BELLARBI SALMA*

✦ Mlle *EL CHHAB NADA*

✦ Mme *LAAMRANI FATIM-ZAHRAE*

✦ Mme *EL GHAZI MOUNA*

✦ Mlle *BENLAHBIB MANAL*

✦ Mlle *EJJAKI LEILA*

✦ Mlle *AHBEDDOU SANAA*

✧ Mlle EL *MOUTARAJI* ✧ Mlle *MOKRIM MAHA*
HALIMA

✧ Mlle *CHATI KAOUTAR* ✧ Mlle *JAJA ZINEB*

*A tous les internes et anciens internes
de CHU AVICENNE
surtout ceux de ma promotion février
2008*

Un spécial remerciement à l'ancienne interne docteur *SETTI KHADIJA*, vous m'avez aidé jusqu'au dernier moment avec un grand savoir et des orientations éclairantes accompagnées d'une grande gentillesse. Cet honneur me touche infiniment et je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements et mon respect le plus distingué.



Remerciements



À Notre Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur *A. SBIHI*
Professeur d'Anesthésie et Réanimation

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration.

Vous serez pour nous, l'exemple de droiture et du sérieux dans l'exercice de la profession.

Veillez accepter Maître, l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

À Notre Maître et Rapporteur de Thèse
Monsieur le Professeur S.AL KANDRY
Professeur Agrégé en Chirurgie Générale

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.

Votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez croire en l'expression de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

À Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur le professeur A.AOUBARH
Professeur en Médecine Interne

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous rendons hommage à votre sérieux, humanisme et à votre haute compétence.

Vous m'avez soutenu durant toutes mes années d'études avec un grand savoir et des orientations éclairantes accompagnées d'une grande gentillesse.

Veillez accepter ici, chère maître, le témoignage de ma gratitude et de mon estime.

À Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur le Professeur *J.LALAOUI SALIM*
Professeur d'Anesthésie et Réanimation

Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre modestie et votre gentillesse nous ont particulièrement marquées.

Puisse ce travail témoigner de nos sincères remerciements et notre

Profonde reconnaissance

À Notre maître et Juge de Thèse
Monsieur le Professeur D.MOUSSAOUI RAHALI
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Nous vous remercions pour le privilège que vous nous avez accordé pour juger cette thèse.

Que votre sérieux nous soit un exemple à suivre.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de nos remerciements et de notre très haute considération.



Plan

Introduction	1
Historique	
Epidémiologie des urgences proctologiques et grossesse	
Physiopathologie et rôle de grossesse	
Particularités cliniques et diagnostic des urgences proctologiques chez la parturiente	
Traumatismes anopérinéaux obstétricaux non iatrogènes	
Prise en charge thérapeutique et particularités en cas de grossesse.....	
Conclusion.....	105
Résumé.....	107
Bibliographie.....	114

ABREVIATIONS

AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
Ant	: Antérieure
ATCD	: Antécédent
Fig	: Figure
FA	: Fissure anale
MV	: Maladie de Verneuil
Post	: Postérieure
SE	: Sphincter externe
SI	: Sphincter interne
SP	: Sinus Pilonidal
THE	: Thrombose hémorroïdaire externe
UP	: Urgence proctologique
VIH	: Virus d'immuno-déficience acquise

Le mot *proctologie* vient du grec *proktos* « anus » et *logos* « science, étude ».

La proctologie est la spécialité des maladies de l'anus et du rectum [1].

Les affections proctologiques constituent un motif fréquent de consultation parfois, en urgence, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. En effet, une personne sur trois a des plaintes proctologiques, une personne sur cinq en souffre régulièrement [49].

Le dictionnaire Larousse définit l'urgence comme : « Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard ; situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. »

Nous nous intéresserons uniquement aux urgences proctologiques représentées essentiellement par les symptômes revêtant un caractère urgent tels que la douleur et le saignement et survenant pendant la grossesse.

Le dictionnaire Larousse définit la grossesse comme étant « l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel. »

On inclura les urgences proctologiques survenant aussi bien pendant la grossesse et six semaines du postpartum.

Notre travail est une mise au point pour :

1. Savoir reconnaître les urgences proctologiques
2. Mettre le point sur le rôle de la grossesse dans la genèse et/ou l'aggravation des affections proctologiques.
3. Identifier les particularités et les limites de la prise en charge thérapeutique chez la femme enceinte.
4. Evaluer le pronostic de la grossesse au cours des urgences proctologiques et inversement.

Sur le plan historique, les urgences proctologiques tirent leurs intérêts pour plusieurs raisons ; l'accessibilité du canal anal en a fait une région très tôt explorée dès la période de l'Empire égyptien : Ebers, papyrus de Berlin et papyrus d'Edwin Smith [48].

A l'époque, le traitement de toute maladie proctologique était essentiellement médical, fait de pansements locaux (lin enduit et placé dans l'anus, lavements et autres astuces). Les Egyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau. Le traitement chirurgical n'était encore pas évoqué.

Hippocrate, à l'époque de la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre les maladies et « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : *« ayez soin d'en laisser toujours une »* et l'on imagine déjà la physiopathologie : *« la maladie se produit ainsi : la bile ou le phlegme se fixant dans les veines du rectum, et chauffe le sang qui est dans les veines, ces veines échauffées, attirent les veines les plus voisines, le sang se remplit et fait tumeur dans l'intérieur du rectum. Les têtes des veines sont saillantes, et à la fois contuses par les excréments qui sortent. Pressées par le sang qui s'accumule, elles projettent ce liquide surtout avec les selles, mais quelques fois sans les selles »*.

Les idées d'Hippocrate sont reprises par Ambroise Paré en 1575 : *« si elles jettent modérément, on ne doit pas l'arrêter du tout, parce qu'elles préservent de la mélancolie, lèpre, pleurésie, péri-pneumonie selon la sentence d'Hippocrate Mais si le flux de sang est démesuré, on l'arrêtera car autrement, il cause hydropsie par réfrigération du foie »*.

Le traitement devient plus agressif au XVIIIème siècle « vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l’anus sans causer de dommage ». On traite au fer chauffé à blanc après mise en place d’une canule en cuivre, les cris des patients permettant de faire saillir davantage l’anus. La ligature apparaît aussi : une aiguille traverse l’hémorroïde qui est liée à l’aide « d’un brin de laine non lavé aussi épais et long que possible ».

Sells, en l’an 30, décrit l’incision hémorroïdaire et signale la nécessité de ne pas multiplier des cicatrices au niveau de l’anus.

Certains médecins, en 1460, deviennent plus imaginatifs. Ainsi, Louis XI, qui a beaucoup souffert d’hémorroïdes, s’est vu proposer par le Dr Ferrari, médecin italien, l’usage de sangsues : « si le sang ne sort pas naturellement des hémorroïdes, utiliser une sangsue ou deux. On introduira la sangsue à l’intérieur d’un tube puis l’endroit choisi pour la saignée sera recouvert de sang de poulet. Ceci est fait sans tarder et on applique le tube sur cette région. La sangsue prisonnière adhèrera aussitôt et sucera le sang de la veine. On retire le tube en laissant prendre la sangsue. Quand elle sera bien gorgée, on la saupoudrera de sel et on la placera au-dessus d’un petit bassin dans lequel elle tombera et rendra le sang sucé ».

Pierre Donis, en 1740, évoque pour la première fois un mauvais retour veineux comme étant l’origine de la pathologie hémorroïdaire. Il explique que ce mauvais retour veineux est dû aux efforts de poussées nécessaires à l’exonération des excréments. A l’époque, Donis défend le traitement médical et déconseille la chirurgie qui consiste pourtant déjà en une résection des paquets hémorroïdaires.

Ainsi, le XXème siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes. En revanche, la dilatation anale décrite par Récamier en 1838 est actuellement abandonnée.

L'intervention de Milligan-Morgan, technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, trouve son origine en 1744 par la description de J.-L. Petit. Elle a été améliorée par Parks en 1965 [48].

Dans notre contexte et ce malgré le nombre important des parturientes souffrant de la pathologie proctologique, son incidence a été très peu étudiée dans la littérature, les premiers écrits sont ceux de Martin en 1950, viennent ensuite ceux de Simmons, Pradel, Abramowitz... [4, 5, 6].



Fig.1 : Le clystère pratiqué à travers la fenêtre, un bas relief en bois sculpté et peint à la fin du XV siècle, conservé au Musée Gruuthuise de Brugges [48].



Fig.2 : Traitement chirurgical des hémorroïdes, miniature du Code de Chirurgie de Rogerio Frugardi (MS Sloane 1975 p93) durant le XIV siècle, trouvé au British Museum, de Londres [48].



Fig.3 Ligature et extirpation des hémorroïdes hémorragiques. Illustration du manuscrit « La chirurgie par Ilkhani » 1465, de Ch. Ed-Din (L.II chap. 81, p124) trouvé à la Bibliothèque National de Paris [48].

Sur le plan épidémiologique, les affections proctologiques constituent un motif fréquent de consultation et surviennent à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune. En effet, l'âge moyen selon l'étude de Chemsî effectuée à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V (HMIMV) incluant 1186 cas était de 38.32 ans [47].

Ces résultats concordent avec beaucoup d'autres séries aussi bien marocaines (chirurgie C Avicenne, CHU Ibn Rochd), d'Afrique subsaharienne (série de Bangui, Mali et Togo CHU Tokoin de Lomé) qu'occidentales [47].

Par contre, la répartition en fonction de la nature de l'affection proctologique est différente. En effet, les fissures anales ont constitué la pathologie la plus fréquente dans l'étude de Chemsî avec un taux de 35.7%, suivi par les fistules (26.4%) et au 3^{ème} rang les hémorroïdes (23.2%), contrairement aux études Ibn Rochd et de service de chirurgie C où les fistules anales ont occupé la première position avec un taux respectivement de 74.1% et 64.57%.

Quant aux autres séries de Bangui et de Mali, elles ont objectivé une prédominance de la pathologie hémorroïdaire (58.8% et 75.6%) avec un taux très bas de fistules et de fissures.

En occident, certains auteurs ont fait le même constat qu'en Afrique subsaharienne.

Pour leur part, les urgences proctologiques en dehors de la grossesse ne sont pas rares, elles ont été observées dans 133cas/670 des consultations proctologiques soit un taux de 20% dans l'étude de Benhima à l'HMIMV.

La douleur constitue le principal motif de consultation (94% dans la série de Benhima, 95% selon l'étude de Barakat à Casablanca, 85.6% selon Lemarchand, 70.4% selon Denis) [46].

Les rectorragies représentent une cause moins fréquente avec un taux de 6% selon l'étude de Benhima et 5% selon Barakat.

Les femmes ont été touchées respectivement selon les séries de Benhima, Barakat et Denis dans 28.58%, 29% et 35.3%.

Paradoxalement aux données de la littérature, qu'elle soit occidentale ou arabo-africaine, le type de l'urgence proctologique rencontrée dans la série de Benhima a été la fissure anale compliquée comme dans l'étude de Barakat représentant 58.7% des UP dans la première étude suivi de la pathologie hémorroïdaire 22.5% puis des suppurations ano-périnéales 18% et enfin 0.75% des traumatismes anorectaux. (Tableau 1)

Dans la série de Barakat, 36% de FA ont été rapporté, le reste des UP ont été réparties comme suit : les suppurations ano-périnéales 33%, les urgences hémorroïdaires 24%, et enfin 2% de traumatisme ano-rectal.

Par contre dans les séries Lemarchand et Denis, la pathologie hémorroïdaire a occupé la 1^{ère} place avec respectivement un taux de 41.80% et 36.4%, suivi de pathologie fissuraire pour le premier (19.3%) et de la pathologie infectieuse (23.5%) pour Denis [46].

Cependant, durant la grossesse et le postpartum, la survenue des hémorroïdes chez la femme enceinte est estimée entre 25% et 35%, voire même 85% au cours du 3^{ème} trimestre dans certaines populations [10].

Les thromboses hémorroïdaires externes (THE) et la fissure anale sont les deux principales causes de douleurs anales. Chez la femme enceinte, elles sont responsables d'un inconfort majeur. Nous allons, à travers l'analyse de la littérature, et de l'expérience récente de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, définir l'incidence de ces deux pathologies pendant la grossesse et dans la période du post-partum [5].

Selon l'étude de l'hôpital Bichat, les thromboses hémorroïdaires survenaient surtout aux alentours de l'accouchement, alors que les fissures étaient réparties tout au long des 2 mois de surveillance (Figure 4) [40].

Malheureusement, nous ne disposons pas de données épidémiologiques sur la survenue des autres UP au cours de grossesse quoique fréquentes.

	N. Lemarchand %	J. Denis %	M. Barakat %	Benhima %
Urgences hémorroïdaires	41,80	36,4	24	22,55
Fissure anale	19,3	13,4	36	58,7
Suppurations Ano-périnéales	26	23,5	33	18
Traumatisme Ano-rectal	0,8	-	2	0,75

Tableau 1: Répartition des urgences proctologiques dans la littérature [46].

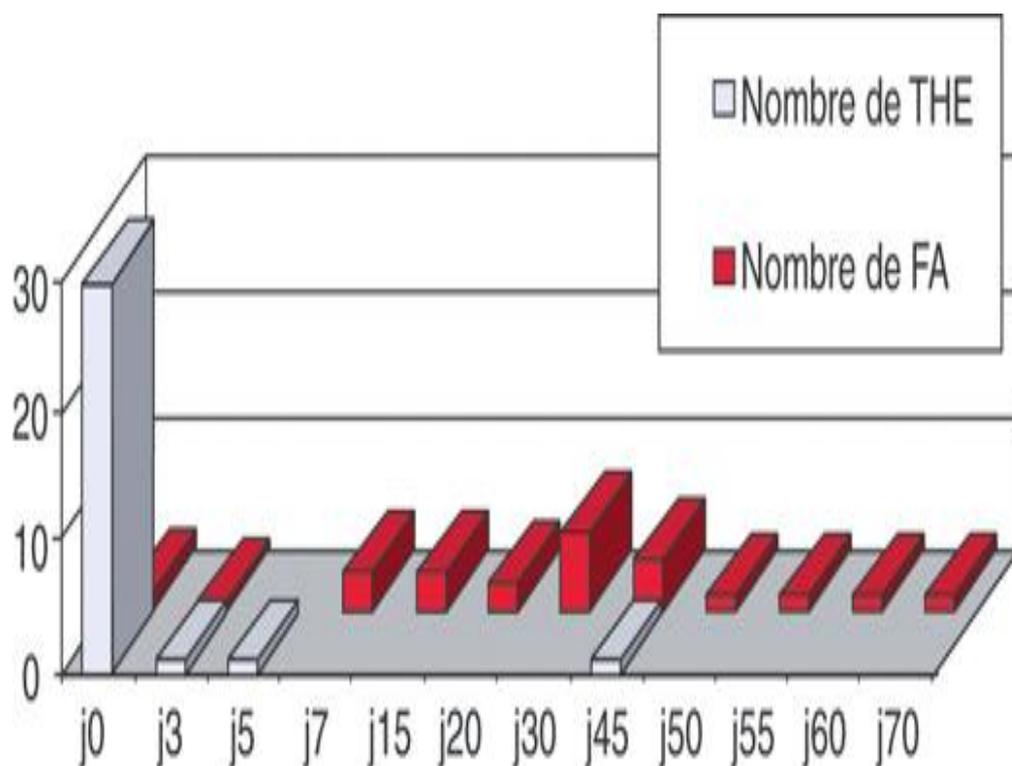


Fig. 4 : Jours d'apparition des thromboses hémorroïdaires externes (THE) et des fissures anales (FA) après l'accouchement [40].

Concernant la fissure anale de la parturiente, l'étude de la littérature sur ce sujet n'est pas fastidieuse (Tableau 2). En effet, malgré le nombre important de patientes souffrant de cette pathologie dans notre pratique, son incidence a été très peu étudiée dans la littérature.

Les études de Simmons et al. et d'O'Connor et al. rapportent le nombre de fissures anales parmi des parturientes consultant pour des symptômes anorectaux ; il ne s'agit donc pas d'études d'incidence chez les parturientes car beaucoup de patientes porteuses de fissures anales ne consulteraient pas [4].

Le taux de fissures anales (FA) était de 20% pendant la grossesse selon Simmons et de 39% dans le postpartum immédiat selon O'Connor.

Les études de Martin et de Corby et al, à plus de 40 ans d'intervalle, rapportent la même incidence de 10 % (Tableau 2). Ces deux équipes ont réalisé un examen proctologique durant la consultation de la sixième semaine du postpartum. Ils ont retrouvé une discrète prédominance des fissures au niveau de la commissure antérieure. Martin ayant questionné les parturientes à posteriori sur la date de début de leurs symptômes, a retrouvé un début de symptomatologie se répartissant tout au long des six semaines de suivi dans le post-partum [4,5].

Le plus souvent, une fissure anale s'accompagne d'une hypertonie sphinctérienne réactionnelle. Corby et al. ont étudié les pressions anales par manométrie anorectale chez ces parturientes porteuses d'une fissure anale après l'accouchement. La manométrie a révélée ainsi une absence d'augmentation de pression du canal anal chez les patientes avec fissure par rapport aux patientes n'en souffrant pas, ce qui suggère une physiopathologie de la fissure anale spécifique à la parturiente.

La faible incidence rapportée par Pradel et al. (Tableau 2) est probablement attribuable à la réalisation de l'examen proctologique uniquement durant la grossesse et dans le post-partum immédiat.

À l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, un examen proctologique a été réalisé chez 165 parturientes durant le dernier trimestre de grossesse et avant le troisième mois du post-partum. 2 fissures chez 165 femmes examinées ont été mises en évidence (1,2 %) durant le troisième trimestre et 25 (15,2 %) durant le post-partum.

La fissure anale survient donc préférentiellement durant les semaines suivant l'accouchement avec une incidence variant de 9 à 15 % selon les auteurs [4, 5, 6].

Auteurs	Fissure pendant la grossesse (n)	Fissure dans le post-partum immédiat (n)	Fissure à 6 semaines dans le post-partum (n)
Martin	—	11 % (45/424)	—
Simmons	20 % (12/60)	—	—
O'Connor	—	39 % (47/119)	—
Pradel	3 % (1/30)	3 % (2/52)	—
Corby	—	—	9 % (29/313)
Abramowitz	1,2 % (2/165)	15,2 % (25/165)	—

Tableau 2 : Etudes publiées portant sur les fissures anales chez les parturientes [6].

n : Nombre de parturientes malades/ nombre de parturientes étudiées

Quant aux thromboses hémorroïdaires externes (THE) de la parturiente, la littérature sur ce sujet n'est pas plus étoffée (Tableau 3). L'étude de Simmons et al. est ancienne, rétrospective et réalisée à partir de questionnaires auprès des parturientes. Ce dernier point est important, car la plupart des femmes vues en consultation de proctologie sont adressées pour « hémorroïdes », alors que l'examen révèle souvent la présence de fissure anale. Il y a donc probablement une part importante de fissures parmi ces 38 % rapportés par ces auteurs. Cette étude a tout de même le mérite de chiffrer l'importance des « problèmes » proctologique canaux de la parturiente.

Mac Arthur et al. ne retrouvent que 5,3 % de pathologie hémorroïdaire car ils ne recueillaient que les symptômes survenant plus de 6 semaines après l'accouchement.

Deux études françaises anciennes prospectives avec un examen proctologique systématique (Rouillon et Pradel) étudient le taux de THE et non les « problèmes hémorroïdaires ». Le taux de thrombose est plus faible pour Rouillon et al. (12.2% dans le postpartum immédiat), probablement car les parturientes ont eu un examen proctologique quelques heures après leur accouchement alors que Pradel et al. ont examiné leurs patientes entre le premier et le cinquième jour du post-partum laissant peut-être plus de temps à la thrombose pour subvenir (24% pendant la grossesse et 34% dans le postpartum immédiat). Inversement, Pradel et al. ont à déplorer une part importante de perdue de vue (35 %), ce qui peut en partie expliquer leur taux important de THE pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat. La réelle incidence se trouve probablement entre ces deux extrêmes.

À l'hôpital Bichat, sur les 165 femmes examinées prospectivement, 13 (7,9 %) étaient porteuses d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 33 (20 %) dans le post-partum. Trente des 33 (91 %) de ces THE sont survenues dans les heures suivant l'accouchement [4, 5, 6].

Auteurs	PH pendant la grossesse (n)	PH dans le post-partum immédiat (n)	PH dans le post-partum tardif (n)
Simmons		38 % (26/68)	—
Pradel	24 % (10/41)	34 % (18/52)	—
Mac Arthur	—	—	5,3 %
Rouillon	—	12,2 % (20/164)	—
Abramowitz	7,9 % (13/165)		20 % (33/165)

Tableau 3 : Etudes publiées portant sur les pathologies hémorroïdaires (PH) chez les parturientes [6].

n : Nombre de parturientes malades/ nombre de parturientes étudiées

Concernant les traumatismes anopérinéaux obstétricaux non iatrogènes, l'accouchement est un pourvoyeur classique et sous-estimé des lésions ano-rectales.

L'expulsion spontanée ne ressort pas "blanchie" pour autant, Sultan a constaté 36 % de lésions sphinctériennes occultes après accouchement normal ce qui peut paraître considérable [46].

L'incontinence anale est un symptôme tabou qui le restera si on n'aborde pas franchement le sujet avec nos patientes [5].

L'accouchement par voie basse peut occasionner une incontinence anale dans 10 à 15 % des cas selon 2 séries Abramowitz et Sultan. Elle porte le plus souvent sur les gaz (avec un taux de 13% et uniquement 1 à 2% pour les selles liquides « 16 ») et s'améliore avec le temps ou la rééducation. 14

L'incontinence anale du post-partum est secondaire à une rupture des sphincters externe et/ou interne de l'anus ou à une lésion du nerf honteux interne (qui commande le sphincter externe).

Les principaux facteurs de risque en dehors de l'épisiotomie et l'utilisation du Forceps sont la déchirure du périnée, le premier et le deuxième accouchement [5].

Sultan et Hudson ont insisté dans leurs études 1993, pour la première fois, sur la fréquence des ruptures sphinctériennes occultes et leur rôle dans l'incontinence du post-partum [46].

Six semaines après un accouchement par voie vaginale, l'hypocontinence anale ou des besoins impérieux ont été observés chez 13 % des primipares et 23 % des multipares, bien qu'aucune déchirure périnéale n'ait été enregistrée. L'échographie endoanale visualisait des lésions sphinctériennes chez 35 % et 44% d'entre elles respectivement, et la manométrie anorectale montrait des pressions anales diminuées au repos et lors de la contraction volontaire [46].

Par contre, l'étude princeps du St Mark's Hospital avait analysé prospectivement une cohorte de 79 primipares et de 48 multipares ayant accouché par voie vaginale. Les primipares et les multipares ont développé une incontinence *de novo* dans respectivement 13 et 6 % des cas. Le premier accouchement avait alors été considéré comme étant le plus traumatisant pour le périnée. Deux autres séries prospectives Abramowitz et Fynes, avec dans chacune 59 secondipares accouchant par voie vaginale, ont récemment démontré qu'un deuxième accouchement pouvait également provoquer une incontinence anale *de novo* avec la même incidence qu'après le premier. Ainsi, les deux premiers accouchements sont les plus traumatisants pour l'anus et susceptibles d'induire une incontinence anale dans le post-partum [6].

Dans une étude prospective de Roman portant sur 525 parturientes interrogées le 4^{ème} jour du postpartum et 6 semaines plus tard sur l'apparition des signes d'incontinence anale suivant l'accouchement, l'incidence d'incontinence anale était de 8.8% au 4^{ème} jour et 3.3% à 6 semaines. Le principal facteur de risque au 4^{ème} jour était l'accouchement non assisté à domicile avec un odds ratio (OR) de 8.06 et de 50 six semaines du postpartum sans oublier d'autres facteurs comme le diamètre bipariétal du nouveau-né supérieur à 93 mm (OR=4.56) et l'âge maternel supérieur à 30 ans (OR=4.6).

Ces incidences basses étaient expliquées par l'âge des femmes, la parité, le poids et le diamètre bipariétal des nouveau-nés et le taux des déchirures périnéales [41].

Quant à l'évolution de l'incontinence en fonction du temps, les accouchements traumatiques successifs provoquent des lésions qui deviennent irréversibles et vont être en partie responsables d'une incontinence anale chez la femme d'âge mûr.

Ainsi, dans une étude de cohorte de Sander, 48 femmes ayant souffert d'une déchirure du périnée stade 3 ou 4 (stade 3 = rupture du sphincter externe reconnue par l'obstétricien ; stade 4 = rupture du sphincter externe et de la muqueuse anale reconnue par l'obstétricien) ont été interrogées sur leur continence anale 1 mois puis 1 an après leur accouchement. À 1 mois, dix femmes (21 %) souffraient d'incontinence anale. À 1 an, trois patientes (7 %) rapportaient une incontinence aux gaz.

Enfin, 20 ans après un accouchement (sur une courte série avec 40 % de perdues de vue), une incontinence anale avec fuite dans les sous-vêtements était observée chez 12 parturientes sur 41 (29 %) qui avaient présenté une déchirure du périnée lors de leur accouchement contre une seule chez les 38 parturientes (3 %) qui avaient eu un accouchement non compliqué selon l'étude de Haadem [40].

Lorsque l'incontinence anale persiste au-delà de 6 mois, il est nécessaire de l'explorer (manométrie anorectale et échographie endoanale) en vue d'une prise en charge thérapeutique (rééducation anale et parfois sphinctéroraphie) [39].

Pour mieux comprendre le rôle de la grossesse dans la genèse ou l'aggravation de certaines affections proctologiques, nous rappelons succinctement Les modifications anatomiques de la région anopérinéale au cours de l'accouchement et les mécanismes de la continence et défécation.

En effet, les modifications anopérinéales au cours de l'accouchement peuvent être représentées comme suit :

➤ **Modification du segment anococcygien**

Au début de sa descente, la présentation repousse le septum rectovaginal et aplatit le rectum contre le coccyx et le ligament anococcygien. La rétropulsion du coccyx entraîne un étirement de la commissure postérieure de l'anus et une saillie de celui-ci. Des lésions sphinctériennes anales souvent inapparentes peuvent apparaître à ce stade.

➤ **Ampliation du segment anovulvaire**

En descendant, la présentation se défléchit. Elle comprime et étale le centre tendineux du périnée, qui est laminé et distendu dans tous les sens. La région anovulvaire devient saillante (Le périnée « bombe »). La distance anovulvaire s'allonge et le périnée s'amincit. Le plan de la vulve s'horizontalise. A ce stade, la distension est maximale et l'élongation provoque des lésions musculaires ou aponévrotiques quasi inéluctables. La rupture est imminente et l'épisiotomie doit être effectuée avant ce stade.

➤ **l'orifice vulvaire**

Il se déplisse et se distend pour laisser passer le mobile fœtal.

Ces modifications nous aident à mieux comprendre les déchirures obstétricales survenant au cours de l'accouchement [40].

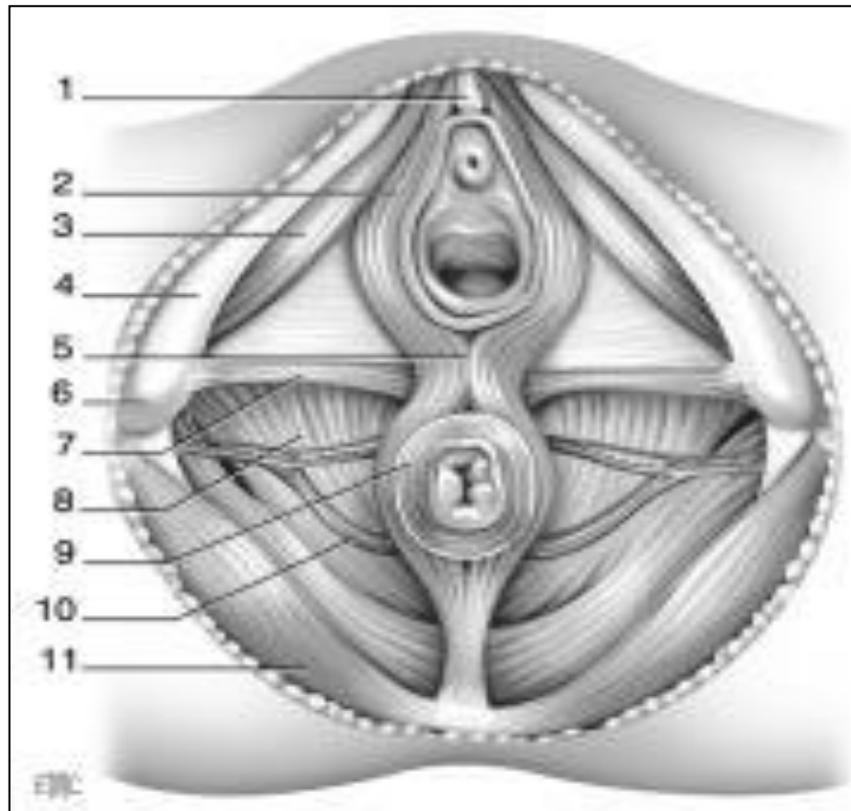


Fig 5:Vue inférieure du périnée chez la femme [3].

*1. Corps érectiles ; 2. Muscle bulbospongieux ; 3. Muscle ischiocaverneux ;
4. Branche ischiopubienne ; 5. Noyau central du périnée; 6. Tubérosité
ischiatique ; 7. Muscle transverse ; 8. Muscle releveur de l'anus ; 9. Muscle
sphincter externe ; 10. Artère rectale inférieure ; 11. Muscle grand fessier.*

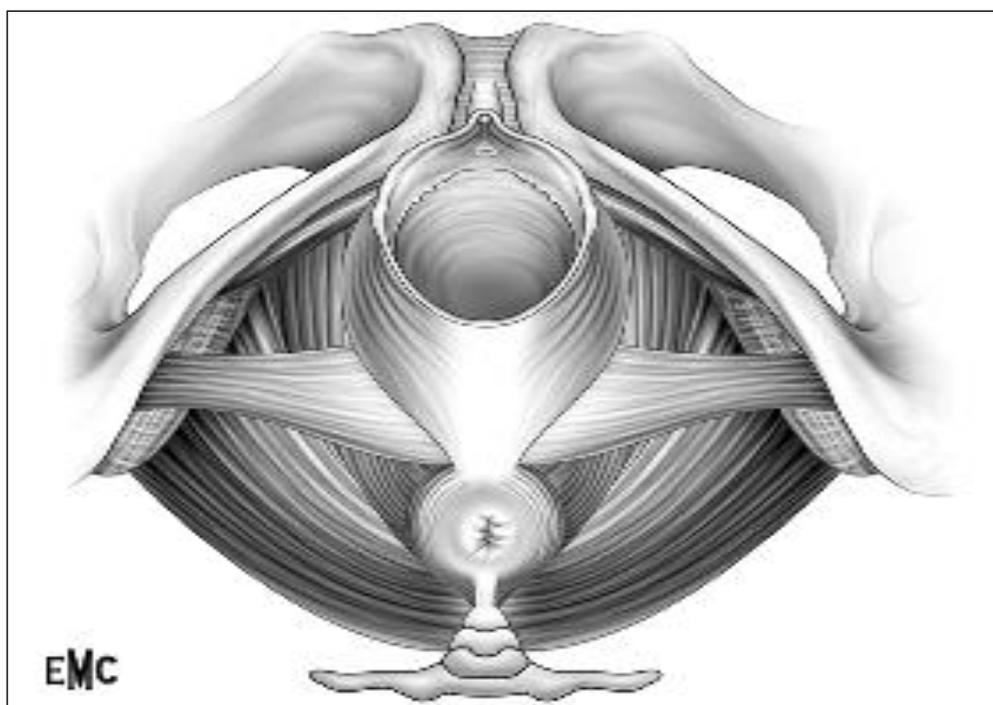


Fig 6: Ampliation du périnée au cours de l'accouchement (d'après Kamina) [45].

Concernant les mécanismes de la continence et de la défécation ; ils sont très complexes.

En effet, la continence est assurée par deux dispositifs anatomiques :

➤ **Continence par occlusion du canal**

Le tonus permanent des sphincters anaux assure l'occlusion du canal anal.

La pression de fermeture du canal se situe normalement entre 5 et 10 kPa ; 80 % de ce chiffre est dû au tonus du sphincter interne, et 20 % au tonus du sphincter externe.

Le tonus du sphincter interne est permanent, son action échappe à la volonté. Toute section totale du sphincter interne met donc en danger la continence.

Le sphincter externe est l'agent de la continence volontaire. C'est un muscle strié, donc fatigable (Au bout de 50 à 60 secondes) [2].

➤ **Rôle de l'angulation anorectale dans la continence :**

La contraction du muscle puborectal ferme cet angle à 90°, son relâchement l'ouvre.

La section de ce muscle entraîne une incontinence contrairement à la section du sphincter externe.

Quant aux mécanismes de l'exonération, ils sont assurés par l'arrivée des matières fécales provoquant une augmentation de la pression intra-rectale, ce qui induit un réflexe recto-anal inhibiteur parallèlement à l'ouverture de l'angle ano-rectal, permettant ainsi l'évacuation des matières du rectum et du sigmoïde.

Des lésions aussi bien musculaires (touchant les sphincters) que nerveuses (atteignant le nerf honteux interne) survenant au cours de l'accouchement peuvent expliquer la survenue de l'incontinence anale.

Envisageons d'abord, la physiopathologie des urgences proctologiques d'origine fissuraire.

La fissure anale se définit comme une ulcération épithéliale du bas canal anal, en « raquette », arrondie au niveau de la marge et s'amincissant vers la ligne pectinée sans l'atteindre [14].

La pathogénie de la fissure anale est multifactorielle : la fissure anale, initialement induite par un traumatisme, siège préférentiellement au niveau de la commissure postérieure en raison de sa moindre résistance anatomique et de son hypovascularisation. Elle cicatrise spontanément en cas de pression anale de base normale ou devient une ulcération chronique de type ischémique en cas d'hypertonie, favorisée par le stress et la douleur. La cicatrisation peut alors survenir après la levée pharmacologique ou chirurgicale de la contracture sphinctérienne [15].

À ce jour, seules trois équipes ont étudié les facteurs pouvant favoriser la survenue d'une fissure anale chez la parturiente [4].

Pour Martin, la primiparité, l'épisiotomie et les forceps sont associés à un plus grand nombre de fissures anales.

L'étude de Corby met en exergue le rôle de la constipation avec 62 % de constipées chez les patientes avec fissure anale vs 29 % chez celles n'en souffrant pas ($p < 0,01$). Pour cet auteur, aucun facteur obstétrical ne semblait affecter l'incidence de cette pathologie.

Dans la série d'Abramowitz, la constipation terminale (la dyschésie : difficulté d'évacuation des selles) est de très loin le principal facteur de risque de survenue d'une fissure anale dans le post-partum avec un risque de fissure

(IC 95 %) multiplié par 5,7 (2,7-12) chez les patientes souffrant de dyschésie pendant cette période. De plus certains éléments reflétant l'aspect traumatisant de l'accouchement semblent favoriser la survenue d'une fissure anale dans le post-partum. Ainsi, un poids de bébé important, un terme d'accouchement tardif et une durée d'expulsion prolongée étaient associés à un plus grand nombre de fissures anales après l'accouchement.

La dyschésie semble donc être le principal facteur de risque de fissure anale durant le post-partum. Les accouchements traumatisants ressortent avec moins de puissance : cette hypothèse nécessite donc, pour être confirmée, des études avec un plus grand nombre de parturientes [4].

Concernant les urgences proctologiques d'origine hémorroïdaire, l'étude de la structure du tissu hémorroïdaire permet de conclure en trois points : [7]

- ✧ Il ne s'agit pas de varice, mais de formation vasculaire particulière disséminée au sein d'un tissu de soutien et entourée d'un appareil sphinctérien.
- ✧ Ces formations sont anatomiquement normales.
- ✧ On distingue les hémorroïdes externes situées dans l'espace sous cutané du canal anal, sous la ligne pectinée et les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous muqueux du canal anal, au dessus de cette ligne [55].
- ✧ Ces formations sont fonctionnellement utiles. En effet, les hémorroïdes contribuent entre 15 à 20 % dans le tonus de repos du canal anal tout en participant à la défécation. [7]

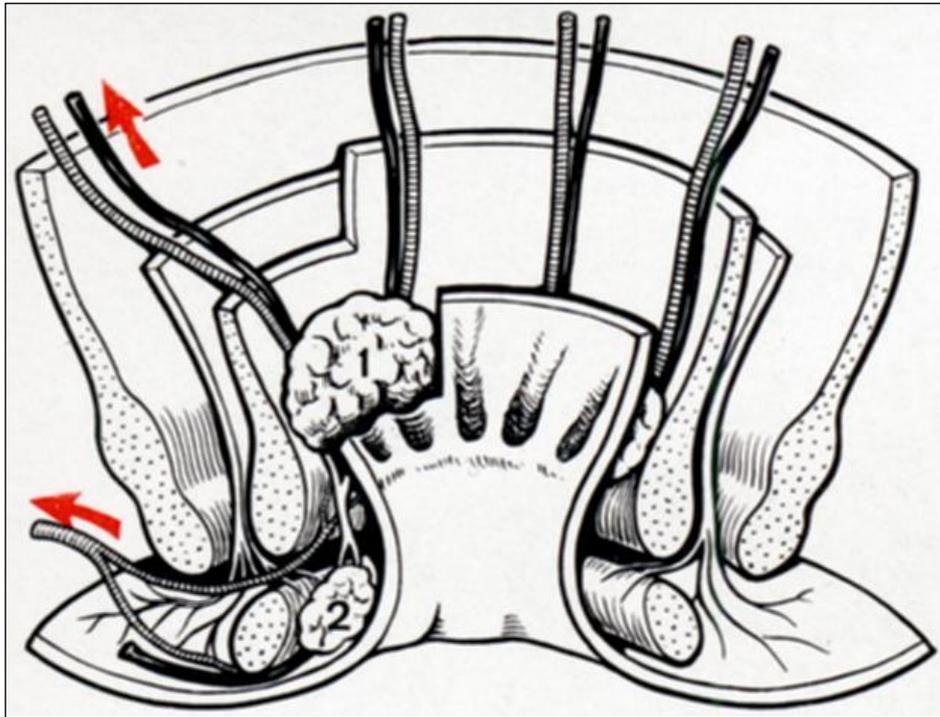


Fig 7: Vascularisation veineuse de l'anus [2].

1. Plexus hémorroïdaire interne.
2. Plexus hémorroïdaire externe.

C'est l'apparition de manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie » [7].

La pathologie hémorroïdaire se développe à l'âge moyen de la vie, avec une augmentation progressive de la prévalence jusqu'à la septième décennie, sans influence de race ou de religion, mais avec une plus grande fréquence dans les milieux socioéconomiques favorisés [7].

La fréquence des manifestations cliniques des hémorroïdes explique le nombre important de facteurs étiopathogéniques incriminés et la difficulté d'apporter des éléments de certitude. Pour la plupart cependant, il s'agit plus de facteurs adjuvants au déclenchement des crises [7].

Les études statistiques critiques retiennent surtout trois facteurs :

➤ *Épisodes de la vie génitale* : la période prémenstruelle, la grossesse et l'accouchement ont une nette influence sur les manifestations cliniques. À la suite des travaux de Saint Pierre, différentes études immunohistochimiques ont localisé la présence de récepteurs oestrogéniques et progestatifs dans les tissus du canal anal, démontrant que cette région peut être un organe cible de ces hormones, influencé par leurs variations de taux.

➤ *Troubles du transit* comme facteur aggravant en particulier la constipation fréquente pendant la grossesse et le postpartum.

➤ *Hérédité* : il semble exister un caractère familial de la maladie hémorroïdaire avec un déterminisme génétique se transmettant selon un mode polygénique à seuil [7].

Les hémorroïdes peuvent prendre un aspect d'urgence douloureuse dans des situations diverses à savoir:

➤ *La crise hémorroïdaire congestive*

➤ *Les thromboses hémorroïdaires*

J. Vilotte a défini ces deux situations. La crise hémorroïdaire, il s'agit d'une manifestation aiguë douloureuse localisée au niveau de l'anus et de la marge anale, d'une pathologie étiquetée hémorroïdaire et dans laquelle coexistent à des degrés divers la thrombose vasculaire, l'œdème inflammatoire et la procidence mécanique [46].

Les données actuelles publiées sur les événements déclenchants ou influençant la crise hémorroïdaire ont un faible niveau de preuve scientifique [17]. C'est qu'Abramowitz a confirmé à travers l'étude épidémiologique de F. Pigot qui consistait à une comparaison des ATCD et événements récents des patients consultant pour crise hémorroïdaire et pathologie digestive chez 931 gastro-entérologues libéraux.

Toutefois, certains auteurs parlent de facteurs plus ou moins discutables :

Facteurs peu discutables :

✧ *Constipation*

✧ *Dyschésie* (qu'il faudrait savoir diagnostiquer et traiter avant tout geste chirurgical)

✧ *Diarrhée*

Facteurs discutables (ou discutés) :

- ✧ *Alcool, épices, café, tabac*
- ✧ *Hormonaux (les oestrogènes)*
- ✧ *Obésité, certains sports (cyclisme, l'équitation)*

La physiopathologie de la maladie hémorroïdaire est multifactorielle, faisant intervenir de manière complémentaire des troubles mécaniques, sphinctériens et vasculaires.

La survenue de la thrombose hémorroïdaire chez la parturiente est expliquée par la présence de plusieurs facteurs de risque, cependant, la nature rétrospective ou les faibles effectifs des études prospectives que nous avons à notre disposition doivent rendre prudentes leurs interprétations.

Les mécanismes physiopathologiques invoqués selon Marti sont :

- ✓ La proximité anatomique des structures génitales et anorectales.
- ✓ La présence de récepteurs aux oestrogènes dans les plexus hémorroïdaires
- ✓ Les modifications anatomiques et physiologiques induites par la gravidité (modifications vasculaires à savoir l'augmentation du volume sanguin circulant, la diminution du retour veineux du fait de l'utérus gravide, l'augmentation de la pression intra-abdominale et le relâchement du ligament suspenseur de Parks du fait de l'imprégnation hormonale...) et l'accouchement (contrainte sur la musculature sphinctérienne) [56].

Mac Arthur et al. considèrent que les accouchements traumatiques avec forceps, durée d'expulsion allongée et un gros bébé accroissent le risque de complications hémorroïdaires. La césarienne était associée à une moins grande incidence de cette pathologie [4,5].

Cette notion est confirmée par Rouillon et al.

Dans la série d'Abramowitz, le facteur traumatisant de l'accouchement ressort puisque certains éléments reflétant ce traumatisme (un gros bébé et la survenue de déchirures des petites lèvres de la mère) sont associés à un plus grand nombre de THE ($p < 0,05$). De même, nous n'avons observé qu'une seule THE parmi les 25 patientes césarisées de la cohorte (4 %) alors qu'il y en avait 32 parmi les 140 parturientes (23 %) ayant accouché par voie vaginale ($p < 0,089$). Enfin, la survenue des THE immédiatement après l'accouchement par voie basse avec une différence entre le pourcentage de thrombose avant et après l'accouchement (7,8 vs 20 %) hautement significative ($p < 0,0001$) renforce l'idée du rôle prépondérant de celui-ci [4,5].

Une autre notion rapportée dans la littérature à l'occasion de revues générales Charles et Atkinson, est le rôle prépondérant de la constipation dans la survenue de THE chez la parturiente. Abramowitz a démontré l'importance de la dyschésie dans l'apparition d'une THE après l'accouchement. En effet, parmi les 33 accouchées souffrant de THE, 12 (36,4 %) avaient une dyschésie [4].

Cette constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus ralentit le transit, les modifications hormonales diminuent les contractions intestinales ainsi qu'à la supplémentation en fer [62].

Il ressort de ces travaux que les THE du post-partum sont favorisées par des accouchements traumatiques et une constipation terminale chez la parturiente.

Quant aux urgences proctologiques d'origine suppurative (abcès anal, sinus pilonidal infecté et maladie de Verneuil), malheureusement, nous ne disposons pas de données de littérature qui permettent de mettre en évidence le rôle de la grossesse dans leur genèse.

Qu'elles surviennent au cours de la grossesse ou dans le postpartum, elles auront la même physiopathologie.

En effet, la majorité des abcès et des fistules anales (90%) sont d'origine crypto-glandulaire.

Dans ce cas, la maladie débute dans une des glandes lubrificatrices d'Hermann et des fosses situées dans l'espace intersphinctérien, à la suite d'une diminution du drainage glandulaire. L'infection glandulaire évolue rapidement en abcès à germes intestinaux et se draine dans les espaces périnéaux de moindre résistance [26, 46, 47].

Cette phase aiguë de la maladie fistuleuse doit être différencié des abcédations dites secondaires c'est à dire les abcès liés:

- ✧ A une fissure,
- ✧ A une hidrosadénite suppurée,
- ✧ A l'infection d'une glande sébacée,
- ✧ A un sinus pilonidal proche de l'anus ou à une maladie vénérienne ano-rectale.
- ✧ A la maladie de Crohn surtout en cas de récurrence [26].

L'extension et les voies de drainage spontané des abcès de la région ano-rectale sont régies par les lois des pressions (figure 17) [26, 37].

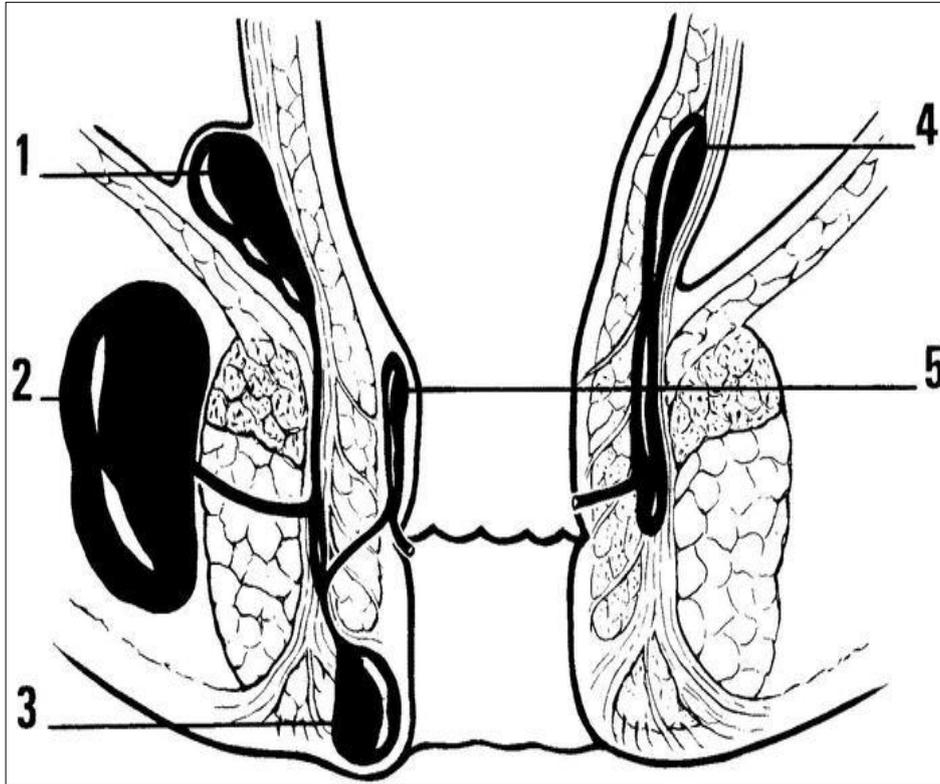


Fig.8: Topographie et fréquence des principaux abcès [37].

1. Abscès pelvirectal supérieur.
2. Abscès du creux ischiorectal : 23 %.
3. Abscès de la marge : 45 %.
4. Abscès intramural du rectum : 20 %.
5. Abscès sous-muqueux.

Concernant le sinus pilonidal, il n'a pas de particularités. En effet, il est dû à la pénétration de la peau de la région sacrococcygienne par des poils ou les fragments de poils, facilitée par des lésions locorégionales acquises (le frottement) ou des facteurs embryologiques [27, 29, 30, 31, 46,47].

Par contre, la maladie de Verneuil serait plus rare pendant la grossesse que chez la population générale voire même une amélioration de ces lésions durant cette période de vie suivi d'une aggravation en postpartum du fait du rôle des androgènes dans la genèse de cette maladie [27, 32, 33, 34, 35, 46, 47].

En ce qui concerne les traumatismes obstétricaux anopérinéaux non iatrogènes, les mécanismes responsables de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Cependant, deux prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et/ou les lésions du nerf honteux interne (qui commande le sphincter externe et la sangle puborectale) [40].

Abordons d'abord, les lésions neurologiques. En effet, le nerf honteux interne (NHI) (ou nerf pudendal) est sensitivomoteur, bilatéral et issu des racines sacrées S2, S3 et S4.

Snooks et al. ont montré en 1984 qu'il peut être étiré durant les efforts de poussée de la parturiente. En effet, les femmes accouchant par voie vaginale avaient un allongement du temps de latence du nerf honteux interne (NHI) significativement plus important que celles qui accouchaient par césarienne ou qu'une population contrôle n'ayant pas accouché.

Les résultats étaient identiques dans le groupe contrôle et les césarisées. Ces lésions du NHI étaient prédominantes à gauche et associées à une baisse de la contraction volontaire.

Deux mois après l'accouchement, il n'existait plus de différence du temps de latence du NHI entre les patientes qui avaient accouché par voie vaginale et la population témoin ou les césarisées.

Il est à noter que la baisse de la contraction volontaire persistait lors de cette évaluation à 5 ans.

Deux autres séries Fynes et Ryhammer ont montré que lors des deux ou trois premiers accouchements, les lésions du NHI étaient cumulatives [40].

Quant aux lésions musculaires, on sait que les déchirures du périnée stades 3 (c'est-à-dire avec atteinte de sphincter externe) et 4 (c'est-à-dire avec atteinte aussi bien de sphincter externe et de la muqueuse anale) selon la classification des anglo-saxons sont pourvoyeuses d'incontinence anale malgré la réparation périnéale immédiate, d'où l'intérêt d'un opérateur entraîné.

Il y a une douzaine d'années, l'équipe du St Marks Hospital, en réalisant une échographie endoanale avant et après l'accouchement, a montré que les sphincters de l'anus pouvaient également être rompus même en absence de déchirure du périnée [40].

En effet, il semble que la rupture des sphincters anaux soit parfois difficile à détecter. Dans une étude d'Andrews, Les sages femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de déchirure sphinctérienne dans 87 % des cas (26/30) et les obstétriciens de première ligne dans 28 % des cas (8/29).

Cependant, notons que selon Sultan et Abramowitz seulement 25 à 50 % des ruptures sphinctériennes diagnostiquées lors d'une échographie endoanale après l'accouchement étaient associées à une incontinence anale du post-partum.

Mais, ces femmes ont plus de risque de développer ultérieurement une incontinence anale si autres traumatismes surajoutés [40].

On étudiera uniquement les facteurs de risque favorisant les traumatismes obstétricaux non iatrogènes, c'est-à-dire en dehors de l'utilisation du forceps et de l'épisiotomie.

Pour ceux des lésions du nerf honteux interne, il semble que le premier accouchement soit plus traumatisant que les suivants.

Un bébé de plus de 4 kg et une durée d'expulsion prolongée (> 30 min) semblent être également des facteurs favorisant [40].

Alors que les principales causes de lésions des sphincters de l'anus sont les déchirures du périnée stade 3 ou 4 qui même si suturées, il persiste une rupture sphinctérienne dans 40 à 100 % des cas.

La parité joue également un rôle puisque les premières séries concluaient que les lésions sphinctériennes survenaient essentiellement lors du premier et deuxième accouchement.

Enfin, pour certains auteurs il semble qu'une durée d'expulsion dépassant 1 heure ou une péridurale qui la prolonge favorise une rupture sphinctérienne avec des risques relatifs estimés par Odd's Ratio (95 % IC) de respectivement 1,7 et 7,7 [40].

Quant aux Facteurs de risque d'incontinence anale dans le post-partum, on cite la déchirure du périnée et la rupture sphinctérienne qui sont des facteurs indépendants, sans oublier une durée d'expulsion ou un travail prolongée et la péridurale.

L'âge maternel a été significativement lié à l'incontinence anale à 6 semaines dans l'étude de Roman. McArthur et al. avaient montré également que l'âge supérieur à 30 ans était un facteur de risque significatif pour l'incontinence anale à 3 mois du postpartum [40].

Le diamètre bipariétal qui est au fait la mesure de la distension en sens transversal de la fente vulvaire apparaît comme un facteur indépendamment lié à l'incontinence anale à 6 semaines [41].

L'apparition de l'incontinence anale ne semble pas être corrélée à l'anatomie de chaque femme, car les relations avec l'index de masse corporelle et la prise de poids ne sont pas significatives. La distance anovulvaire ne semble pas avoir un effet propre sur son apparition en cas d'accouchement par voie basse [41].

Enfin, il a été démontré qu'une incontinence anale transitoire dans le postpartum était un facteur prédictif de récurrence après l'accouchement suivant [40].

Sur le plan clinique, le diagnostic des UP chez la parturiente ne présente pas de grandes particularités par rapport à la population générale.

En effet, le diagnostic des UP d'origine fissuraire est clinique, ces UP sont représentées par les FA hyperalgiques et les FA infectées.

L'interrogatoire permet déjà de poser le diagnostic en révélant une douleur n'apparaissant qu'après la défécation, évoluant en 3 temps, disparaissant en quelques dizaines de minutes ou quelques heures pour ne réapparaître qu'à la selle suivante. Par ailleurs, des saignements sur le papier hygiénique sont fréquents, en général, modérés et s'expliquent par l'ouverture de la fissure lors de la défécation.

L'examen permet le diagnostic par la simple inspection, le toucher anal, très douloureux, permet la perception de l'hypertonie sphinctérienne sans réalisation de toucher rectal ni d'anuscopie. L'aspect typique en raquette avec un fond rouge le plus souvent, blanchâtre quelquefois, est typique avec sa localisation commissurale postérieure [14, 15, 16, 46].

La particularité chez la femme enceinte est la localisation antérieure des fissures du fait de la faiblesse du septum rectovaginal et aussi l'absence d'hypertonie sphinctérienne [56].

La recherche d'adénopathie inguinale est systématique afin d'éliminer une cause spécifique. Toute fissure anale associée à une adénopathie inguinale est suspecte et doit faire pratiquer des prélèvements anatomopathologiques au niveau du canal anal.

Au total le diagnostic de la fissure anale est établi sans ambiguïté si l'on retient les quatre critères suivants :

- ✧ Un syndrome douloureux anal rythmé par la défécation.
- ✧ La topographie commissurale
- ✧ L'aspect macroscopique de la perte de substance.
- ✧ Et enfin la contracture sphinctérienne.

L'absence d'un de ces 4 critères doit faire envisager un diagnostic différentiel [15].

On distingue plusieurs stades évolutifs des FA :

- **L'anus préfissuraire** : correspond à une tendance au déchirement de la marge anale avec de multiples fissurations radiées, superficielles et hémorragiques, apparaissant au dépliement [15].
- **La FA aiguë** : est superficielle, à berges fines et fond rosé, sans marisque ni papille. Elle peut spontanément cicatriser (environ 50 % à 1 mois) avec un risque important de récurrence, ou évoluer vers la FA chronique [15].
- **La FA chronique** : est creusante, mettant à nu les fibres transversales du SI, à berges scléreuses et surélevées, souvent accompagnée d'une marisque sur le versant cutané et/ou d'une papille hypertrophique implantée au niveau de la ligne pectinée [15].
- **La FA surinfectée** : peut survenir quel que soit le stade de la FA et se révéler sous la forme d'un abcès sous-fissuraire puis intersphinctérien [15].
- **La fissure latérale** est exceptionnelle, il faut rechercher une pathologie associée notamment un Crohn [47].
- **Les fissures bipolaires**
- **Les fissures des sujets âgés** sont souvent indolores et sans contracture associée [47].
- **Chez la parturiente**, FA est le plus souvent antérieure [56].

La FA doit être différencié du : cancer anal, de la maladie de Crohn anale, de la syphilis anale et de la tuberculose [15,46].

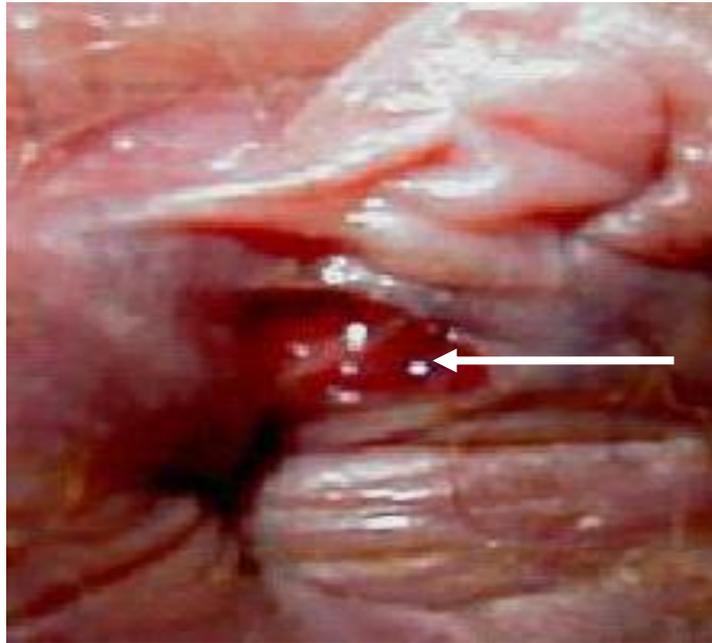


Fig. 9 : Fissure anale postérieure jeune : Forme hyperalgique [46].



Fig. 10 : Fissure anale antérieure jeune [46].



Fig. 11: Fissure anale aigue [14].



Fig.12: La fissure anale est cachée par les marisques cutanées et la contracture sphinctérienne [46].

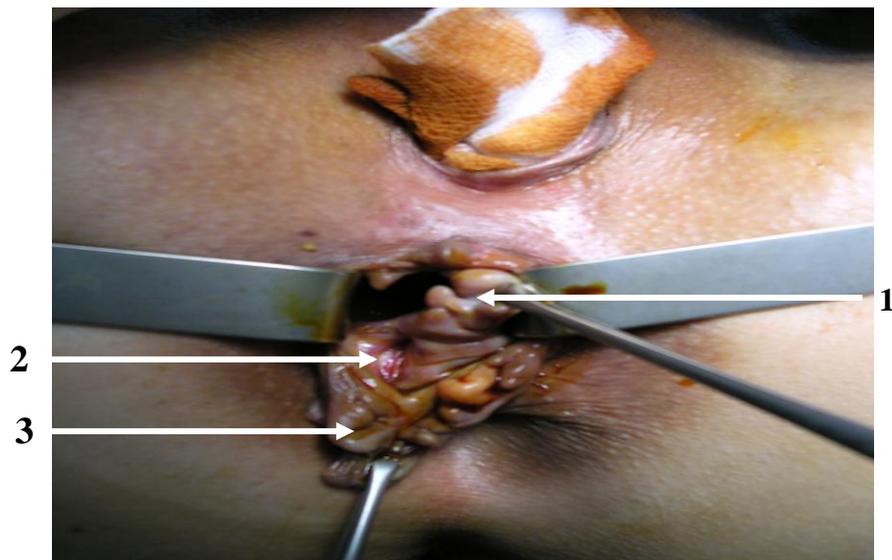


Fig. 13: L'examen sous anesthésie générale (chez la même patiente) a découvert l'existence d'une fissure anale postérieure(2) accompagnée d'une marisque sur le versant cutané(1) et d'une papille hypertrophique implantée au niveau de la ligne pectinée(3), ces trois éléments constituent le complexe fissuraire [46].



Fig. 14 : Fissure anale chronique [14].



Fig. 15: Cancérisation du trajet fistuleux négligé (l'orifice externe de la fistule entouré en blanc) [46].



Fig. 16: Fissure anale chez une parturiente [6].



Fig. 17: Fissure anale antérieure du postpartum [40].



Fig. 18: Cancer ulcéré à bord induré [46].



Fig. 19: Cancer ulcéré [46].



Fig. 20: Carcinome épidermoïde du canal anal [46].



Fig. 21: Crohn [46].



Fig. 22: Chancres [46].



Fig. 23 : Anus radique [46].



Fig. 24: Hémopathie maligne [46].

En ce qui concerne les UP d'origine hémorroïdaire, elles sont représentées par la crise hémorroïdaire, la thrombose hémorroïdaire, le saignement et le prolapsus hémorroïdaire.

Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire et l'examen proctologique comportant : l'inspection de la marge anale, le toucher anal puis rectal et l'anuscopie qui apprécie mieux l'état des hémorroïdes internes. Cette recherche est complétée parfois par la rectoscopie.

Fréquents points de départ de la pathologie hémorroïdaire chez la femme enceinte (48% des cas), la grossesse et le postpartum sont souvent associés à des manifestations hémorroïdaires dominées par les thromboses. Toutefois, les signes cliniques n'ont rien de spécifique [7].

En effet lors de la crise hémorroïdaire congestive (appelée également crise fluxionnaire), il n'existe pas de thrombose associée visible. Elle est ressentie comme une tension anale douloureuse associée plus ou moins à un oedème marginal.

Un ou plusieurs paquets sont extériorisés, oedématiés, tendus mais roses. La douleur est variable et assez modérée. L'anuscopie montre des hémorroïdes congestives sans présence de caillot.

Cette crise fluxionnaire se résout spontanément en quelques jours, brusquement après une petite hémorragie, sinon progressivement. Ces crises sont tantôt épisodiques, tantôt plus fréquentes, voire subintrantes [46].

Quant aux thromboses hémorroïdaires, ils ne sont pas liées à une coagulation intravasculaire, comme l'est une thrombophlébite, mais à une coagulation extravasculaire : la rupture d'une veine superficielle des plexus hémorroïdaires entraîne la constitution d'un hématome sous tension; le terme de «thrombose hémorroïdaire» est donc inadéquat, vaudrait-il l'appeler «hématome hémorroïdaire » ? [8].

Il s'agit toujours d'un incident local qui ne comporte aucun risque embolique et dont l'évolution est toujours bénigne [7].

Une thrombose peut être interne (au dessus de la ligne pectinée), ou externe (en dessous de la ligne pectinée). Elle peut être extériorisée ou rester intracanalair. Elle peut être circulaire ou localisée à un seul quadrant. Elle peut être oedémateuse ou formée de caillots sans réaction inflammatoire. Elle peut être vue à un stade précoce (douloureux) ou un stade plus tardif (simple tuméfaction indolore) voire au stade de sphacèle cutanée avec évacuation du caillot [46].

En effet, les thromboses hémorroïdaires externes (THE) s'observent surtout chez les adultes jeunes. Les facteurs déclenchants les plus fréquentes sont d'ordre mécanique (toux, station assise ou debout prolongée, efforts sportifs, et surtout efforts de défécation) mais on retrouve quelquefois des facteurs alimentaires (alcool, épices) ou thérapeutiques (laxatifs, suppositoires, manoeuvres instrumentales ou chirurgicales), la grossesse et le post-partum peuvent être en cause.

La douleur apparaît en quelques minutes, elle est vive, bien localisée par le patient, non calmée par la défécation et elle évolue sur un mode continu sans paroxysmes [46].

L'examen clinique confirme le diagnostic. Deux aspects peuvent être rencontrés:

La thrombose externe simple, tuméfaction isolée, violacée, de la taille d'une cerise habituellement siégeant un peu à distance de l'orifice anal, exquisément douloureuse à la pression. L'évolution est spontanément favorable en quelques jours avec soit apparition d'une ulcération qui peut saigner, voire s'infecter (attention aux topiques corticoïdes), soit flétrissement progressif laissant une marisque séquellaire [7, 46].

La thrombose oedémateuse. Elle présente un aspect inflammatoire avec quelques petits grains bleuâtres. Elle est le plus souvent volumineuse, molle mal limitée, il faut la distinguer des prolapsus hémorroïdaire interne procidable [7, 46].

Alors que la thrombose hémorroïdaire interne est une thrombose sous muqueuse au niveau d'un plexus hémorroïdaire interne.

Deux tableaux cliniques peuvent être rencontrés :

Le prolapsus hémorroïdaire thrombosé : Il s'agit d'une volumineuse thrombose interne prolapsée et étranglée à l'anus. Etranglement signifie dans ce cas l'impossibilité de réintégration de la thrombose dans le canal anal.

Le début est brutal, en quelques heures la douleur augmente rapidement d'intensité et devient quelquefois insoutenable.

A l'examen, on peut observer une thrombose localisée prolabée occupant un quart ou la moitié de la circonférence anale. La périphérie du paquet thrombosé est plutôt pâle du fait de l'oedème. Le centre est très violacé, quelquefois ulcéré en superficie. La palpation même douce est très douloureuse.

La forme circulaire totale, très douloureuse, totalement irréductible, est la forme la plus grave. L'évolution spontanée se fait vers la guérison mais de façon lente, avec des douleurs importantes pendant des jours et un soulagement rapide est demandé par le patient [7, 46].

La thrombose intra- canalaire : La douleur est souvent associée une sensation de corps étranger intra-anal. Le toucher rectal permet de sentir la masse ferme de la thrombose dans le canal anal. L'anuscopie montre la masse bleutée, saillante dans le canal [7, 46].



Fig. 25: Thrombose hémorroïdaire externe unique [7].



Fig. 26: Thromboses hémorroïdaires externes multiples [7].



Fig. 28: Thrombose hémorroïdaire externe circulaire oedémateuse [7].



Fig. 29 : Multiples Thromboses hémorroïdaires externes avec nécrose cutanée [46].



Fig. 30 : Réaction oedémateuse hémorroïdaire externe qui peut être le témoin d'une ou plusieurs thromboses récentes [46].



Fig. 31: Thrombose hémorroïdaire externe ulcérée [7].



Fig. 32 : Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [6].



Fig. 33: Thrombose hémorroïdaire interne prolabée (hémicirconférence gauche) [7].



Fig. 34: Thrombose hémorroïdaire interne prolabée circulaire [7].

Concernant le saignement hémorroïdaire, il est d'origine sus-valvulaire, habituellement contemporain à la défécation et terminale. Le saignement s'arrête spontanément, mais peut se reproduire à chaque selle pendant un certain temps. Il survient souvent après une période de constipation ou à la suite d'écarts alimentaires (alcool, épices). Il est responsable d'une anémie hypochrome plus par leur répétition que par leur abondance [7].

Enfin, le prolapsus hémorroïdaire est l'extériorisation des hémorroïdes internes, leur invagination à travers l'anneau sphinctérien. Il se traduit par un suintement, des saignements et une gêne douloureuse [7, 46].

On distingue deux variétés :

✓ Le *prolapsus localisé*, qui correspond à l'extériorisation d'un seul paquet hémorroïdaire ; le plus fréquent est le prolapsus dit de « 5 heures » (antérieur droit) par référence au cadran horaire en position genu pectorale.

✓ Le *prolapsus circonférentiel*, qui peut se produire uniquement à la selle et se réintégrer spontanément (premier degré) ; parfois, il nécessite une réintégration manuelle plus ou moins facile (deuxième degré) ; à un degré de plus, il se produit à l'effort, à la fatigue et même reste permanent.

L'interrogatoire et le bilan local permettent de proposer une classification:

- ✧ Stade 1 : hémorroïdes non procidentes ; ce sont souvent les hémorroïdes essentiellement hémorragiques ; comme le propose Soullard, l'anite rouge sans turgescence veineuse correspond au stade 0 ;
- ✧ Stade 2 : procidence des hémorroïdes à l'effort spontanément réductible (premier degré du prolapsus) ;
- ✧ Stade 3 : procidence des hémorroïdes à l'effort et réduction manuelle nécessaire (deuxième degré du prolapsus) ;
- ✧ Stade 4 : procidence permanente (troisième degré du prolapsus) [7].

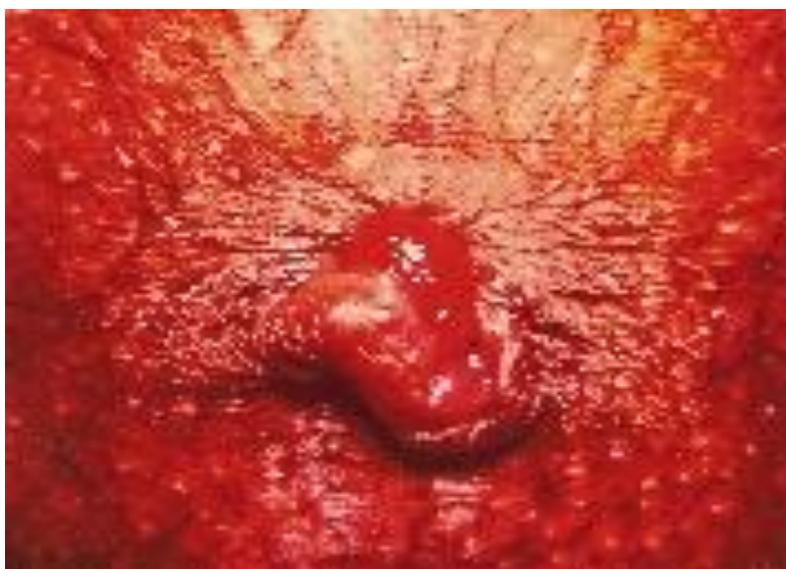


Fig. 35: Prolapsus hémorroïdaire localisé [7].



Fig. 36: Prolapsus hémorroïdaire circulaire stade 3 [7].



Fig. 37 : Polythrombose hémorroïdaire interne circulaire extériorisée irréductible [46].



Fig. 38: Prolapsus hémorroïdaire circulaire avec plages kératinisées [7].

A noter que l'association des hémorroïdes et la fissure anale est fréquente, mais la fissure ne peut être considérée comme une complication des hémorroïdes, pouvant exister sans hémorroïde. En cas d'association, c'est en général la douleur fissuraire déclenchée par la défécation, qui domine le tableau clinique et conduit le malade à consulter [7].

Le diagnostic d'hémorroïdes ne doit être qu'un diagnostic d'exclusion.

Devant les rectorragies : toutes les étiologies doivent être éliminées notamment tumorales, inflammatoires... Une sigmoïdoscopie plutôt une coloscopie totale est souvent indiquée.

Devant les douleurs : Les douleurs d'une crise hémorroïdaire fluxionnaire simple ou avec thrombose sont facilement distinguées des autres douleurs anales, d'un abcès ou d'une fissure et en particulier, des brûlures d'une anite érosive.

Devant un prolapsus hémorroïdaire deux diagnostics doivent être éliminés :

- ✧ Le prolapsus du rectum
- ✧ L'extériorisation d'une tumeur rectale basse située (polype, tumeur villositaire ou même cancer) [7].

Quant au diagnostic des urgences proctologiques d'origine suppuratives représentées essentiellement par l'abcès anal, il est purement clinique. En effet l'abcès est une cavité remplie de pus, située à proximité de l'anus ou du rectum.

Les symptômes cardinaux classiques des abcès ano-rectaux sont les mêmes que ceux de toute pathologie infectieuse abcédée. Ils allient douleur, rougeur, tuméfaction et chaleur.

Les douleurs sont intenses et pulsatiles, stimulées par la position assise, la marche ou la défécation. Lorsque la collection est périnéale ou péri-anale, une induration palpable de la fesse apparaît, rendant celle-ci volontiers asymétrique. Un certain degré de cellulite d'accompagnement peut exister. Plus que la lésion est haut située plus le diagnostic est difficile.

A l'examen anoscopique soigneux, l'orifice interne primaire ne peut être identifié que dans 30 à 40% des cas.

Les abcès intersphinctériens restent un défi diagnostique du fait de l'absence de signes cliniques extérieurs associée à des douleurs exquises rendant tout examen anoscopique impossible.

L'échographie anale est une aide diagnostique appréciable dans ces situations, elle permet également de diriger l'incision de drainage.

Si l'abcédation n'est pas prise en charge rapidement, le tableau clinique peut se compliquer et évoluer vers un sepsis sévère, dont il faut se rappeler l'importante mortalité chez les patientes fragiles.

Le spectre de telles complications nous rappelle la nécessité de traiter adéquatement et dans l'urgence non différée tout abcès de la région ano-rectale [26, 27, 33, 38, 46, 47].



Fig. 39 : Abscès anal [46].



Fig. 40: Abscès péri- anal [61].



Fig. 41 : Abscès de la marge anale [61].



Fig. 42: Abscès de la marge anale [61].

Les plus fréquents abcès sont ceux de la marge anale (45 %), puis viennent ceux du creux ischiorectal (23 %) et suivent les intramuraux (20 %).

Les autres localisations sont rares ou exceptionnelles et sont représentées essentiellement par les abcès pelvirectaux supérieurs et les abcès sous-muqueux du rectum.

Les abcès en « fer à cheval » représentent 3 % de l'ensemble et sont le plus souvent à communication postérieure [37].

Notons la possibilité des abcès tuberculeux de la marge anale, en effet, cette localisation tuberculeuse représenterait 0,3 à 16 % des cas de fistule anale selon les séries [28].

Quatre formes cliniques étaient classiquement décrites : verruqueuse, ulcérée, lupique et miliaire. Actuellement, la forme la plus fréquente (60 à 100 % des cas) semble être la fistule simple ou plus souvent complexe, révélée par un abcès de la marge anale.

Il existe souvent un délai très long entre les premières manifestations cliniques et le diagnostic, avec des récives d'abcès fréquentes malgré un traitement chirurgical de fistule anale.

Ces récives, de même que des antécédents de tuberculose ou une tuberculose évolutive, un déficit immunitaire, la grossesse et un terrain prédisposant (conditions de vie précaires, populations récemment immigrées de zones d'endémie) doivent faire évoquer le diagnostic de tuberculose anopérinéale.

Une fois cet abcès est découvert, les autres localisations habituelles de la tuberculose (pulmonaire, urinaire, digestive) doivent être recherchées [28].

Pour ce qui est des traumatismes anopérinéaux obstétricaux non iatrogènes, leur diagnostic est essentiellement clinique. Les déchirures obstétricales du périnée peuvent être associées à des déchirures vulvaires et vaginales, qui peuvent être très hémorragiques et à des déchirures cervicales, qui peuvent fuser vers le haut, réalisant alors de véritables ruptures utérines. La fréquence de ces lésions associées justifie la pratique systématique d'un bilan rigoureux nécessitant souvent un examen sous valve, avant de réparer une déchirure périnéale [45].

Il est classique de distinguer les déchirures ouvertes et celles fermées.

Concernant les déchirures ouvertes, la classification française classique Merger distingue trois degrés de lésions :

➤ Déchirures simples, incomplètes ou du premier degré, elles intéressent la peau anovulvaire, les muscles superficiels du périnée et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal.

On distingue trois subdivisions :

- ✧ Seule la peau et la muqueuse vaginale sont déchirées au niveau de la fourchette ; (le premier degré selon les anglo-saxons).
- ✧ Le muscle bulbocaverneux et la partie ventrale du centre tendineux du périnée sont atteints ;
- ✧ Le centre tendineux du périnée est complètement rompu.

L'atteinte de centre tendineux de périnée définit le deuxième degré selon la classification des anglo-saxons.

➤ Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré (troisième degré selon les anglo-saxons).

En plus des déchirures précédemment décrites, le sphincter externe de l'anus est atteint.

➤ Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré (quatrième degré selon les anglo-saxons).

Dans ces déchirures, la paroi anale est rompue, mettant directement en communication vagin et rectum (atteinte de la cloison rectovaginale et de la muqueuse anale). L'anus est béant et forme avec le vagin un véritable cloaque. Haadem a étudié les troubles proctologiques 20 ans après une rupture obstétricale du sphincter anal reconnue et réparée immédiatement. Globalement, les symptômes proctologiques sont trois fois plus fréquents dans le groupe avec antécédent de rupture sphinctérienne que dans le groupe contrôle. Plus d'un quart des patientes présente une incontinence anale.

Notons le cas particulier de déchirure centrale du périnée, elle se voit lorsque la tête vient buter au milieu du périnée lors de l'expulsion. Il s'agit d'une déchirure périnéale oblique, respectant un pont cutané vers le vagin et vers le rectum. Elle se rencontre lors des présentations du bregma ou de la face.

Cependant, il peut exister des lésions périnéales sous-jacentes importantes dites à périnée intact ou déchirures fermées, c'est-à-dire sans déchirure cutanéomuqueuse (« périnée cache-misère ») mises en évidence par échographie endoanale [45].



Fig. 43: Déchirures périnéales de premier degré [45].

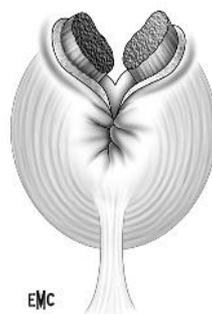


Fig 44: Déchirures périnéales de deuxième degré (En cartouche déchirure de sphincter externe) [45].



Fig. 45: Déchirure périnéale de troisième degré [45].

Les complications des déchirures périnéales peuvent être précoces et tardives :

Les précoces sont représentées par : l'hémorragie, la douleur postopératoire et l'infection [40].

Quant aux complications tardives, elles sont essentiellement au nombre de deux :

a. Les troubles de la statique périnéale postérieure à savoir :

- ✧ La rectocèle : hernie de la paroi rectale
- ✧ L'élytrocèle : hernie intestinale contenant de l'intestin grêle
- ✧ La descente périnéale : résultat de la faiblesse de la musculature pelvienne.
- ✧ Le prolapsus rectal : invagination du rectum vers le bas, intéressant tout ou une partie de la paroi, pouvant rester intrarectale (prolapsus interne ou intussusception de bas grade), s'engager dans le canal anal (prolapsus interne de haut grade) ou s'extérioriser [39].

b. L'incontinence anale : C'est le risque majeur, elle régressait le plus souvent durant les mois qui suivent l'accouchement, donc, il est recommandé de n'explorer les patientes que si les symptômes persistent au-delà de 6 mois. Son évaluation est principalement clinique parfois nécessitant quelques examens complémentaires.

Une évaluation de la continence en score permet d'une part d'en juger la sévérité et la tolérance, et d'autre part d'apprécier les résultats des traitements effectués. Parmi ces scores le score de Wexner est le plus utilisé : le score 0 traduit une continence parfaite et le score 20 une incontinence totale (tableau 4).

	Incontinence aux gaz	Incontinence aux matières liquides	Incontinence aux matières solides	Incontinence au port d'une protection	Incontinence à l'altération de la vie sociale
Jamais	0	0	0	0	0
Moins d'une fois par mois	1	1	1	1	1
Moins d'une fois par semaine	2	2	2	2	2
Moins d'une fois par jour	3	3	3	3	3
Une ou plus d'une fois par jour	4	4	4	4	4

Tableau 4 : Score de continence de Wexner [39].

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic en recherchant :

- ✧ Des troubles du transit intestinal (constipation, diarrhée, dyschésie), quelle que soit leur origine, pouvant majorer l'incontinence ;
- ✧ Une incontinence urinaire ;
- ✧ Les antécédents obstétricaux ;
- ✧ Des troubles de la statique pelvienne, ou une hypotonie sphinctérienne de repos ou à la contraction volontaire ;
- ✧ Les antécédents de chirurgie proctologique ;
- ✧ Les antécédents de maladies neurologiques, métaboliques ou endocriniennes pouvant influencer sur la commande ;
- ✧ La prise de psychotropes, en particulier de benzodiazépines qui « relâchent » le sphincter.

En l'absence d'étiologie nette retrouvée à l'interrogatoire et à l'examen clinique, on pratique deux examens complémentaires de débrouillage [39].

Parmi les examens paracliniques qu'on peut réaliser si l'incontinence est persistante, on cite la manométrie anorectale

C'est le premier examen à demander. Une diminution de la pression de repos est le plus souvent associée à une incontinence passive, alors que l'insuffisance de la contraction volontaire est le plus souvent associée à des urgences défécatoires.

Vient ensuite l'échographie endoanale, elle permet de mettre en évidence une rupture sphinctérienne. Elle est plus fiable que l'examen clinique et que l'EMG. Elle est réalisée si l'incontinence est plus importante couplée à la manométrie [39].

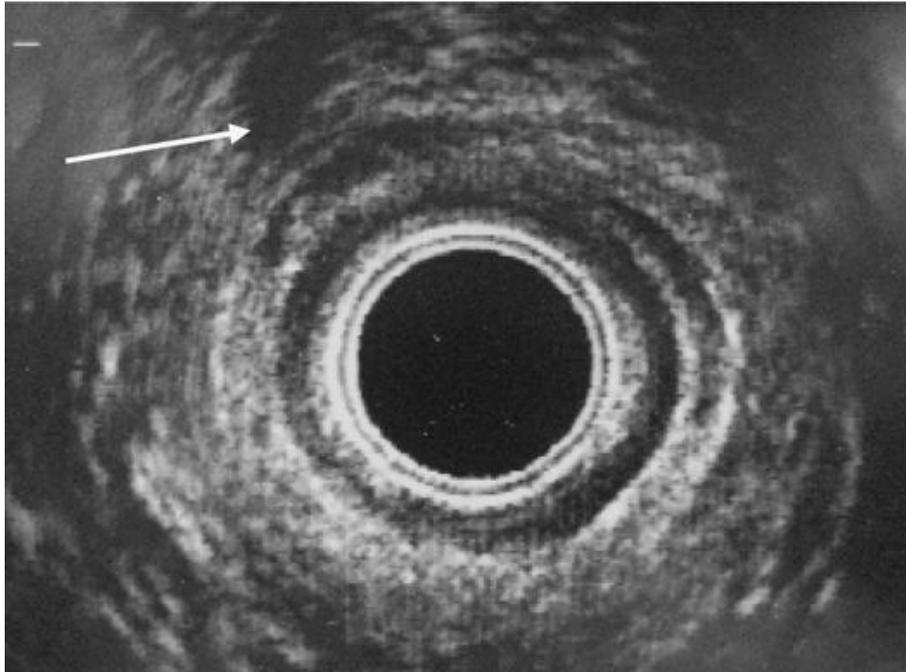


Fig. 46: Vue échographique d'une rupture du sphincter externe dans le cadran antérodroit [40].

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge des UP d'origine fissuraire a pour but de supprimer la douleur et d'éviter la récurrence.

On dispose de traitement médical, instrumental et chirurgical.

Le traitement médical est divisé en deux volets :

Le premier traitement médical est non spécifique, il est le plus souvent envisagé en première intention, il vise tout d'abord à supprimer la douleur par des antalgiques (le seul antalgique autorisé chez la femme enceinte est le paracétamol alors que les autres antalgiques sont contre-indiqués tels que : l'aspirine, paracétamol associée à la codéine ou à la dextropropoxyphène), rendre les selles plus molles par le recours à des laxatifs non irritants de type mucilages, son et huile de paraffine tout en insistant sur l'alimentation riche en fibres, des bains de siège chauds et des suppositoires et/ou des topiques [12].

En pratique, il est efficace dans plus de la moitié des états préfissuraires et des FA aiguës, mais une fois la cicatrisation obtenue, il faut maintenir les mesures hygiéno-diététiques afin d'éviter la récurrence qui surviendrait dans 30 à 50 % des cas [15].

Les analgésiques locaux de type Lidocaïne Xylocaïne^o gel peuvent entraîner un soulagement mais sont parfois responsables de réactions allergiques locales préoccupantes [12, 14, 46].

Le deuxième volet est celui de la sphinctérotomie chimique : C'est la grande nouveauté de ces 10 dernières années [14].

Il repose sur la trinitrine, la toxine botulique et les inhibiteurs calciques qui visent à vaincre l'hypertonie sphinctérienne pour obtenir la cicatrisation de la fissure anale par le biais d'une relaxation transitoire du sphincter interne (SI).

❖ **Trinitrine (glycéryl trinitrate GT) :**

Elle diminue la pression anale de base car son métabolisme conduit à la production de monoxyde d'azote qui est un neuromédiateur inhibiteur du système nerveux intrinsèque non adrénérgique et non cholinérgique du SI.

Le gel est prescrit à raison de deux à trois applications quotidiennes de 0,5 à 1 g de GT à 0,2 % sur la marge et le bas canal anal pendant 4 à 8 semaines.

Ce produit n'a obtenu l'autorisation de mise en marché (AMM) que dans le « soulagement des douleurs de la fissure anale chronique ». Les céphalées constituent le principal effet secondaire.

❖ **La toxine botulique:**

La toxine botulique A, dont on connaît l'action relaxante sur les muscles striés par blocage du relargage présynaptique de l'acétylcholine au niveau de la jonction neuromusculaire, inhiberait l'activité des muscles lisses par un mécanisme mal élucidé

❖ **Les inhibiteurs calciques :**

Les inhibiteurs calciques ont une action myorelaxante démontrée sur le canal anal.

La toxine botulique et les inhibiteurs calciques n'ont pas l'AMM [14].

Quant au traitement instrumental, il a pu être proposé l'injection sous-fissuraire d'un produit sclérosant (quinine urée) visant à créer un bloc fibreux dans le fond de cette fissure en regard du sphincter interne. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte [14].

La sphinctérotomie chimique et le traitement instrumental ne sont pas utilisés chez la femme enceinte et l'allaitante d'une part du fait de l'absence d'AMM et aussi du fait de l'absence de l'hypertonie anale associée à la fissure.

Enfin le traitement chirurgical est réalisé en cas de :

- ***FA aiguë récidivante à l'arrêt du traitement médical.***
- ***FA infectée***

Ce traitement repose sur :

- ✧ La Dilatation anale ; abandonnée actuellement [46].
- ✧ La léiomyotomie latérale seule qui consiste à sectionner le sphincter interne, dans sa partie distale, en principe jusqu'à la ligne pectinée, le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale ou générale, avec risque de troubles de la continence anale.
- ✧ La Fissurectomie avec léiomyotomie postérieure qui vise également à diminuer le tonus anal de repos mais aussi à réséquer les éléments de fibrose périfissuraire [14].

Il y a même des alternatives chirurgicales comme la mini léiomyotomie latérale seule (réalisée chez les malades ayant des facteurs de risque d'incontinence anale tels que : ATCD chirurgicaux proctologiques, ATCD obstétricaux traumatiques...) et la fissurectomie seule voire même des alternatives médocirurgicales consistant à la combinaison d'une fissurectomie à la « Léiomyotomie pharmacologique » pourrait palier les échecs de la « Léiomyotomie pharmacologique » seule et limiter le risque des récurrences après fissurectomie seule [14].

Chez la parturiente, la chirurgie doit être réalisée en dernier recours après échec du traitement médical et elle est limitée à la réalisation de la fissurectomie seule du fait de l'absence d'hypertonie anale [4, 5, 6].



Fig. 47: Léiomyotomie latérale [14].

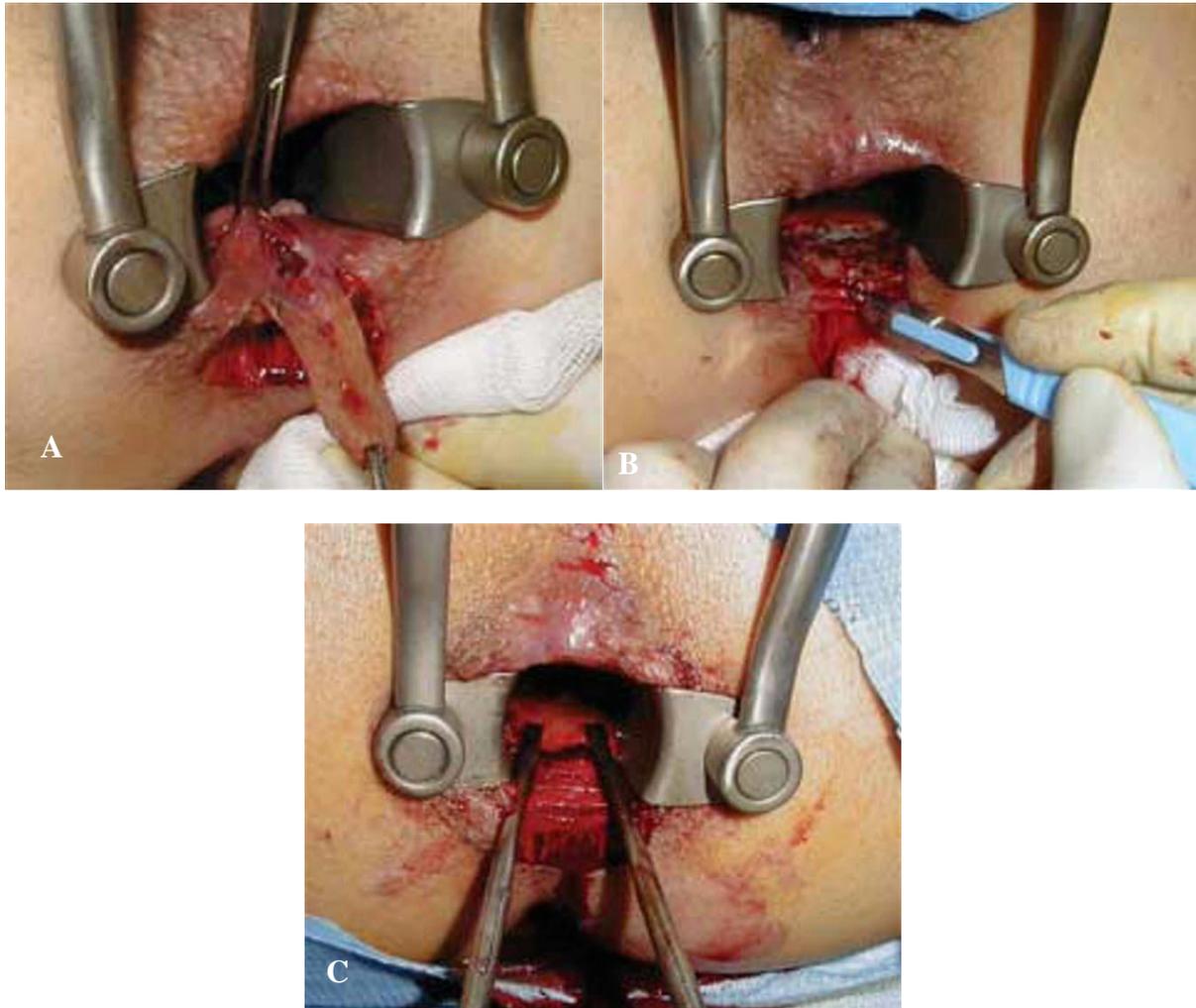


Fig. 48 A – Fissurectomie postérieure.

Fig. 48 B– Léiomyotomie dans la plaie de fissurectomie.

Fig. 48 C – Abaissement d'un lambeau muqueux rectal après fissurectomie. [14].

Concernant la prise en charge de la FA chez la femme enceinte et la parturiente ; le traitement associe une régularisation du transit (il s'agit quasi exclusivement de constipation à traiter par laxatifs osmotiques ou huileux ou des mucilages) et des lubrificateurs du canal anal (topiques locaux sous forme de suppositoire et pommade) [6].

Ayant une action purement locale, les analgésiques locaux type lidocaine gel peuvent être prescrits sans risque chez les parturientes quelle que soit l'étape de la grossesse ou du post-partum [10].

Concernant la régularisation de transit, il faut privilégier les osmotiques (lactulose...), les mucilages ou les laxatifs huileux qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque durant la grossesse et l'allaitement. Les laxatifs huileux ne doivent pas être utilisés au long cours parce qu'ils exposent en théorie à des troubles de l'absorption des vitamines liposolubles [10].

En cas d'échec chez la femme enceinte, le traitement médical peut être reconduit alors que la chirurgie doit être différée sauf complications (FA infectée).

Par contre si on parvient à un échec chez la parturiente après 6 semaines de traitement médical bien conduit, l'indication d'un traitement chirurgical est alors posée. On réalise alors une fissurectomie pouvant être associée à une anoplastie (uniquement pour les fissures postérieures) sans réalisation de sphinctérotomie [6].

Du fait de l'absence de l'augmentation de tonus de repos chez la femme enceinte et la parturiente, toutes les thérapeutiques de FA visant à réduire ce tonus ne sont pas indiquées (sclérothérapie, léiomyotomie...).

Envisageons le traitement des urgences proctologiques d'origine hémorroïdaire. En effet, les méthodes thérapeutiques sont de trois volets : médical, instrumental et chirurgical.

Le traitement médical comporte d'une part des recommandations diététiques où il faut éviter les épices, les boissons alcoolisées, les excès alimentaires et préconiser en cas de surcharge pondérale un régime restrictif et d'autre part des conseils d'hygiène aussi bien locale, intestinale et générale

L'hygiène locale est assurée par des bains de siège biquotidiens à l'eau fraîche en cas de crise ayant une action anticongestive [12].

Alors que l'hygiène intestinale comporte la régularisation du transit par des boissons suffisantes, une alimentation riche en fibres et des laxatifs doux non irritants à base d'huile de paraffine, de son, de mucilages et l'évacuation sans effort de poussée par un suppositoire lubrifiant le soir et de petits lavements. En revanche, l'emploi répété de suppositoires à la glycérine est irritant et doit être évité.

Concernant les mesures d'hygiène générale, il faut éviter l'extrême sédentarité, la position assise continue, les longs voyages en voiture. Par ailleurs, l'équitation et le vélo peuvent favoriser des poussées hémorroïdaires.

Le traitement médical comporte aussi des prescriptions médicamenteuses. En effet, les produits sont très nombreux :

On dispose de médicaments oraux dites phlébotoniques qui sont traditionnellement extraits de plantes médicinales et à base de vitamine P et de phlébotoniques divers (intrait de marron d'Inde, extrait de Ginkgo biloba, diosmine, flavonoïdes, ruscogénines...). Leur mode d'action repose sur un effet

vasculotrope et, pour certains, anti-inflammatoire. En cas de poussée hémorroïdaire, à posologie forte sur une courte période, leur efficacité est supérieure à celle d'un placebo [7, 12].

Le traitement veinotonique ne repose pas sur des bases physiopathologiques solides [7].

Peu d'essais cliniques ont été publiés sur l'efficacité des veinotoniques dans la crise hémorroïdaire [57].

Les veinotoniques ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) uniquement dans la crise hémorroïdaire [57].

Elles sont autorisées chez la femme enceinte et l'allaitante [12].

On dispose également des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; elles sont indiquées en cas de manifestations oedémathrombotiques. Leur prescription est contre-indiquée chez la femme enceinte et l'allaitante. On peut utiliser l'acide niflurique chez l'allaitante du fait de son faible passage dans le lait maternel.

A côté de ces médicaments oraux, il y a aussi des médications locales, elles sont représentées par les pommades et les suppositoires. Elles associent des phlébotoniques, des topiques vrais, des anti-inflammatoires dont la plus utilisée est l'hydrocortisone, des antiseptiques, des antispasmodiques, des diffusants physiologiques, des hépariniques et antivitamines K. Des anesthésiques de contact sont fréquemment associés à ces produits. Ce traitement local est autorisé chez la femme enceinte et l'allaitante [7, 10, 12].

Le traitement médical représente en définitive la modalité la plus utilisée dans le traitement des hémorroïdes. Il est applicable dans tous les cas, mais il reste avant tout le traitement des manifestations hémorroïdaires aiguës, c'est-à-dire des rectorragies et des thromboses. En revanche, il n'a aucune action sur l'évolution générale des hémorroïdes.

Concernant le Traitement instrumental, il comprend différentes méthodes effectuées à titre ambulatoire à travers de l'anuscopie, réalisées en dehors des thromboses hémorroïdaires, de fissure anale et de suppurations anopérinéales.

Ce sont des traitements qui n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne ; en provoquant soit une fibrose cicatricielle, soit en réduisant le volume hémorroïdaire [7].

On dispose de différentes techniques :

✧ Injections sclérosantes (quinine urée)

Quelques cas d'anomalies oculaires et d'atteintes auditives ont été rapportés lors de la prise de fortes doses de quinine pendant la grossesse. Aux doses thérapeutiques, aucun incident n'a été signalé. En conséquence, l'utilisation de cette spécialité ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire [12].

✧ Photocoagulation à l'infrarouge

✧ Ligature élastique

Seule la photocoagulation à l'infrarouge peut être réalisée chez la femme enceinte [12].

Le traitement chirurgical comprend des interventions partielles réalisées le plus souvent en urgence et d'autres complètes (cure de la maladie hémorroïdaire) réalisées à froid [7].

En effet, les interventions partielles sont réalisées sous simple anesthésie locale. Il est ainsi possible :

- ✧ d'enlever un paquet hémorroïdaire isolé au bistouri électrique, soit aux ciseaux avec ou sans ligature du pédicule ;
- ✧ surtout de traiter une thrombose hémorroïdaire. Une incision radiée est effectuée au bistouri à lame fine et le caillot est expulsé. Puis, une excision en « côte d'orange » est réalisée, afin d'éviter l'accolement des berges de la plaie et la reconstitution du thrombus. Lorsque la thrombose externe est ulcérée, l'énucléation du caillot se fait très facilement, sans anesthésie locale, à la curette mousse [7].

Fig. 49: Incision de thrombose hémorroïdaire externe [46]



1- Infiltration de quelques millilitres de Lidocaïne adrénalinée avec une aiguille fine.



2- Préhension du sommet de la formation avec une pince à griffe.



3- Ablation du revêtement cutané de surface de la zone thrombosée.



4- Le thrombus est bien visible et bien exposé.



5- Ablation du thrombus et de son "sac" par une dissection délicate et superficielle en avant.



6- Le thrombus a été résectué



Fig. 50: Thrombose hémorroïdaire externe : elle est survenue il y a quelques jours et le thrombus tend à s'évacuer spontanément, il peut être responsable de saignement. L'évacuation du caillot (digital) a permis d'arrêter le saignement [46].

Quant aux interventions complètes citons :

- ✧ Les hémorroïdectomies pédiculaires : soit ouvertes de Milligan et Morgan, semi fermées de Parks ou fermées de Ferguson
- ✧ Les hémorroïdectomies circulaires soit fermées : l'intervention du Whitehead modifié ou semi fermées : l'intervention décrite par Toupet [7].

En ce qui concerne la prise en charge pratique de la maladie hémorroïdaire chez la femme enceinte, il semble que la maladie hémorroïdaire la plus fréquente est la thrombose (le plus souvent externe) [9, 10, 12, 13, 56].

❖ **Traitement de la thrombose hémorroïdaire de la parturiente** [10].

Les prescriptions médicamenteuses chez ces patientes doivent toujours être prudentes à cause du potentiel risque tératogène ou du passage dans le lait maternel. Les mises en garde, précautions et autorisations de prescriptions que nous allons aborder proviennent du Vidal et d'un site dédié : le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : www.lecrat.org).

La thrombose hémorroïdaire est le plus souvent externe mais peut toucher les hémorroïdes internes.

L'incision ou l'excision de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces deux gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non oedématisées, c'est en définitive assez rarement le cas dans le post-partum immédiat parce qu'il existe très souvent une composante très oedémateuse, des thromboses multiples et une participation hémorroïdaire interne associée : le traitement est donc le plus souvent médical [12].

Il doit toujours comporter un régulateur du transit, le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées. Il faut privilégier les osmotiques, les mucilages ou les laxatifs huileux qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque durant la grossesse et l'allaitement. Les laxatifs huileux ne doivent pas être utilisés au long cours parce qu'ils exposent en théorie à des troubles de l'absorption des vitamines liposolubles [12].

L'étude des essais contrôlés randomisés publiés ou non incluant plus de 350 patients a montré que les laxatifs à base de fibres ont beaucoup de bénéfice dans le traitement des hémorroïdes symptomatiques. Ils diminuent la tension au cours de la défécation réduisant ainsi les symptômes [9].

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires, mais leur prescription est contre indiquée durant le troisième trimestre de grossesse et chez la femme allaitante (du fait de risque de fermeture prématuré de canal artériel du fœtus, du risque hémorragique au cours de l'accouchement et aussi à cause de passage dans le lait maternel). Ce traitement est donc en pratique utilisable essentiellement dans le post-partum des femmes non allaitantes [12].

En cas d'allaitement, l'acide niflurique peros, 1gellule à 250mg*3/j pendant les repas, est préféré du fait de son faible taux d'excrétion dans le lait maternel [56].

Même s'il n'existe pas d'étude évaluant la réelle efficacité des AINS dans cette indication, ceux d'ancienne génération semblent plus efficaces : ils sont prescrits en cure courte de 3 à 8 jours. En cas de thromboses très oedématisées durant la grossesse ou chez une patiente allaitante, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40 mg pendant 3 à 5 jours [10].

Les veinotoniques peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée. Ils peuvent réduire la fragilité capillaire et les symptômes [13].

Même s'il n'existe pas d'études confirmant l'efficacité des topiques locaux dans la thrombose hémorroïdaire, ils sont largement prescrits, avec une efficacité suggérée par des avis d'experts [10].

Ayant une action purement locale, ils peuvent être prescrits sans risque chez les parturientes quelle que soit l'étape de la grossesse ou du post-partum. La douleur et l'œdème étant les principaux symptômes à traiter, il est logique de privilégier ceux contenant des corticoïdes et/ou un anesthésique local (ex : lidocaïne). Encore moins démontré, voire sans aucune preuve scientifique, il est parfois utile de recommander à ces patientes des bains de siège tièdes.

Enfin, en cas de douleurs, des antalgiques doivent être prescrits. Le paracétamol seul peut être utilisé sans restriction chez les parturientes selon la posologie habituelle. Le dextropropoxyphène peut lui être associé en cure courte durant la grossesse mais il est contre-indiqué en cas d'allaitement. La codéine peut être prescrite en cure courte durant les 1er et 2ème trimestres de grossesse. Durant le 3ème trimestre les avis sont moins unanimes (le Vidal le contre-indique et le CRAT l'autorise). En cas d'allaitement, la codéine est contre-indiquée. Le tramadol ne doit être prescrit qu'en cure courte, et uniquement pendant le 2ème trimestre : l'absence de recul suffisant sur cette molécule en pratique courante doit cependant faire privilégier les autres alternatives. En pratique et dans la majorité des cas, les thérapeutiques agissant sur l'inflammation locale, les antalgiques de niveau 1 et la régularisation du transit sont souvent suffisants pour traiter la douleur et permettent d'éviter de prescrire un antalgique de niveau 2.

Il faut avertir la patiente que l'effet antalgique n'est pas immédiat (un à trois jours). Par ailleurs, la régression des phénomènes locaux est plus longue (plusieurs semaines parfois) avec persistance possible d'une marisque séquellaire. La connaissance de cette histoire naturelle justifie la poursuite de thérapeutiques médicamenteuses (laxatives et topiques) sur une période plus longue : cependant les corticoïdes ou les anesthésiques ne sont le plus souvent plus nécessaires pour cette 2ème phase.

En l'absence d'amélioration franche de la douleur en quelques jours, voire d'aggravation, une hémorroïdectomie peut être discutée (23). L'indication doit être mûrement pesée et partagée avec la patiente. Si cette intervention ne peut être évitée durant la grossesse, elle doit être réalisée le plus tard possible (après le 6ème mois) et dans un établissement pouvant prendre en charge la patiente sur le plan obstétrical en coordination avec un obstétricien [10].

La chirurgie est réservée aux complications sévères de la maladie hémorroïdaire (polythrombose hyperalgique, anémie aiguë), après échec du traitement médical. Une intervention à 3 ou 4 paquets semble alors préférable. Il n'y avait pas de problème de viabilité fœtale dans la seule série disponible [12].

Pendant la grossesse, il est recommandé d'éviter l'utilisation de la Bétadine dans les bains de siège, en raison du risque de surcharge iodée fœtale [62].

- ❖ **Le traitement des Crises fluxionnaires ;** elle relève du traitement médical comprenant les veinotropes par voie orale et un traitement local pendant la crise, associé aux mesures hygiéno-diététiques à poursuivre après la crise.

- ❖ **Traitement du prolapsus et des saignements hémorroïdaires de la parturiente :** Exception faite du saignement de la thrombose hémorroïdaire qui s'exteriorise (peu de temps avant la guérison), le prolapsus et le saignement des hémorroïdes internes ne semblent pas être des pathologies spécifiques de la femme enceinte. Lorsqu'ils sont observés durant la grossesse ou le post-partum, ils sont donc en rapport avec une maladie hémorroïdaire chronique existante avant la grossesse qui ne nécessite pas de traitement en urgence durant la grossesse. Il faut alors se contenter de régulariser le transit et d'y associer des topiques locaux. Les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles [10, 12].

La prise en charge des urgences proctologiques d'origine suppurative représentées essentiellement par les abcès anaux est exclusivement chirurgicale.

Son premier objectif est d'évacuer le pus collecté sous pression dans l'abcès, ce qui peut être obtenu par une simple incision de la peau en regard de l'abcès. Ce geste permet le plus souvent un soulagement immédiat de la douleur, une régression en quelques jours de l'inflammation des tissus adjacents, et une cicatrisation en environ quatre semaines.

Une antibiothérapie seule est insuffisante à la guérison de l'abcès. Elle tend à chroniciser l'infection et de ce fait à complexifier les trajets de drainage spontané.

Ils doivent être utilisés pour encadrer le geste chirurgical, afin de prévenir une dissémination de l'infection, en particulier chez des patientes fragiles, obèses, diabétiques ou avec certaines maladies cardiaques en évitant ceux contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

Enfin le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens est dangereux car ils risquent de favoriser la dissémination de la suppuration avec un effet anti-douleur faussement rassurant [26, 27, 46, 47].

L'incision sera menée assez largement pour assurer un bon drainage et éviter une guérison et une fermeture précoce de la plaie opératoire source de récurrence. Elle sera radiaire dans tous les cas. La recherche de tractus fistuleux et de l'orifice primaire doit être évitée à la phase aiguë en raison du risque de fausses routes. Un lavage au sérum physiologique à la seringue est amplement suffisant [61].

L'incision d'un abcès intersphinctérien sera menée avec prudence et avec le plus grand respect des sphincters, elle peut nécessiter l'anesthésie générale. Quant aux abcès sus-lévatoriens, ischio-rectaux hauts placés et les abcès en fer à cheval demandent une anesthésie générale ou péridurale [26].

La durée de l'hospitalisation est courte, pouvant varier entre la simple journée et trois jours en fonction de l'importance de l'abcès et de la nature de l'intervention.

Dans les suites immédiates de l'intervention, une mèche assurant le drainage et limitant les phénomènes hémorragiques sera retirée dans les 48 heures. Le plus souvent, ces soins consistent en un lavage des plaies au moyen de bains de siège ou à la douchette deux fois par jour et après la selle, avec un

séchage par simple tamponnement en évitant tout essuyage traumatique. Les plaies externes seront ensuite badigeonnées avec un liquide désinfectant et recouvertes d'une pommade cicatrisante, protégées par une compresse ou un pansement absorbant plus large. Ils doivent être poursuivis jusqu'à cicatrisation complète [61].

Les germes habituellement retrouvés en culture sont des souches intestinales classiques. La mise en culture du pus n'est pas utile de routine, elle sera impérative et dirigée lors de suspicion de maladie sexuellement transmissible [26].

4 à 6 semaines après l'incision (et après guérison de la maladie abcédée), il est important de disposer d'un bon statut du canal anal et de la région ano-rectale afin de faire un bilan de la maladie fistuleuse résiduelle [61].

Dans environ 25% des cas, on attestera de la fermeture de l'orifice secondaire, de la disparition de la fistule et de l'absence d'orifice primaire résiduel. Dans les autres cas, le toucher rectal soigneux retrouvera l'orifice glandulaire primaire, sous la forme d'une caroncule palpable, de la taille d'un grain de riz.

L'anuscopie en permettra souvent le repérage visuel.

Il est important d'exclure à ce stade toute autre pathologie du canal anal, en particulier un cancer ano-rectal abcédé.

En cas de trajet fistuleux persistant, il faut le repérer afin d'y laisser un drainage selon Seton, les fils de Seton permettent un drainage prolongé et renforcent ainsi la fibrose péri-fistulaire. Ils peuvent être laissés en place de manière prolongée de plusieurs mois à plusieurs années comme dans le cas particulier de la maladie de Crohn [26].



Fig. 51: Abscès postérieur et fistule évidente d'emblée [61].



Fig. 52 : Abscès de la fesse. Ouverture au bistouri électrique [61].



Fig. 53: Abscès para- anal. Débridement au doigt [61].



Fig. 54: Abscès para- anal. Drainage en collerette
(Aspect obtenu en fin d'intervention) [61].

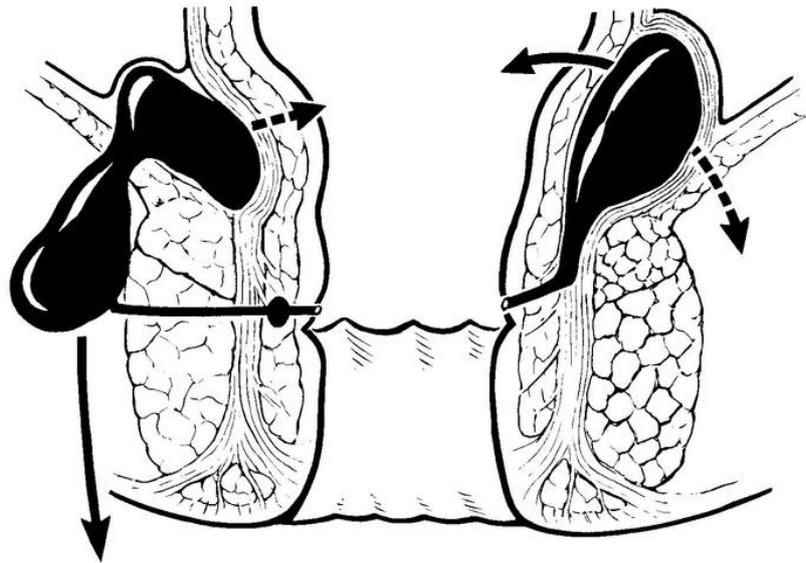


Fig. 55: - Partie droite : l'abcès intramural doit être drainé par le rectum. Le drainage par le périnée aboutirait à la création d'une fistule extrasphinctérienne.
 - Partie gauche : abcès du creux ischiorectal avec diverticule sus-lévatorien. Il doit être drainé par le périnée. Sa mise à plat par le rectum aboutirait à créer une fistule extrasphinctérienne [61].

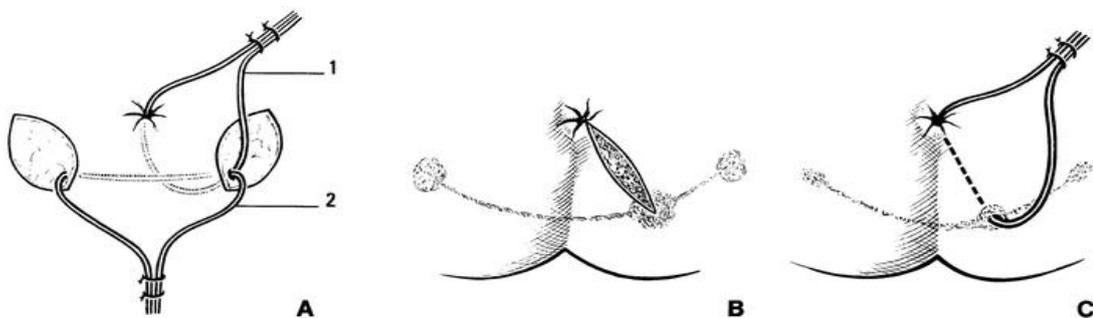


Fig. 56 : Traitement de l'abcès en « fer à cheval » [37]. :

- A. Repérage du trajet principal extrasphinctérien, unissant les deux abcès droit et gauche et repérage du trajet rétro-anal secondaire.
- B. Mise à plat du trajet secondaire extrasphinctérien.
- C. Mise à plat du trajet principal.

Enfin, le traitement des déchirures anopérinéales obstétricales non iatrogènes dépend essentiellement de son degré d'où l'intérêt d'un examen gynécologique bien conduit.

En effet la réparation des déchirures du premier degré s'apparente à la réfection des épisiotomies. On réséquera d'éventuels lambeaux mal vascularisés. Nous utilisons le Vicryl® (polyglactine 910). Le premier temps de réfection est le plan vaginal par un surjet de Vicryl® rapide, déc. 3,5 (anciennement 0) jusqu'à l'anneau hyménéal. Le deuxième temps est le rapprochement des muscles périnéaux par points séparés, simples ou en X, au Vicryl®, déc. 4 (anciennement 1). L'absence de point transfixiant sera vérifiée par le toucher rectal. Enfin le troisième temps consiste à suturer la peau du périnée par points séparés de Blair-Donatti au Vicryl® rapide, déc. 3 ou 3,5 (anciennement 2/0 ou 0) [45].

Alors que dans la réparation des déchirures du deuxième degré, le premier temps est la suture du sphincter strié anal ; les deux extrémités sont repérées par des pinces de Köcher ou par un fil-repère et son extrémité latérale, souvent rétractée, doit être recherchée le long du canal anal. Sa mise en traction retend les plis radiés de l'anus qui étaient affaissés du fait de la rupture du sphincter. Nous suturons les deux extrémités par deux points en U à l'aide d'un fil résistant : fil tressé à résorption lente (Vicryl®, déc. 4). Les temps ultérieurs sont les mêmes que ceux de la réparation des déchirures du premier degré [45].

Enfin, la réparation des déchirures du troisième degré commence par la suture de la paroi digestive. Nous la réalisons par points séparés au fil tressé à résorption lente comme le Vicryl®, déc. 2 (anciennement 3/0). Il s'agit d'une suture de type digestif, en un plan, prenant toute la paroi rectale et anale en

ayant soin de bien charger la musculature. Les noeuds sont effectués à l'extérieur de la cavité digestive. Les points doivent être rapprochés, afin que la paroi soit parfaitement étanche. Le dernier point est réalisé sur la marge anale. Les temps ultérieurs sont ceux d'une déchirure du deuxième degré. Cette réparation est conduite sous antibioprofylaxie (céphalosporine de première génération ou bien ampicilline plus acide clavulanique).

Les déchirures vulvaires devront également être réparées car elles peuvent être très hémorragiques et sources de dyspareunies. Elles sont suturées par des points simples séparés au Vicryl[®] rapide, déc. 2 ou 3.

Les soins postopératoires sont communs à ceux préconisés après une épisiotomie. Dans le cadre des déchirures complètes, toute mesure visant à obtenir une constipation est à proscrire, car elle durcit les selles qui deviennent traumatisantes pour les sutures, notamment lors de la première émission. Il est préférable d'obtenir des selles molles grâce à la prescription d'huile de paraffine et d'un régime sans résidu [45].

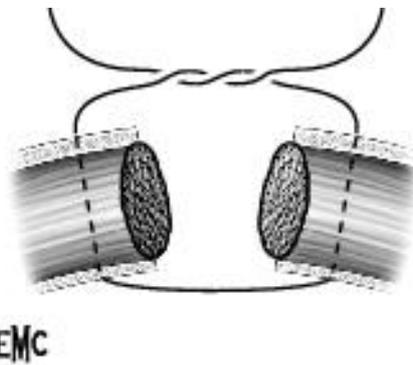


Fig. 57: Réparation des déchirures du deuxième degré : suture du sphincter externe de l'anus (en cartouche : technique de suture) [45].

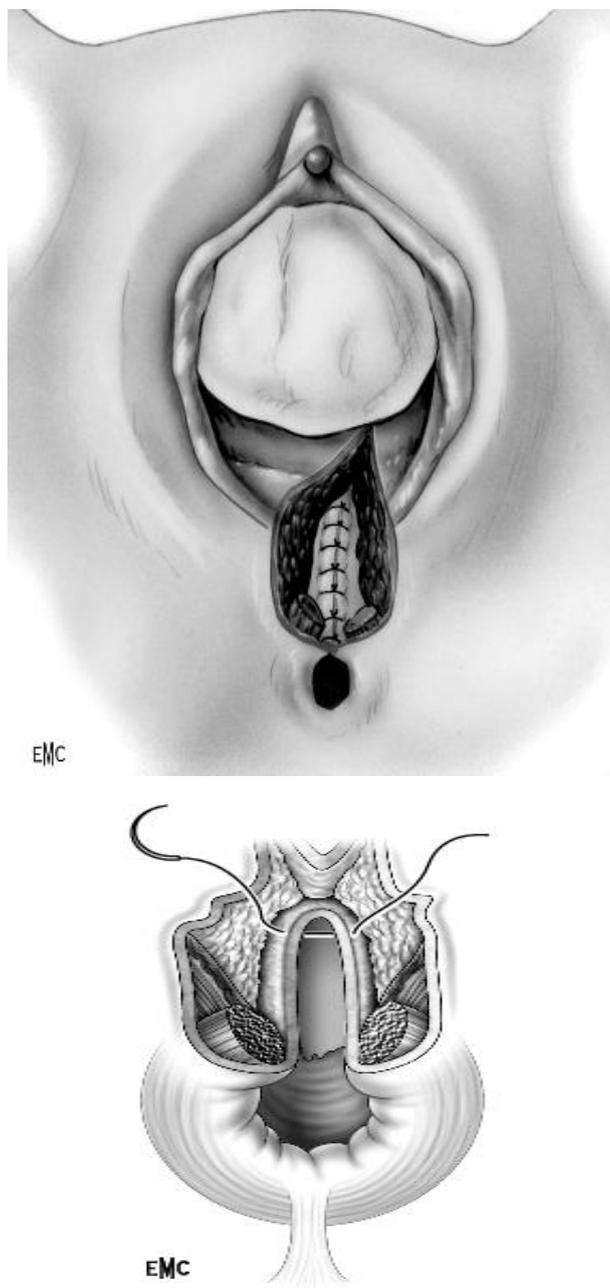


Fig. 58: Réparation des déchirures du troisième degré : suture de la muqueuse anale (en cartouche : technique de suture de la paroi anorectale [45]).

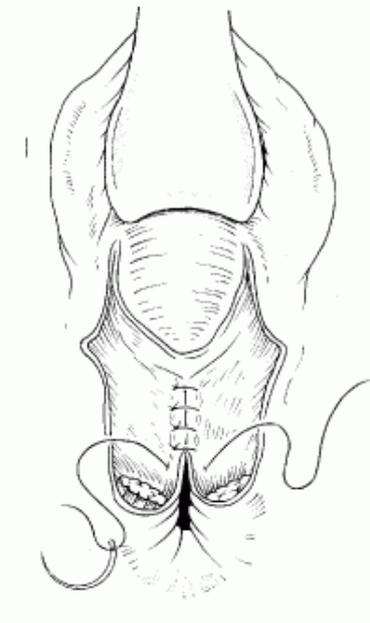


Fig. 59: Suture de la paroi musculaire du rectum [46].

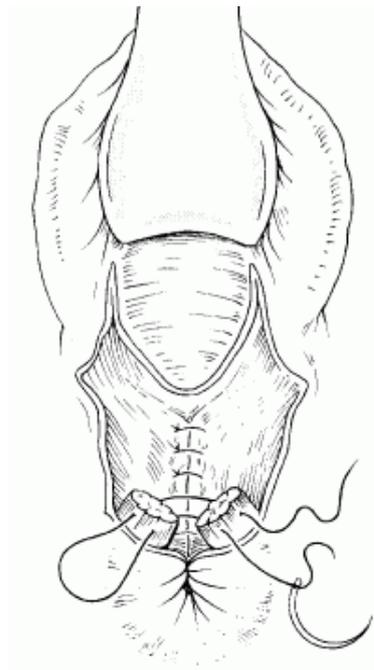


Fig. 60 : Suture du sphincter anal [46].

La prévention des déchirures obstétricales découle des facteurs de risque déjà décrits et reste primordiale.

- ✧ Elle passe par une bonne conduite de l'accouchement : éviction d'un travail prolongé, qui oedématie et fragilise les tissus.
- ✧ Le dégagement du fœtus doit être progressif en se méfiant des déchirures inapparentes du noyau fibreux central du périnée qui sont aussi graves à long terme que les déchirures externes [45].

Le traitement de l'incontinence repose d'abord sur la régularisation des troubles du transit associée à une rééducation par *biofeedback*. En cas d'échec, on peut envisager un traitement chirurgical après un bilan préopératoire comprenant la rectographie dynamique et la mesure de la latence motrice distale du nerf pudendal.

Les méthodes thérapeutiques sont diverses dépendant du bilan lésionnel . Elles consistent en :

- ✧ Une réparation sphinctérienne.
- ✧ Une myorrhaphie des releveurs ou pré et rétroanale.
- ✧ La réalisation d'une graciloplastie dynamisée ou d'un sphincter artificiel.
- ✧ La correction des troubles de la statique pelvirectale [39].

Comme mesures de prévention de l'incontinence anale, il a été démontré que les deux premiers accouchements vaginaux sont les plus traumatiques pour le périnée. Or, seule la césarienne programmée préserve le périnée. Celle-ci ayant une morbidité de moins en moins importante, on pourrait élargir ses indications à certaines patientes dans l'optique de diminuer les traumatismes du périnée et non plus exclusivement pour des raisons obstétricales [40].

Il est ainsi possible de proposer une césarienne à des parturientes aux antécédents de pathologies (incontinence anale avérée, lésion anopérinéale sévère de maladie de Crohn, pathologies neurologiques touchant le périnée) ou chirurgies anorectales (chirurgie anale pour incontinence, malformation anale congénitale opérée, anastomose iléoanale ou iléorectale, cure de fistule, sphinctérotomie...), également en cas d'antécédent de premier accouchement traumatique avec notion de forceps associé à une déchirure sphinctérienne, déchirure du périnée ou incontinence anale (même transitoire) du post-partum.

On peut s'aider d'une manométrie anorectale et d'une échographie endoanale comme arguments pour discuter de l'indication d'une césarienne : Une baisse de la pression de repos et une déchirure du sphincter interne sont des éléments importants à rechercher car la rupture du sphincter interne n'est actuellement pas réparable.

Il est primordial d'avoir une discussion au cas par cas entre l'obstétricien et le proctologue. L'association de deux indications relatives peut alors faire pencher la balance vers une césarienne programmée. Ces « indications proctologiques » de césariennes ne s'appuient sur aucune étude prospective mais uniquement sur des séries épidémiologiques ou statistiques.

Des auteurs ont ainsi calculé « qu'il faudrait 2,3 césariennes pour éviter un cas d'incontinence anale et qu'à l'inverse le risque relatif de décès maternel était de 2,6 avec une césarienne programmée ».

Cette étude illustre le dilemme qui existe entre les deux choix : La césarienne avec des complications potentiellement très graves à court ou long terme (augmentation modérée du risque de mort foetale in utero, placentation pathologique, infertilité...) mais rares et l'accouchement par voie basse avec une complication assez fréquente (l'incontinence) mais ne mettant pas en jeu le pronostic vital.

En l'absence de guidelines irréfutables, il est nécessaire d'informer les patientes pour prendre part à la décision sur leur propre accouchement [40].



Conclusion

A travers l'analyse des revues de la littérature, on a permis de mettre le point sur l'importance des urgences proctologiques d'une manière générale et particulièrement pendant la grossesse et le postpartum.

Celles caractérisant la parturiente sont : les thromboses hémorroïdaires, la fissure anale et les traumatismes obstétricaux.

Sur le plan étiologique, on a relevé le rôle de la constipation et des accouchements dystociques.

Le diagnostic est aisé pour tout médecin généraliste sauf en cas de déchirures obstétricales, il repose en effet sur un examen proctologique et gynécologique bien conduit, le recours aux examens complémentaires est exceptionnel.

Le traitement de première ligne repose sur des gestes simples permettant un soulagement rapide, il est médical dans tous les cas associé parfois à des interventions partielles.

Le traitement définitif sera mené dans la mesure de possible à distance de la grossesse.

Soulignons l'importance de l'amélioration des conditions de l'accouchement dans la prévention de ces urgences.



Résumé



RESUME

Les affections proctologiques, représentées essentiellement par les symptômes revêtant un caractère urgent tels que la douleur et le saignement (85% des motifs), constituent un motif fréquent de consultation, notamment chez la femme enceinte ou dans les suites d'un accouchement ; et ce tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

L'objectif de cette thèse est de mettre le point à travers les données de la littérature sur le rôle de la grossesse dans la genèse des affections proctologiques, familiariser tout confrère quelque soit sa spécialité, en sachant poser leur diagnostic par un examen facile et conseiller ce qu'il faut faire ou ne pas faire chez la femme enceinte.

Les thromboses hémorroïdaires externes (THE) et la fissure anale (FA) sont deux sources de douleurs anales fréquentes chez la parturiente.

La FA survient, selon les études de Martin et de Corby et al, chez 10 % des accouchées. À l'hôpital Bichat 2 cas/165 de FA ont été décrites (soit 1,2 %) durant le troisième trimestre et 25/165 (15,2 %) avant le troisième mois du post-partum.

Rouillon et al. ont rapporté une incidence de THE de 12,2 % (20/164) contre 34 % (18/52) pour Pradel et al.

À l'hôpital Bichat, 7,9 % étaient porteuses d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 20 % dans le post-partum.

Deux études ont recherché une relation statistique entre la FA et les facteurs obstétricaux, foetaux ou maternels. Corby, Abramowitz et al, dans leurs séries respectives, ont mis en exergue le rôle de la constipation.

Rouillon et al. ont retrouvé plus de THE chez les parturientes avec un temps de travail prolongé et un gros bébé. Dans la série Abramowitz, un gros bébé et la survenue de déchirures des petites lèvres de la mère sont associés à un plus grand nombre de THE ($p < 0,05$).

Le traitement en première intention des urgences proctologiques est souvent médical uniquement, parfois chirurgical et rarement instrumental. Ce traitement doit respecter les contre-indications, les précautions au cours de la grossesse et aussi les particularités physiopathologiques.

D'autres urgences proctologiques associées à la grossesse seront traitées au fur et à mesure.

Une parturiente sur trois souffre de FA ou de THE. Ces deux pathologies sont fortement liées à l'existence d'une constipation terminale. La THE semble fortement favorisée par le traumatisme de l'accouchement par voie basse.

La prise en charge de l'urgence proctologique, que tout médecin doit savoir gérer, doit être précoce et correcte afin d'éviter les complications aussi bien sphinctériennes qu'obstétricales.

SUMMARY

Proctological affections represented fundamentally by symptoms with urgent character such as pain and bleeding (85% of motifs), form frequent cause of consultation, especially in pregnant women or after delivery even in general or specialized medicine.

The aim of this thesis is to clear up through data of literature, the role of pregnancy in causing proctological diseases and to familiarize every colleague how to diagnose those diseases in pregnant women and how treat it correctly.

Thrombosed external hemorrhoids (TEH) and anal fissure (AF) are two frequent sources of anal pains during childbirth.

According to Martin's and Corby's studies, AF was observed in 10% of the delivered women. In Bichat hospital 2 cases / 165 of AF were described (1.2%) during the 3rd period of pregnancy and 25/165 (15.2%) before the 3rd month of postpartum.

Rouillon and al. reported an incidence of TEH in 12,2% (20/164) against 34% for Pradel and al.

In Bichat hospital, 13 women (7,9 %) were presenting TEH during the last third of pregnancy and 33 (20%) in post-partum period.

Two studies looked for a statistical correlation between AF and obstetrical, foetal or maternal factors. Corby, Abramowitz and al in their respective series have pointed up the role of constipation.

Rouillon and al. observed more TEH among women with a prolonged first stage labor and a big baby. In Abramowitz, a big baby and mother little lips tears were observed more often among women with TEH ($P < 0,05$).

The first treatment of proctological emergencies is usually and just medical, sometimes surgical and rarely instrumental. This treatment should respect the contraindications and the precaution during pregnancy and also physiopathological particularities.

Other proctological emergencies related to pregnancy will be treated progressively.

One pregnant women of three develop AF or TEH after delivery. These two pathologies are strongly correlated to terminal constipation. TEH seems equally furthered by traumatic delivery.

In order to avoid obstetrical complication and to preserve anal sphincter function, all doctors should know how to take charge correctly and early the proctological emergencies.

ملخص

تمثل أمراض الشرج و المستقيم سببا كبيرا للفحوصات الطبية خصوصا عند المرأة الحامل أو بعد الولادة سواء كان في الطب العام أو الإختصاصي. وتظهر هذه الأمراض غالبا بأعراض مكتسبة طابعا مستعجلا كآلام و النزيف الشرجي المستقيمي. (بنسبة 85%)

الهدف من هذه الأطروحة يكمل في وضع النقط، من خلال مراجع أدبية، على دور الحمل في تسبب أمراض الشرج و المستقيم و تقريب المفاهيم في أذهان جميع الأطباء مهما كان إختصاصهم حتى يتمكنوا من التشخيص السريري للمرض و التكفل به بشكل مضبوط لدى الحوامل.

إن السببين الرئيسيين في آلام الشرج عند النساء النفساء هما التخثر البواسري الخارجي و الشق الشرجي.

يحدث الشق الشرجي حسب بحوث (مارتن، كوربي و مساعديه) عند 10% من النساء بعد الوضع، بينما لوحظ في مستشفى (بيشا) حالتين من 165 (اي 1.2%) خلال الفصل الثالث من الحمل و 25 حالة من 165 قبل الشهر الثالث من الوضع (15.2%).

ان نسبة حدوث التخثر البواسري الخارجي حسب دراسة (رويو) هي 12.2% (20/164) مقابل 34% (18/52) حسب (برادل)، كما لوحظ هذا التخثر لدى 7.9% من النساء الحوامل خلال الفصل الثالث من الحمل و 20 بعد الوضع في مستشفى (بيشا).

بحثت دراستين عن علاقة نسبية بين الشق الشرجي و العوامل المتعلقة بالحمل، الجنين أو الأم. حيث ألفت دراستي (كوربي و أبرامويتز) الضوء على الدور الكبير للقبض.

إكتشف (رويو) نسبة أكبر من التخثر البواسري الخارجي عند النساء النفساء اللواتي إستغرق وضعهن زمنا طويلا و كان جنينهم ذو حجم كبير.

أما بالنسبة لأبرامويتز فإنه لاحظ علاقة بين الحجم الكبير للجنين و تمزق الشفتين الصغيرتين للأم و حصول عدد مهم من التخثر البواسري ($P < 0.05$)

إن العلاج في الوهلة الأولى للحالات الإستعجالية الشرجية غالبا ما يكون طبيا فقط و في بعض الأحيان جراحيا غير أنه يجب أن يحترم بعض الإحتياطات لدى الحوامل.

إلى جانب الشق الشرجي و التخثر البواسري الخارجي سندرس تدريجيا حالات إستعجالية أخرى مرافقة للحمل و الوضع.

تعاني واضعة من ثلاث من شق شرجي أو من تخثر بواسري خارجي اللذين لهما علاقة وطيدة بالقبض.

كما يبدو أن الولادة عن طريق المهبل تساهم بشكل كبير في حصول التخثر البواسري الخارجي.

و تفاديا للمضاعفات الممكنة سواء على الوظيفة المطرية أو على سيرورة الولادة يجب على كل طبيب أن يتكفل بالحالة الإستعجالية الشرجية بشكل سريع و دقيق.



Bibliographie



- [1] **P.Atienna**, L'enseignement de la proctologie : impossible réalité, EMC. Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 22, N°3, Avril 1998, P 26.
- [2] **R.Lombard, X.Barth**, Anatomie chirurgicale de l'anus, EMC. Techniques chirurgicales - Appareil digestif (40-680), 1992, pp320-325.
- [3] **JP.Arigon, L.Henry, H.Damon, PJ.Valette**, Radioanatomie proctologique, EMC, Radiodiagnostic - Appareil digestif, (33-480-A-40), Gastro-entérologie, 9-014-R-15, 2002, pp12.
- [4] **L.Abramowit, A.Batallan**, Epidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le postpartum, EMC, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, volume 31, numéro 6, Juin2003, pages 546-549.
- [5] **L. Abramowitz**, Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie [196-A-10], 2007.
- [6] **L.Abramowitz, I.Sobhani**, Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 27, N° 3 - Mars 2003, pp. 277-283
- [7] **JM.Suduca**, Hémorroïdes, EMC, Gastro-entérologie (9-086-A-10) ,2001
- [8] **N.Lemarchand, K.Fellous**, Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations, EMC, Urgences, 24-060-A-10, 1999, 7 p.
- [9] **A.Staroselsky**, Hemorrhoids in pregnancy, CFP, Vol.54, No.2, February 2008, pp.189-190.

- [10] **L.Abramowitz**, La prise en charge de la maladie hémorroïdaire chez la femme enceinte, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 32, N°5P2, Mai 2008, pp.210-214.
- [11] **J.Greenspon, S.Williams**, Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management, Dis Colon Rectum, 2004 Sep, Vol 47(9), pp.1493-1498.
- [12] **L.Abramowitz**, Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement des hémorroïdes, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2001, Vol 25, pp.674-702.
- [13] **CE.Quijano, E.Abalos**, Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium, Cochrane Database Syst Rev, 2005 Jul 20; (3).
- [14] **V.Parades, D.Fady, P.Atienza**, La fissure anale, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Novembre 2007, Vol 31, N° 11, pp. 985-992.
- [15] **V.Parades, C.Parisot**, La fissure anale, EMC, Gastro-entérologie, 9-087-A-10, 2002, 6 p.
- [16] **V.Parades, F. Pigot**, Les colles biologiques dans les fistules anales : proposition indécente ?, Le courrier de colo-proctologie (II)-n°3-septembre 2001
- [17] **F.Pigot**, Satisfaction des malades après traitement chirurgical d'une fistule anale, Le courrier de colo-proctologie (III)-n°2-juin 2002
- [18] **F.Daniel, V.Parades**, Toxine botulique et fissure anale chronique, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2006; Vol 30; pp.687-695.

- [19] **K.Slim, L.Siproudhis**, Fissure anale. Quel traitement de première intention ? EMC, Annales de chirurgie, Juin 2004, Vol 129, pp. 290-292.
- [20] **A.Pariante**, Fissures et ulcérations anales, EMC, Akos Encyclopédie Pratique de Médecine (4-0590), 1999,2p.
- [21] **R.Nelson**, A Systematic Review of Medical Therapy for Anal Fissure, Dis Colon Rectum, April 2004, Vol 47, N°4
- [22] **G.Brisinda**, A Comparison of injections of botulinum toxin and topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure, NEJM, July 8, 1999; 341:65-69, number 2.
- [23] **K.McCallion, K.Gardiner**, Progress in the understanding and treatment of chronic anal fissure, Postgraduate Medical Journal 2001, Vol 77, pp.753-758.
- [24] **A.Leong**, Pharmacological Treatment of Anal Fissure- A Future Role in Primary Care, Singapore Med J 2003, Vol 44(3), pp.136-137.
- [25] **F.Pigot**, Traitement des fistules anales hautes: place des colles biologiques, Hépto-Gastro, volume 8, Number 2, 139-45, Mars-Avril 2001, Coloproctologie
- [26] **G.Zufferey, K.Skala**, Les suppurations et fistules ano-rectales, Schweiz Med Forum 2005, Vol 5; pp.851-857.
- [27] **M.Serra, Y.Raulo, L.LeCleach**, Chirurgie des nécroses, cellulites et infections cutanées : fasciites nécrosantes, maladie de verneuil, kyste pilonidal, EMC, Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique [45-150] , 2000 (4), pp.120- 128.

- [28] **C.Romelaer, L.Abramowitz**, Abscès tuberculeux de la marge anale : à propos de deux cas et revue de littérature, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, janvier 2007, Vol 31, N°1, pp. 94-96.
- [29] **D. Soudan**, Maladie pilonidale ; pathogénie, Le courrier de coloproctologie (n° 1 - janv - fév - mars 2003 ; pp. 11-12)
- [30] **T.Puy-Montbrun**, Maladie pilonidale ; aspects cliniques, *Le courrier de coloproctologie (IV) - n° 1 - janv - fév - mars 2003 ; pp.13-14*).
- [31] **D.Soudan**, Maladie pilonidale ; Traitement, Le courrier de coloproctologie (n° 1 - janv - fév - mars 2003 ; pp.15-16-17-18)
- [32] **D.Soudan**, Maladie de Verneuil ; introduction, Le courrier de coloproctologie (II), (n° 1 - mars 2001 ; p.9)
- [33] **D.Soudan**, Maladie de Verneuil ; diagnostic et formes cliniques, Le courrier de coloproctologie (II), (n° 1 - mars 2001 ; p. 12, 13, 14, 15,16)
- [34] **T.Puy-Montbrun**, Maladie de Verneuil, épidémiologie - étiopathogénie, Le courrier de coloproctologie (II) - n° 1 - mars 2001 ; p.10-11).
- [35] **35-F.Pigot**, Maladie de Verneuil ; traitement, Le courrier de coloproctologie (n° 1 - mars 2001 ; pp. 17-19)
- [36] **P.Godeberge**, Maladie de Bowen, Le courrier de coloproctologie (IV), n°1, jan-fév-mars 2003.
- [37] **P.Lombard**, Suppurations de la région anale, EMC, Techniques chirurgicales- Appareil digestif (40-690)
- [38] **P.Altienza, N.Meary, V.Parades et I.Etienny**, Fistule anale, EMC, gastro-entérologie 9-086-C-10, 2002, 14p.

- [39] **N.Lemarchand**, Traumatismes anorectaux, EMC, Gastro-entérologie (9-079-A-10), 2001.
- [40] **L.Abramowitz**, Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie (196-A-10), 2007.
- [41] **H.Roman**, Les facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum étude prospective chez 525 femmes, EMC, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de reproduction, Vol 33, N° 6-C1- Octobre 2004, pp 497-505.
- [42] **T.Benedetti**, Birth injury and method of delivery, NEJM, December 2, 1999, Number 23, Volume 341, pp.1758-1759.
- [43] **J.DeLancey**, Child, continence and the pelvic floor, NEJM, December23, 1993, Number 26, Volume 329, pp.1956-1957.
- [44] **A.Sultan, M.Kamm**, Anal-sphincter disruption during vaginal delivery, NEJM, December23, 1993, Number 26, Volume 329, pp.1905-1911.
- [45] **O.Parant**, Déchirures obstétricales récentes de périnée et épisiotomie, EMC, Obstétrique (5-078-A-10), 1999.

Autres références et adresses électroniques utiles :

- [46] **FZ.Benhima**, Les urgences proctologiques expérience de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat, Thèse N°36, Année 2007, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- [47] **O.Chemsi**, Le profil épidémiologique des affections proctologiques, Expérience du service de chirurgie viscérale et proctologique à HMIMV sur deux ans (2005-2006), Thèse N°154, Année: 2007, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

- [48] **X.Delgadillo**, La proctologie pratique au quotidien, <http://www.proctologica.com/images/stories/media/pratique%20quotidienne%20en%20proctologie.pdf>
- [49] **A.Medini**, Les urgences en proctologie, Compte rendu de la soirée FMC du 30nov 2000, Houdé, Paris.
- [50] **J.Denis**, Mille urgences consécutives en proctologie, Bull. Franc. De colo- proctologie 1,1999, pp.13-14.
- [51] **H.Frank**, ATLAS d'anatomie humaine, 3^{ème} édition, Masson 1994
- [52] **D.Soudan**, Physiologie de la continence et la défécation, <http://www.proktos.com/espaces-privatifs/se-former/proctologie-prat/PP02-Physiologiedelacontinence.asp>
- [53] **M.Lagrange**, Pratique quotidienne en proctologie
<http://books.google.co.ma/books?id=oJnP4BeDpxUC&dq=Pratique+quotidienne+en+proctologie+Par+Marc+Lagrange>
- [54] **A.Gainant**, Sémiologie de la pathologie anale
www.unilim.fr/medecine/formini/semio.../procto_2008.pdf
- [55] **L.Abramowitz**, Maladie hémorroïdaire: Anatomie, épidémiologie et physiopathologie: 6 décembre 2000,
http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/DIU-DESC/DIU-COURS-dec00-MH_An-Ep-Ph.htm

- [56] **P.Altienza**, Les problèmes proctologiques dans les suites de l'accouchement,
<http://pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/94/14.htm>
- [57] **P.Godeberge**, Etude de la prescription de la consommation des veinotoniques en ambulatoire, Mars 1999, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments, Agence du Médicament - Direction des Etudes et de l'Information Pharmaco-Economiques.
<http://www.agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/5017.pdf>
- [58] **M.Denis**, Proctologie pratique ; La maladie Hémorroïdaire
<http://www.slideshare.net/raymondteyrouz/maladie-hmorrotaire-dm-21-04-09>
- [59] **L.Siproudhis**, Traitements de la fissure anale chronique
<http://www.fmcgastro.org/default.aspx?page=288>
- [60] **L.Siproudhis**, Traitements médicamenteux de la fissure anale chronique : 7 Décembre 2000,
http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/DIU-DESC/DIU-COURS-dec00-Fiss_ttt-medic.htm
- [61] **G.Staumont**, Drainage d'un abcès anal : Quelles suites opératoires ?
<http://www.proktos.com/espaces-publiques/espace-patient/information-sante/I-S-SuitesDrainageAbcesAnal.asp>
- [62] **Geussab**, Septième journée de la clinique médicale, 30 Avril 2009.

مستعجلات الشرح والمستقيم غير الرضحية
عند الحمل وبعد الولادة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : سناء الباعمراني

المزودة في: 06 يوليوز 1985 بمراكش

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا - الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحمل - آلام شرجية - نزيف شرجي - تدلي بواسري.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: أحمد الصبيحي

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد: سيف الدين الكندري

مشرف

أستاذ مبرز في جراحة الأحشاء

السيد: عزيز أوراغ

أستاذ في الطب الباطني

السيد: إدريس موسوي رحالي 122

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد: جعفر العلوي سليم

أستاذ في التخدير والإنعاش