

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

ANNEE: 2010

THESE N°: 73

Examen proctologique chez la parturiente
dans les premières 24 heures du post-partum

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
:..... . .

PAR

Mr. Crepin OLLENDE

Né le 25 Novembre 1980 à Libreville (Gabon)

**De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire
- Rabat**

**Pour l'Obtention du Doctorat
en Médecine**

MOTS CLES: Hémorroïdes – Post-partum – Fissure anale.

JURY

Mr. My. EL. H. TAHIRI

Professeur de Chirurgie Viscérale

PRESIDENT

Mr. S. E. AL KANDRY

Professeur de Chirurgie Viscérale

RAPPORTEUR

Mr. D. MOUSSAOUI

Professeur de Gynécologie Obstétrique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

Professeur Agrégé de Chirurgie Viscérale

I.	INTRODUCTION	6
II.	RAPPEL ANATOMO-PHYSIOPATHOLOGIQUE DES HEMORROIDES	7
A.	Anatomie de la région anorectale	7
B.	B.PHYSIOPATOLOGIE	12
	1. Les anomalies fonctionnelles :	12
	2. La théorie circulatoire : vasculaire	13
	3. La théorie mécanique :	13
III.	MATERIEL ET METHODES	14
A.	Matériel	14
B.	Méthode : FICHE D'EXPLORATION	15
IV.	RESULTATS	16
A.	L'âge :	17
B.	Facteurs de risque :	17
C.	La symptomatologie clinique et résultats	18
V.	DISCUSSION	19
A.	Epidémiologie	19
B.	Physiopathologie et facteur de risque	27
C.	Clinique	31
	1. Les douleurs hémorroïdaires	32
	2. Rectorragies hémorroïdaires	34
	3. Prolapsus hémorroïdaire	35

VI. CAS PARTICULIERS 36

A. Formations fibreuses 36

1. Marisques 36

2. Fibromes hémorroïdaires 37

3. Association hémorroïdes-fissure anale 37

B. Diagnostic positif 38

C. Diagnostic différentiel 40

1. Rectorragies 40

2. Douleurs 41

3. Prolapsus hémorroïdaire 41

4. Cas particuliers 41

D. Evolution générale et pronostic 42

1. Evolution 42

2. Pronostic 42

VII. TRAITEMENTS 43

A. But : 43

B. Moyens : 43

1. Traitement médical 43

2. Traitement instrumental 47

3. Traitement chirurgical 50

C. Indications thérapeutiques 57

D. Résultat 61



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

IX. RESUMES 64

X. ANNEXES 68

XI. SOURCES 85

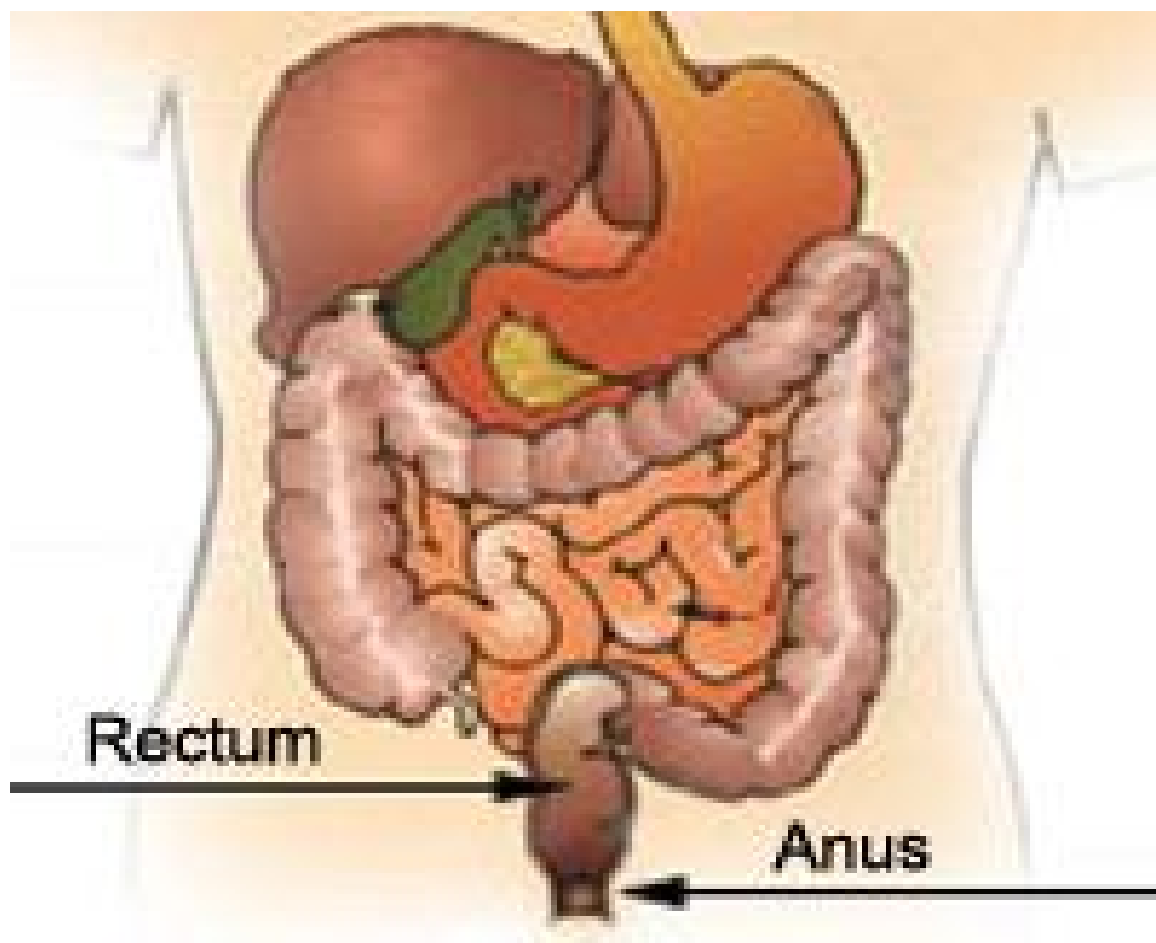
Les hémorroïdes sont des formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu [1].C'est l'apparition des manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie ».On distingue les hémorroïdes internes (situées au-dessus de la ligne pectinée)et les externes(situées sous la ligne pectinée, au niveau de la marge anale).

La maladie hémorroïdaire(MH) dans le post-partum n'est pas rare bien que peu étudiée. Les données épidémiologiques concernent surtout les parturientes [2, 3, 4, 5,6].Chez ces dernières, il semble que la MH la plus fréquente soit la thrombose(le plus souvent externe).Dans les études ayant réalisé un examen systématique, elle est rapportée chez 8 % des parturientes durant le troisième trimestre de grossesse et chez 20 % d'entre elles dans le post-partum immédiat. Le rôle de l'accouchement semble primordial puisque les thromboses du post-partum surviennent dans 91% des cas dans les 24 heures suivant la délivrance. Notre étude prospective va apporter un éclairage sur cette pathologie dans notre contexte en se basant sur l'examen de 100 femmes dans le post-partum immédiat.

L'Objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence de la MH dans notre contexte, savoir la diagnostiquer dans le post-partum en informant les femmes sur les différents symptômes, et de proposer les thérapeutiques adéquates en fonction du siège et du caractère gênant ou non des hémorroïdes tout en comparant nos résultats avec ceux fait dans ce sens moyennant une revue de la littérature.

II. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOPATHOLOGIQUE DES HEMORROIDES

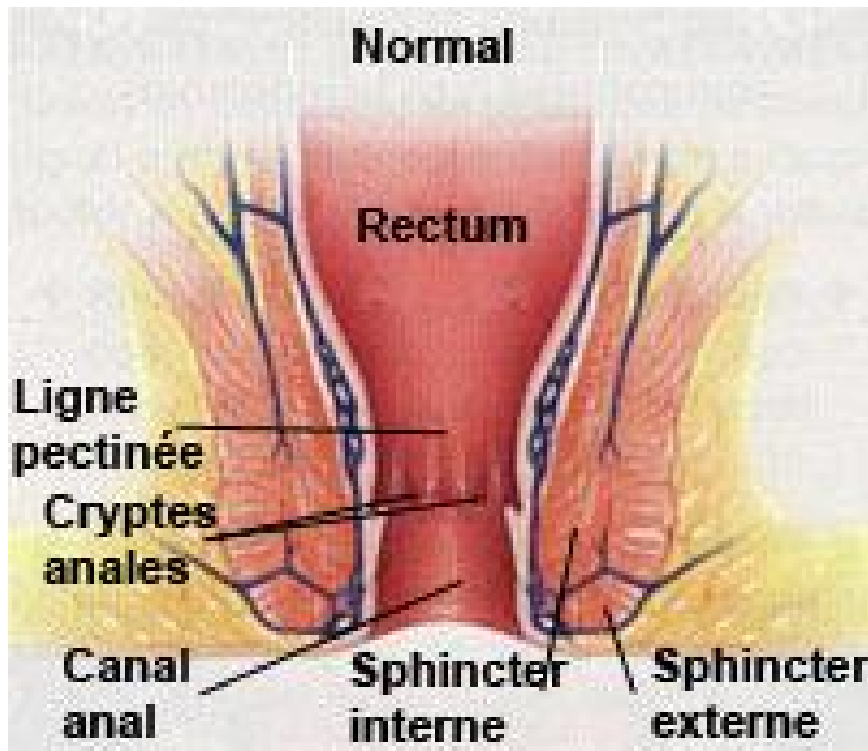
A. Anatomie de la région anorectale



Le rectum, d'une longueur de 10 à 15 cm, est la partie terminale du gros intestin. Le canal anal est le segment terminal du tube digestif. Il consiste en un segment d'une longueur d'environ 3,8 cm qui s'étend de la peau péri anale du fessier jusqu'à la paroi rectale. Son orifice externe, l'anus, est bien fermé, sauf pendant la défécation, par deux anneaux de muscles : le sphincter interne et le sphincter externe. L'action du sphincter interne est

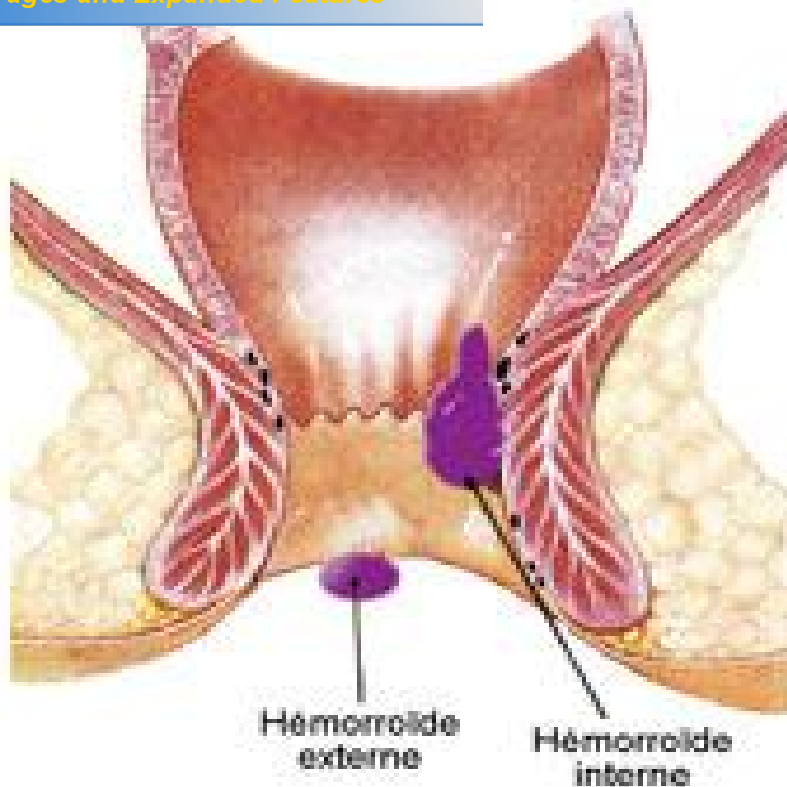
truriente dans les 1ères 24heures du postpartum

e (il est constamment contracté pour prévenir la perte fécale accidentelle), tandis que l'action du sphincter externe est volontaire.



Les sphincters sont alimentés par des vaisseaux sanguins et des nerfs. À l'endroit où se joignent le canal anal et le rectum, se trouve un anneau de pli appelé ligne pectinée (dentelée). Parmi ces plis se trouvent les cryptes anales, qui sont des petites cavités en forme de tubes qui s'ouvrent dans le canal anal. La ligne pectinée ou dentelée marque l'endroit où se terminent les fibres sensorielles. La région au-dessus de cette ligne est relativement insensible à la douleur. Par contre, au-dessous de cette ligne, le canal anal et l'anus sont extrêmement sensibles.

Les hémorroïdes sont des veines variqueuses enflées ou enflammées dans la partie inférieure du rectum ou de l'anus. Presque tout le monde souffre d'hémorroïdes à un moment donné dans sa vie.



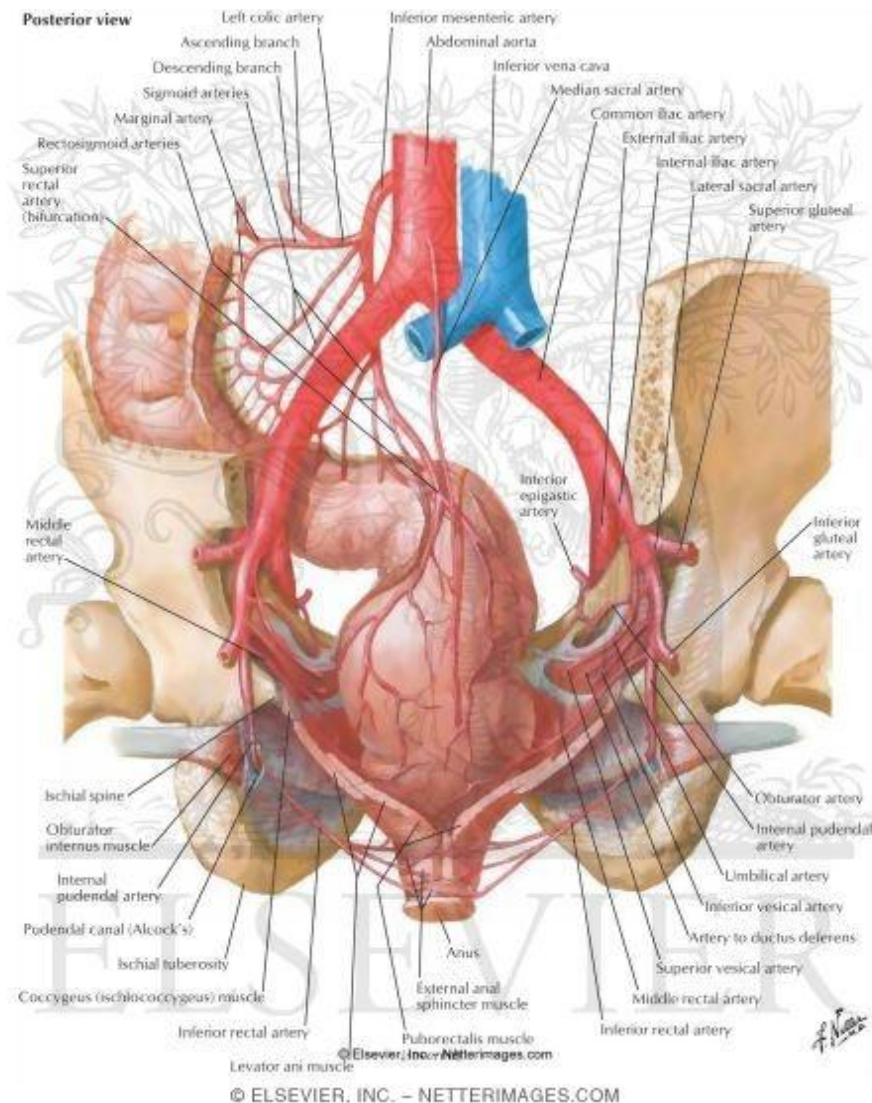
Les hémorroïdes internes partent de l'intérieur de la partie inférieure du rectum. Ce type d'hémorroïdes n'a pas de cellules nerveuses. C'est pourquoi les hémorroïdes internes ne provoquent pas de douleur.

Les hémorroïdes externes se développent sous l'orifice rectal ou autour de l'anus. Elles sont situées sous la peau, et c'est la présence de cellules nerveuses qui rend ces hémorroïdes très douloureuses.

La plupart des hémorroïdes sont internes, mais les deux types d'hémorroïdes peuvent être présents en même temps chez la même personne.

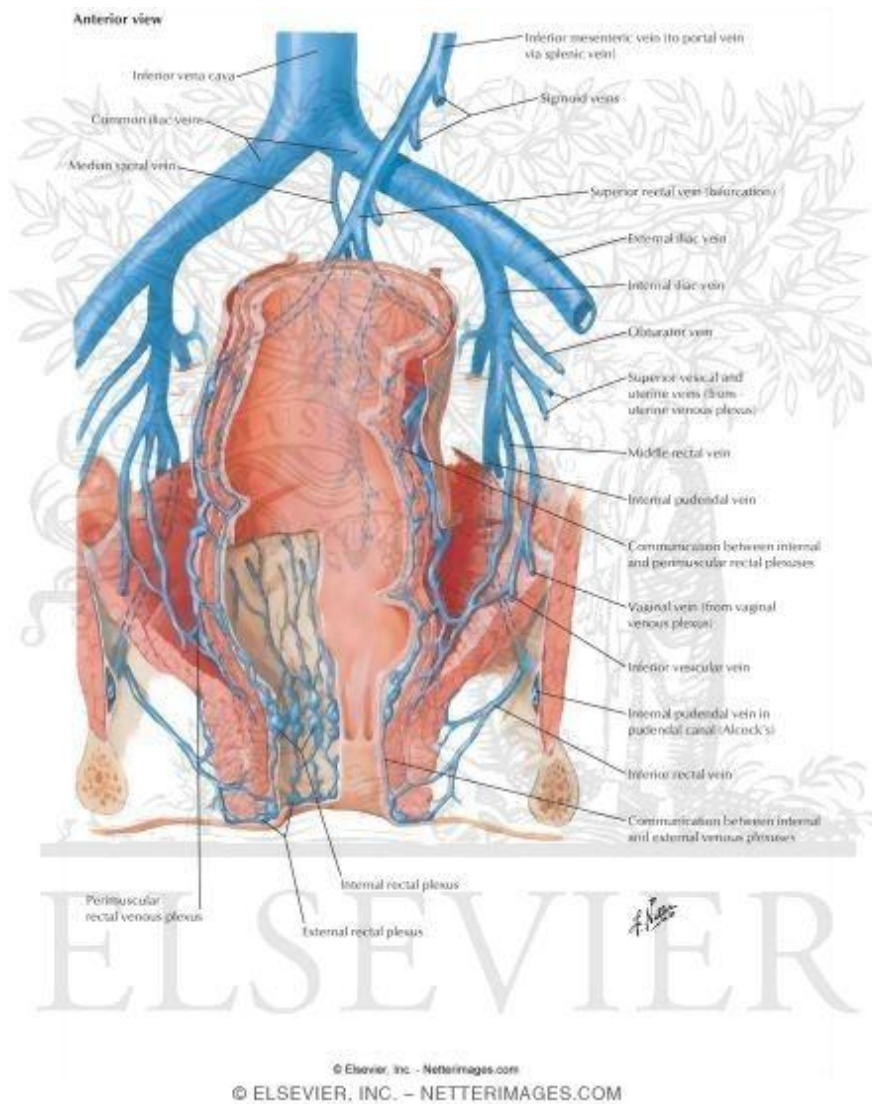
Pour mieux comprendre cette affection rappelons que le sang artériel est conduit par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures. Les artères hémorroïdales supérieures sont des branches de la

présentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être intégrées dans le plexus sous-muqueux, les branches artérielles hémorroïdales supérieures se divisent classiquement, selon MILES, en trois axes artériels principaux : gauche, antérieur droit et postérieur droit (disposition classique des paquets hémorroïdaires). Les artères hémorroïdales moyennes sont des branches de l'artère hypogastrique, les inférieures des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisation artérielle [7]. Toutes ces artères sont richement anastomosées entre elles.



Vascularisation artérielle du rectum et du canal anal[8]

Quant au drainage veineux, nous rappelons qu'il se fait essentiellement pas la veine rectale supérieure, mais il existe comme pour le système artériel de nombreuses anastomoses vers le bas et à travers le sphincter anal. La présence d'un tissu hémorroïdaire avec des structures veineuses dilatées est donc normale dans le canal anal .La détérioration des systèmes de fixation peut aboutir à une maladie hémorroïdaire symptomatique caractérisée en histologie par une stase veineuse, des dilatations veineuses, une mobilisation vers le bas des coussinets et une altération de l'épithélium de surface engendrant des saignements qui sont d'origine artériolaire [9].



Veines du rectum et du canal anal [10]

B. B.PHYSIOPATOLOGIE

La physiopathologie de la pathologie hémorroïdaire met en jeu l'intrication de plusieurs théories à savoir [9] :

1. Les anomalies fonctionnelles :

De nombreuses études ont mis en évidence, dans la pathologie hémorroïdaire, une pression de repos du canal anal significativement supérieure aux sujets témoins[11].

La constipation, la dyschésie (défécation difficile indépendamment de sa cause), parfois la diarrhée jouent un rôle prépondérant. Cependant, des manifestations pathologiques peuvent exister en l'absence de troubles du transit.

Les progrès réalisés dans la connaissance de la structure du tissu hémorroïdaire permettent d'éliminer de nombreux mécanismes autrefois évoqués : la varicose anale (les dilatations veineuses sont normales et non acquise), la conception tumorale ou angiodyplasie (hypothèse formellement rejetée par les anatomopathologistes), la conception infectieuse (l'infiltration cellulaire est très modérée, voire absente).

Deux théories, d'ailleurs complémentaires, sont donc surtout envisagées pour expliquer la genèse des manifestations fonctionnelles des hémorroïdes :

Dans cette théorie, le point de départ serait d'origine vasculaire, avec des perturbations (hyper apport artériel en particulier) submergeant les capacités d'adaptation du tissu hémorroïdaire [12]. Les premières conséquences seraient l'apparition des rectorragies, par mise en jeu des shunts superficiels, et d'une poussée fluxionnaire [13]. Par la suite, selon le degré de répercussion d'une part sur le retour veineux avec les lésions vasculaires dystrophiques et d'autre part sur le tissu de soutien avec une dilacération, peuvent apparaître et aggraver les autres manifestations : thrombose et prolapsus [12].

3. *La théorie mécanique :*

Dans cette conception, des anomalies dégénératives du tissu de soutien des plexus hémorroïdaires jouent un rôle prépondérant. Le relâchement puis la rupture des éléments de soutien, en particulier du ligament de PARKS, sont à l'origine d'un glissement progressif vers le bas du revêtement du canal anal et de la sous-muqueuse [12,14]. Les troubles du transit, surtout la constipation favorisent cette évolution [15,16]. En effet les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse (lors des poussées, pendant l'accouchement) sont à l'origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien.

De plus, au niveau vasculaire, la strangulation des vaisseaux est responsable des manifestations oedémateuses, hémorragiques ou thrombotiques [12].

Un rôle non négligeable est joué par l'hypertonie sphinctérienne retrouvée lors des études manométriques. Cet élément intervient, d'une part en augmentant les efforts de poussées et, d'autre part en favorisant la strangulation des vaisseaux.

Les hémorroïdes sont classées en 4 stades (ou grades) selon le degré de procidence [107] :

-hémorroïdes non procidentés

-essentiellement hémorragiques

Stade II :

-effacement de la lumière du canal anal en dehors de l'effort

-procidence des hémorroïdes à l'effort spontanément

réductible

Stade III : procidence des hémorroïdes à l'effort et réduction manuelle nécessaire

Stade IV : procidence permanente.

III.MATERIEL ET METHODES

A. Matériel

Notre étude prospective a été réalisée avec la collaboration du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V(H.M.I.M.V).

Les patientes de notre études sont celles qui ont accouché au service de gynécologie par voie basse et déclarée sortante (car absence de complications).

La méthode utilisée pour cette étude a été la réalisation d'un examen proctologique qui pouvait être fait en position genu pectoral ou en décubitus latéral gauche. Cette dernière position étant plus confortable pour la malade, physiquement et psychologiquement ,dans notre série, l'examen s'est réalisé en décubitus latéral gauche et s'est basé sur l'inspection de la marge anale, un



touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

on du tonus anal et au besoin une anoscopie en cas de doute pour apprécier un stade 1.

La fiche d'exploration suivante a été établie :

B. Méthode : FICHE D'EXPLORATION

AGE :

FACTEURS DE RISQUE :

+Antécédents d'hémorroïdes

+Constipation chronique

+Accouchement traumatique

+PN >3500g ACC/VB

+Hérédité

SYMPTOMATOLOGIE :

+Signes fonctionnels :

-Constipation

-Rectorragies

-Douleurs anales

-Prurit anal

+Examen :

-Inspection de la marge anale

-Prolapsus : grade III, grade IV

-Marisques hémorroïdaires

-Toucher rectal(+tonus anal)

-Anuscopie

IV. RESULTATS

Le service de gynécologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V(HMIMV) de rabat a servi de cadre pour la réalisation de notre étude.

Il s'agit d'une prospective qui a intéressé 100 femmes durant 03mois.

Dans cette étude, ont été exclus, tous les accouchements par césarienne et toutes les patientes non coopérantes .Elle s'est basée sur les patientes ayant accouchées par voie basse quelque soit l'âge, qu'elles soient primipares ou multipares et en l'absence de tare associées.

A. L'âge :

Notre étude s'est portée sur les patientes de 22 ans à 40ans, avec une moyenne d'âge de 31ans.

B. Facteurs de risque :

Les facteurs de risque retrouvés dans notre série sont :

-les antécédents personnels et familiaux d'hémorroïdes :une seule femme était porteuse d'hémorroïdes stade 2(suivie)pendant la grossesse. Elle avait aussi des antécédents familiaux d'hémorroïdes(son père avait des hémorroïdes) .Après l'accouchement, les hémorroïdes étaient toujours présentes ;elle a été mise sous traitement local avec accord de son gynécologue et a été informée sur une consultation proctologique ultérieure.

-les accouchements traumatiques(surtout avec forceps) :dans notre série,16femmes ont accouché grâce à une extraction instrumentale,11 d'entre elles avaient des hémorroïdes stade 1 dans les 24 heures qui ont suivi l'accouchement.

-la constipation chronique :on a retrouvé la notion de constipation chronique chez 30 femmes. Ce fut un symptôme souvent très négligé chez ces femmes.17 d'entre elles présentaient déjà des troubles du transit avant la grossesse mais n'avaient jamais consulté. Pendant la grossesse 13 femmes ont bénéficié d'un traitement régulateur du transit. Parmi ces 30 femmes qui se plaignaient de troubles du transit,5 avaient des hémorroïdes stade 1 après l'accouchement.

-un gros bébé :quoique ce risque est relatif car dans notre série des femmes ont donné naissance à des enfants de poids variant entre 2kg650 et 4kg350(par voie basse),certaines avaient des hémorroïdes d'autres non. On a par exemple la femme qui a donné naissance à l'enfant de 4kg350,elle n'était ni Obèse ,ne présentait aucune tare et on n'a pas retrouvé des hémorroïdes chez elle. Sur les 16 femmes chez qui on a retrouvé des hémorroïdes 8 avaient des enfants de plus de 3kg500,une avait un enfant de 2kg650 et les autres avaient des enfants avec des poids variant entre 2kg800 et 3kg500.

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

tudes toxiques.

Le tableau ci-dessous résume les facteurs de risque de notre étude.

Facteurs de risque	ATCDs d'hémorroïdes	Accouchements traumatiques	Constipation chronique	Enfant>3kg500
n	1	16	30	8
h	1 Stade 2	11/16(68,75%) Stade 1	5/30 (16,67%) Stade 1	8 Stade 1

Tableau A :Facteurs de risque

n=nombre de parturientes/100

h=nombre d'hémorroïdes trouvées

C. La symptomatologie clinique

Dans notre série :

-28 femmes ont présenté des douleurs anales après l'accouchement. La douleur était modérée, souvent mal décrite par les femmes(avant ou après l'accouchement) ;c'est l'examen qui a tranché pour des douleurs en faveur des hémorroïdes car certaines douleurs étaient dues à des selles dures pendant la grossesse ou à une fissure anale associé après l'accouchement.

-26 femmes se plaignait de rectorragies minimales, striant les selles(à l'interrogatoire) ;

-un prurit anal chez plusieurs femmes, souvent associé à une douleur anale.

-des marisques hémorroïdaires à l'examen clinique chez 21 femmes.

Le tableau ci-dessous résume les signes cliniques observés pendant notre étude.

Clinique	Douleurs anales	Rectorragies	Prolapsus
n	28	26	0
h	5	17	0

Tableau B :signes cliniques

n=nombre de parturientes/100

h=parturientes chez qui l'examen a retrouvé des hémorroïdes.

En somme, sur les 100 femmes examinées dans notre étude l'examen clinique a trouvé des hémorroïdes chez 19 d'entre elles ;18 femmes avait des hémorroïdes stade 1 et 1 seule avait un stade 2.L'élément majeur à l'origine de ces hémorroïdes sont les accouchements avec extraction instrumentale(ventouses) car sur les 16 femmes qui ont bénéficié d'une extraction instrumentale,11 avaient des hémorroïdes.Il est vrai aussi que chez ces femmes on trouvait l'association constipation chronique pendant la grossesse, douleur anale et rectorragie.

V. DISCUSSION

A. Epidémiologie

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

la pathologie proctologique constitue un motif fréquent de consultation et survient à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune. Plusieurs études ont été réalisées dans le cadre de la pathologie proctologique en général mais notre étude sera uniquement centrée sur l'atteinte hémorroïdaire tout en rappelant que les autres pathologies proctologiques ne sont pas rares.

Dans notre série prospective, sur 100 femmes examinées dans le post-partum immédiat 19 (19%) sont porteuses d'hémorroïdes ; ces hémorroïdes surviennent quelques heures après l'accouchement par voie basse. Nous allons comparer l'incidence de cette pathologie dans notre contexte avec les résultats obtenus dans d'autres études moyennant une revue de la littérature.

Dans ces études 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[18] avec un taux de 35.7%, suivi par les fistules (26.4%) et au 3ème rang les hémorroïdes (23.2%), contrairement aux études Ibn Rochd et du service de chirurgie C Avicenne 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 du 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.

Dans les séries Lemarchand et Denis, la pathologie hémorroïdaire a occupé la 1ère 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 [19].

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 3ème trimestre dans certaines populations [20]. La pathologie hémorroïdaire peu importe les stades est considérée comme l'une des principales causes de douleurs anales durant la grossesse et le post-partum immédiat[21]. Elle est donc responsable d'un inconfort majeur.

, 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)[21].

Plusieurs patientes sont perdues de vue après l'accouchement en l'absence de complications postpartum d'où la difficulté d'apprécier la survenue de fissures anales qui apparaissent plusieurs semaines après ;alors que les hémorroïdes peuvent apparaître dans les 24heures suivant l'accouchement,d'où la nécessité de notre étude réalisant ainsi un examen systématique dans le postpartum immédiat.

Le tableau ci-dessous montre l'incidence des hémorroïdes en fonction des différentes études réalisées.

	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

Tableau 1: Répartition des urgences proctologiques dans la littérature[19].

Le diagramme ci-dessous met en relief la fréquence d'apparition des hémorroïdes après l'accouchement dans l'espace temps.

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

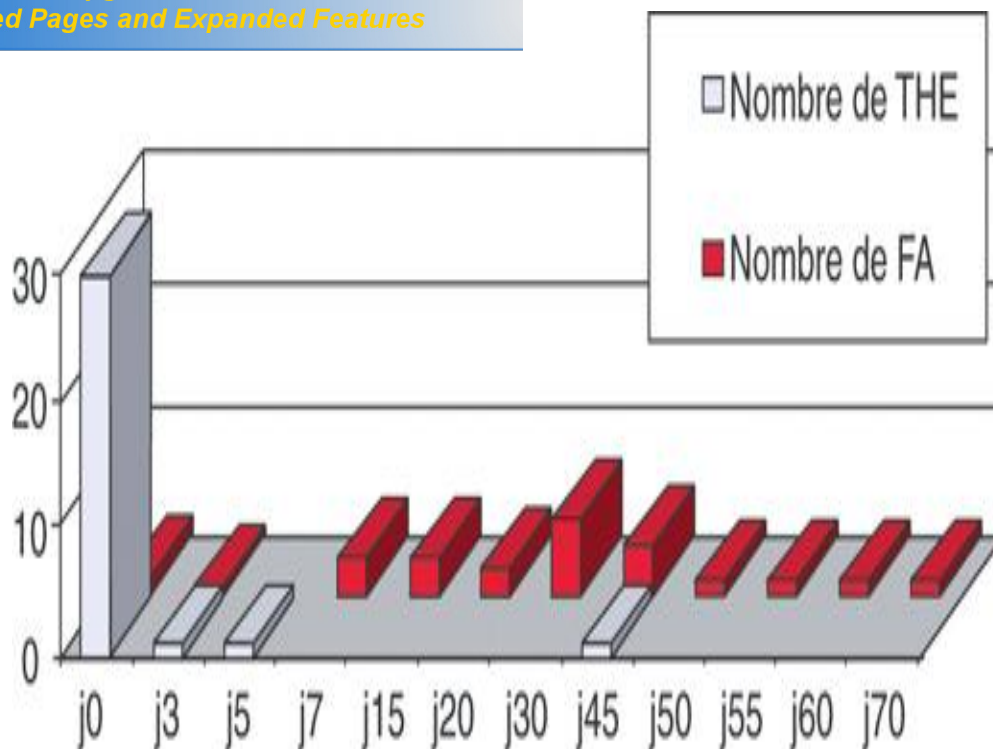


Fig. 4 : Jours d'apparition des thromboses hémorroïdaires externes (THE) et des fissures anales (FA) après l'accouchement [21].

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

La parturiente, l'étude de la littérature sur ce sujet n'est pas fastidieuse. 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 [22].

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

Quant aux thromboses hémorroïdaires externes, la littérature sur ce sujet n'est guère plus étoffée (tableau 3). L'étude de Simmons^[23] est peu fiable car ancienne, rétrospective, et faite à partir de questionnaires remis aux 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 d'autres anomalies, notamment une FA^[24]. Il y a donc probablement une part importante de fissures parmi les 38 % rapportés par cet auteur qui répondaient positivement à la question : « Avez-vous eu des hémorroïdes au cours de votre grossesse ? »^[23]. Cette étude a tout de même le mérite de chiffrer l'importance des symptômes proctologiques canalaires de la parturiente. De même, Mac Arthur et al.^[25] ont réalisé une étude sur questionnaire postal et n'ont noté que 5,3 % de pathologie hémorroïdaire, probablement parce qu'ils ne recueillaient que les symptômes survenant plus de 6 semaines après l'accouchement.

Les deux études françaises qui étaient disponibles jusqu'à présent^{[3] [26]} (tableau 3) avaient l'avantage d'être prospectives avec un examen proctologique systématique en évaluant le taux de THE. Il était plus faible pour Rouillon et al. (12,2 %) ^[26], probablement en raison d'un examen proctologique effectué quelques heures après l'accouchement, alors que Pradel et al.^[3] (34 % de THE) avaient fait l'examen entre le 1^{er} et le 5^e jour du post-partum, laissant peut-être plus de temps à la thrombose pour

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

et al. [3] avaient un nombre important de perdues de vue (35 %), ce qui peut en partie expliquer le taux important de THE pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat. Nous pensons que la réelle incidence se trouve entre ces deux extrêmes. A l'hôpital Bichat-Claude Bernard sur les 165 femmes examinées prospectivement, 13 (7,9 %) étaient atteintes d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 33 (20 %) dans le post-partum [6]. Dans trente cas (91 %), les THE étaient apparues dans les heures suivant l'accouchement (figure 4).

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.

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 [27](Mars 2003)

n : Nombre de parturientes malades/ nombre de parturientes étudiées

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

hémorroïdaire du post-partum reste toutefois souvent difficile à apprécier du fait du nombre de femmes perdues de vue et qui ont eu des hémorragies les jours suivant leur accouchement sans être revenu en consultation. Notre étude s'est basée sur les femmes examinées quelques heures après l'accouchement, ou restées hospitaliser 24h après l'accouchement pour donner une incidence dans notre contexte. Nos chiffres (19% avec 19/100) ne sont pas loin des études réalisées à ce sujet(34%selon Pradel avec 18/52,et 20% selon Abramowitz avec 33/165).(tableaux 4).

AUTEURS	Pourcentage des hémorroïdes dans le postpartum immédiat(n)
Simmons(1991)	38% (26/68)
Pradel(1983)	34% (18/52)
Rouillon(1991)	12,2% (20/164)
Abramowitz(2002)	20% (33/165)
Notre Série (2010)	19% (19/100)

Tableau 4 :Tableau comparatif des études réalisées et notre série.

n=nombre de parturientes malades/nombre de parturientes étudiés

Il aurait été souhaitable dans notre étude d'examiner les femmes entre le 1^{er} et le 5^e jour du postpartum comme l'a fait Pradel et al. pour peut être laisser le temps à la thrombose hémorroïdaire d'apparaître, mais les femmes au service de gynécologie ayant accouché par voie basse avec des

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

lendemain ; cela peut donc constituer une limite quoique négligeable car Mac Arthur parle de 5,3% dans le postpartum tardif.

Ainsi l'interprétation des études actuellement disponibles doit être prudente du fait de leur nature rétrospective ou du faible effectif. Mac Arthur et al. ^[25] considéraient que les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion prolongée et un gros bébé, augmentaient le risque de complications hémorroïdaires. La césarienne semblait protéger de cette pathologie. Ces notions ont été confirmées par Rouillon et al. ^[26] pour qui le temps de travail et un gros bébé étaient des facteurs de risque, ainsi que les antécédents personnels et familiaux de pathologie hémorroïdaire.

Dans notre série, certains éléments reflétant la nature traumatique de l'accouchement (un gros bébé, une déchirure des petites lèvres maternelles, forceps) étaient plus souvent associés à des hémorroïdes. Les femmes césarisées n'ont pas été prises en compte ; il y en avait 19 parmi les 100 (19 %) ayant accouché par voie vaginale qui ont présenté des hémorroïdes dont 16 parmi les 19 avaient bénéficiées d'une extraction instrumentale. Enfin, la fréquence élevée des hémorroïdes immédiatement après l'accouchement par voie basse, avec une nette différence entre le pourcentage de thrombose avant et après l'accouchement (7,8 vs 20 %) ($P < 0,0001$), soulignait le rôle de l'accouchement lui-même (tableau 3).

Une autre notion rapportée dans certaines mises au point ^{[28] [29] [30] [31] [32]} est le rôle prépondérant de la constipation dans la survenue des hémorroïdes chez la parturiente (comme dans la population générale). Dans notre série, nous avons eu 30 femmes qui se plaignaient constipation. En effet, parmi les 19 accouchées souffrant d'hémorroïdes, 5 (26,32 %) avaient une constipation avant cette complication. Cette constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus ralentit le transit et les modifications hormonales qui diminuent les contractions intestinales.

Il en ressort que les hémorroïdes du post-partum sont favorisées par les accouchements traumatiques et la constipation terminale.

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

hémorroïdes retrouvées étaient dues à l'intrication de plusieurs facteurs de risque car comme le montre les tableaux A et B, on a eu 16 accouchements traumatiques avec 11 femmes porteuses d'hémorroïdes dans lesquels 8 bébés avaient plus de 3kg500 et 5 femmes parmi les 16 avaient une constipation chronique. A ces facteurs de risque sont aussi intriqués les signes cliniques car sur les 28 femmes qui se plaignaient de douleurs anales, 5 avaient des hémorroïdes stade 1 (tableau B), et sur les 26 femmes qui se plaignaient de rectorragies minimales 17 avaient des hémorroïdes stades 1 ; Au total, sur les 19 femmes porteuses d'hémorroïdes dans les 1ères 24heures du postpartum, 17 présentaient des rectorragies incluant les 11 femmes ayant bénéficiées d'un accouchement instrumental, les 5 femmes qui se plaignaient de constipation chronique et les 3 femmes se plaignant de douleurs anales. 2 femmes se plaignant de douleurs anales modérées (isolées) avaient des hémorroïdes stade 1.

B. Physiopathologie et facteur de risque

L'étude de la structure du tissu hémorroïdaire permet de conclure en trois points [9] :

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 [34].

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 [9].

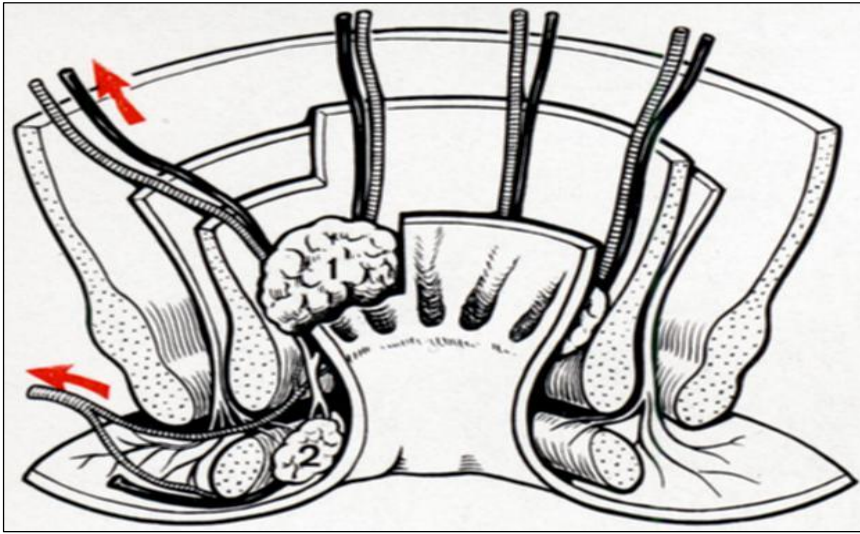


Fig. 7: Vascularisation veineuse de l'anus [33].

- 1. Plexus hémorroïdaire interne.**
- 2. Plexus hémorroïdaire externe.**

C'est l'apparition de manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie »[9].

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 [9].

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 [9].

et 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 [35].

-Troubles du transit comme facteur aggravant en particulier la constipation fréquente pendant la grossesse et le post-partum.

-Hérédité : il semble exister un caractère familial de la maladie hémorroïdaire avec un déterminisme génétique se transmettant selon un mode polygénique à seuil [9]. En effet, le risque est d'autant plus élevé en fréquence et en gravité que le nombre de géniteurs atteints est plus grand. Ce risque augmente avec le degré de gravité du ou des parents de premier degré atteints. Cependant, le rôle respectif des gènes et des facteurs environnementaux, en particulier diététiques et culturels, est discuté. [36]

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 [19].

Les données actuelles publiées sur les événements déclenchant ou influençant la crise hémorroïdaire ont un faible niveau de preuve scientifique [37]. C'est qu'Abramowitz a confirmé à travers l'étude

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

consistait à une comparaison des ATCDs 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= défécation difficile indépendamment de sa cause. (qu'il faudrait savoir diagnostiquer et traiter avant tout geste chirurgical)

+Diarrhée

-Facteurs discutables (ou discutés) :

+Alcool, épices, café, tabac

+ Hormonaux (les œstrogènes)

+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 œstrogènes 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-



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

**ment suspenseur de parks du fait de l'imprégnation
hormonale...) et l'accouchement (contrainte sur la musculature sphinctérienne) [38].**

C. Clinique

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de poser le diagnostic.

ment le point de départ de la pathologie hémorroïdaire chez la femme(48% des cas)[9];la grossesse et le post-partum sont souvent associés à des manifestations hémorroïdaires dominées par les thromboses. Dans la revue de la littérature, la fréquence des thromboses est diversement appréciée de 7,9 à 24% pendant la grossesse et de 12,2 à 34% pendant le post-partum. Notre échantillon sur 100 cas avoisine les 19% dans le post-partum.

Aussi, ces manifestations sont favorisées par les troubles dyschésiques,les accouchements traumatiques avec forceps, une durée d'expulsion allongée et un gros bébé.

Les signes cliniques n'ont rien de spécifique par rapport à une femme normale, seule la conduite à tenir change. C'est ainsi qu'on distingue trois sortes de troubles principaux : douleurs, rectorragies et prolapsus.

1. Les douleurs hémorroïdaires

Elles témoignent soit d'une crise fluxionnaire soit d'une thrombose.

a) Crise fluxionnaire

Elle est souvent consécutive à un excès de table ou à des troubles intestinaux. Elle se traduit par une sensation de pesanteur, de tension douloureuse, de brûlures, de prurit souvent accrue par la défécation. L'examen externe note parfois une réaction œdémateuse marginale. L'anuscopie montre des hémorroïdes plus ou moins développées et congestives. Cette crise fluxionnaire se résout spontanément en quelques jours, brusquement après une petite hémorragie, ou bien progressivement. Ces crises sont tantôt épisodiques, tantôt plus fréquentes, voire subintrantes.

es hémorroïdaires

Elles peuvent être considérées également comme des complications[39] . Elles se caractérisent par la formation, au niveau des hémorroïdes, d'un ou plusieurs caillots sanguins (hématome par rupture vasculaire ou thrombose vrai intra vasculaire) [40].

Il s'y associe souvent un œdème plus ou moins important. Il s'agit toujours d'un incident local, qui ne comporte aucun risque embolique et dont l'évolution est toujours bénigne. Il existe deux variétés de thromboses :

c) Thromboses hémorroïdaires externes

Elles sont les plus fréquentes, souvent déclenchées par un effort de défécation ou un effort physique ou survenant, pendant la grossesse et le post-partum. Les oestroprogestatifs sont moins fréquemment accusés depuis les mini dosages [41,42].

La malade ressent une douleur vive de l'anus et perçoit rapidement l'apparition d'une induration douloureuse. L'examen constate cette thrombose plus souvent latérale que polaire : tuméfaction bleuâtre, dure, tendue au palper, parfois entourée d'une zone d'œdème, molle, translucide (*fig. 1*) . Sa taille est variable d'une lentille à une grosse cerise ou une noix. La thrombose peut être unique ou multiple (*fig. 2*) . Dans la thrombose œdémateuse, les caillots ne sont parfois plus visibles, mais noyés dans un œdème qui tuméfie une partie de la circonférence anale (*fig. 3*) .

L'évolution se fait soit vers la résorption en une ou plusieurs semaines, la douleur disparaissant en 3 à 5 jours, soit vers l'ulcération (*fig. 4*) , source de suintements sanglants tant que le caillot n'est pas complètement évacué, soit vers la fibrose qui laisse un relief, la marisque .

d) Thromboses hémorroïdaires internes

Elles réalisent deux aspects. La thrombose interne non extériorisée se manifeste par une douleur vive intracanalair. Le toucher rectal la retrouve au niveau d'un relief arrondi, unique plutôt que multiple, induré, douloureux, bleuâtre dans l'anuscopie. La thrombose hémorroïdaire interne prolapsée et irréductible est improprement appelée « étranglement

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

n général sur des hémorroïdes anciennes et prolabées. Elle apparaît souvent après un effort de défécation. Le malade ressent une douleur très vive en même temps qu'apparaît un prolapsus tendu, douloureux, impossible à réduire. La douleur irradie à l'ensemble du périnée et dans le pelvis, avec parfois rétention d'urines. Elle s'exagère à chaque selle et rend impossible la marche ou la station assise, imposant le décubitus. La masse hémorroïdaire thrombosée paraît à l'examen formée de deux portions : une externe cutanée, rose œdémateuse, une profonde muqueuse, noirâtre violacée, nécrotique par endroit, suintante. La thrombose peut être localisée à un quadrant, à une demi-circonférence (*fig. 5*), parfois généralisée circulaire (*fig. 6*). L'évolution spontanée peut se faire vers le sphacèle et l'élimination hémorragique des caillots ou vers la résolution progressive [43]. La douleur s'atténue en 8 à 10 jours, la tuméfaction diminue d'abord rapidement par résorption de l'œdème puis beaucoup plus lentement en 3 ou 4 semaines. Des séquelles sont possibles, soit cutanées (les marisques), soit internes avec transformation fibreuse donnant le pseudo polype hémorroïdaire, ou fibrome.

2. Rectorragies hémorroïdaires

Le saignement ne provient pas du tissu hémorroïdaire mais du réseau capillaire sous-épithélial de la muqueuse anale. Ceci explique l'origine haute, sus-valvulaire, l'aspect rouge rutilant, l'absence de relation entre l'importance des rectorragies et celle des hémorroïdes. Les rectorragies sont rarement spontanées. Elles sont habituellement contemporaines de la défécation et terminales, en jet éclaboussant la cuvette ou s'écoulant en goutte-à-goutte et recouvrant la selle, ou plus discrètes maculant le papier. L'examen local montre des hémorroïdes internes à un degré variable de développement, avec parfois un saignement à leur niveau. Le saignement s'arrête toujours spontanément. Il n'existe pas d'hémorragie hémorroïdaire grave. Les hémorragies peuvent se produire à chaque selle pendant un certain temps ou être beaucoup plus capricieuses. Elles surviennent souvent après une période de constipation ou à la suite d'écarts alimentaires (alcool, épices). Elles sont exceptionnellement responsables d'une anémie hypochrome plus par leur répétition que par leur abondance.

3. Prolapsus hémorroïdaire

Il correspond à l'extériorisation des hémorroïdes internes, leur invagination à travers l'anneau sphinctérien. Il se traduit par un suintement, des saignements et une gêne douloureuse. L'examen montre une tuméfaction anale avec une zone interne rouge, parfois recouverte de placards blanchâtres irréguliers, aux contours géographiques traduisant une épithémisation commençante. Si l'examen n'objective pas le prolapsus, il faut le provoquer (épreuve d'effort en position accroupie ou faire pousser à travers l'anuscope). 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 (*fig. 7*) ;

-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, source d'un suintement sérosanglant et d'un prurit (troisième degré) (*fig. 8, 9*) .

4. Autres manifestations

Douleurs, hémorragies, prolapsus sont les trois symptômes principaux des hémorroïdes. Les autres manifestations sont plus contingentes. Le prurit aigu fait partie de la symptomatologie de la poussée hémorroïdaire fluxionnaire ou avec thrombose. En revanche, le prurit chronique n'appartient pas en général à la pathologie hémorroïdaire ou très indirectement : prurit lié à une dermite, soit entretenu par un suintement en rapport avec un prolapsus, soit associé à des marisques et souvent favorisé par l'application locale inadéquate de pommades anti hémorroïdaires. Lourdeur, pesanteur anorectale, sont parfois décrites au cours d'une crise hémorroïdaire fluxionnaire. Lorsque ces signes sont permanents, ils ont, en général, une autre signification (névralgie anorectale, troubles de la statique pelvienne).

L'iconographie(voire annexe)est tirée de la collection des docteurs J.LEMMOZY et P.SUDUKA(Toulouse); dans notre série nous n'avons pas rencontré ce genre de manifestations hémorroïdaires (sauf un stade 2) vu le nombre de facteurs de risque limités avec l'exclusion de l'alcool ou du tabac dans notre contexte car il est quasiment difficile d'avoir la notion de grossesse alcool ou de grossesse tabac vu le contexte socioculturel et éducatif des femmes composants notre série. Probablement c'est la potentialisation de ces facteurs de risque associés qui peuvent être à l'origine de ces manifestations chez la femme enceinte et dans le postpartum. Aussi, dans notre série, aucune femme n'était obèse.

VI. CAS PARTICULIERS

A. Formations fibreuses

1. Marisques

Ce sont des formations flasques provoquées par le plissement de la zone cutanée lisse, reliquats de poussées de thrombose hémorroïdaire anciennes [42] .

. Elles prolongent parfois sur la peau de la marge anale une proci-dence localisée (hémorroïde de « 5 heures »). Leur rôle pathologique est réduit. Rarement, elles sont réinvesties par un processus thrombotique. Elles peuvent se gonfler et devenir gênantes, surtout chez les femmes au moment des règles. Elles sont source de difficultés pour l'hygiène locale, favorisant la macération, et sont susceptibles de ce fait d'entretenir un prurit. Une marisque polaire postérieure coiffe habituellement une fissure, qu'un déplissement de l'an-us va révéler. Les marisques, replis flasques et secs, doivent être distinguées des hémorroïdes marginales, de siège sous-pectiné (correspondant donc par définition aux hémorroïdes externes) appelées encore hémorroïdes ectopiques[42].

Ces dernières se voient en dépliant légèrement l'an-us. Elles sont en général associées à des hémorroïdes internes hypertrophiques et participent à leurs poussées congestives. Elles ne sont pas réductibles dans le canal anal.

rturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

e qu'elles sont formées de logettes gorgées de sang identiques à celles des hémorroïdes internes. Elles siègent directement sur la zone cutanée lisse, donc très sensible, contre-indiquant toute thérapeutique instrumentale ambulatoire.

2. Fibromes hémorroïdaires

Le fibrome hémorroïdaire désigne les papilles hypertrophiques ou les masses fibreuses hémorroïdaires internes séquellaires d'une poussée de thrombose interne. Il revêt plusieurs aspects[42]: l'hypertrophie simple réalise une languette triangulaire blanchâtre ; l'aspect œdémateux donne une saillie triangulaire, ferme mais non dure, à base muqueuse élargie. Son volume est excessivement variable, d'une tête d'épingle à une olive, véritable tumeur fibreuse. Ces formations peuvent rester asymptomatiques. Exceptionnellement, une grosse papille risque de se thromboser, donnant un tableau très douloureux avec nécrose locale. Plus fréquemment, une papille très hypertrophiée se prolabe à chaque défécation, devenant mécaniquement gênante, et provoque parfois une fissuration à sa base.

3. Association hémorroïdes-fissure anale

Elle est fréquente[44], 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. L'interrogatoire peut alors déceler un syndrome hémorroïdaire associé (thrombose ou rectorragies) plus ancien. L'examen doit surtout rechercher systématiquement, par le déplissement minutieux de la marge anale, une fissure au niveau des commissures, surtout la postérieure, cachée par les reliefs hémorroïdaires. Souvent, chez la femme, une fissure anale postérieure s'associe simplement à une hémorroïde antérieure droite (hémorroïde de « 5 heures »). Ainsi est réalisée une pathologie anale bipolaire.

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

le cette étude clinique que la pathologie hémorroïdaire reste une pathologie assez gênante pour la femme dans le post-partum. Il aurait été souhaitable de suivre les femmes dans le postpartum pour avoir un meilleur pourcentage de cette affection mais vu le nombre de femmes perdues de vue ou celles qui ne se rappellent plus des symptômes dans le postpartum des grossesses précédentes, l'incidence reste relativement difficile à apprécier. Dans notre série à l'interrogatoire, certaines femmes disent ne plus se rappeler de la symptomatologie après l'accouchement ou encore restent vagues quant à la présence ou non de constipation ou de dyschésie dans le postpartum car pour elles, le plus important était le bon déroulement du postpartum et tant que le symptôme n'était pas très gênant pour justifier une consultation, elles ne se manifestaient pas.

Aussi, il aurait été souhaitable de les voir dans le postpartum (quelques semaines après l'accouchement) pour suivre l'évolution des marisques car ces dernières peuvent se gonfler et être symptomatiques car le plus souvent la crise fluxionnaire est contemporaine à la période prémenstruelle, donc à l'approche du retour de couche il aurait été important de savoir si elles restaient d'évolution silencieuse(voire disparaître) ou devenaient gênantes.

B. Diagnostic positif

Il repose sur l'interrogatoire et l'examen proctologique. L'interrogatoire d'une malade consultant pour « hémorroïdes » doit être orienté et, en premier lieu, doit questionner sur l'existence ou non des trois symptômes principaux : rectorragies, douleurs, procidence. Il précise ensuite les autres symptômes proctologiques et digestifs (troubles du transit en particulier) ainsi que les antécédents personnels et familiaux. L'examen proctologique est méthodique.

L'inspection de la marge anale, faite avec un bon éclairage, est réalisée en la déplissant soigneusement. L'état de la peau est apprécié (dermite éventuelle). Des anomalies marginales sont recherchées : marisques,

thrombotique dans les 1ères 24heures du postpartum

thrombose, prolapsus permanent ou à l'effort. L'étude des commissures vise à dépister une fissure associée.

Le toucher anal puis rectal, doux et progressif, avec un doigtier bien lubrifié, apprécie la tonicité sphinctérienne, recherche une douleur localisée, une papille hypertrophiée ou enfin une lésion associée (tumeur bénigne ou maligne bas située). Un toucher négatif n'exclut pas le diagnostic d'hémorroïdes internes, qui, même très développées mais non compliquées, s'effacent sous la pression du doigt.

C'est l'anuscopie qui apprécie le mieux l'état des hémorroïdes internes et permet avec Soullard [42] de distinguer : l'anite rouge avec conservation d'une lumière anale large sans turgescence veineuse obturante et une muqueuse canalaire épaisse, sillonnée de capillaires rouge rubis, et l'anite bleue avec masse bleutée obturant la lumière du canal anal. Cette masse est soit continue circulaire, soit dissociée en paquets individualisables. Dans certains cas, anite rouge et anite bleue sont associées : turgescence veineuse et lacis de capillaires rouges.

Le retrait de l'anuscopie, en demandant au malade de pousser par à-coups successifs, permet de préciser l'éventuel prolapsus isolé ou circulaire. L'anuscopie recherche également d'autres lésions intracanalaires : thrombose interne, cryptite, papillite, et surtout une lésion associée du bas rectum, tumorale bénigne ou maligne, inflammatoire ou infectieuse.

Cette recherche est complétée par la rectoscopie systématique. Dans certains cas, le bilan impose une coloscopie totale (ou un lavement baryté).

Cet interrogatoire et ce bilan local permettent de proposer une classification, en sachant que, dans la littérature, il n'y a pas de consensus sur les différents stades de la pathologie hémorroïdaire :

Stade 1 : hémorroïdes non procidentes ; ce sont souvent les hémorroïdes essentiellement hémorragiques ; comme le propose Soullard[42] ;

Stade 2 : procidence des hémorroïdes à l'effort spontanément réductible (premier degré du prolapsus) ;

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

oïdes à l'effort et réduction manuelle

nécessaire (deuxième degré du prolapsus) ;

Stade 4 : procidence permanente (troisième degré du prolapsus).

C. Diagnostic différentiel

Il doit éliminer les affections donnant les mêmes symptômes que les hémorroïdes ou des aspects lésionnels comparables. Le problème réside dans l'absence de spécificité de la symptomatologie hémorroïdaire et chacune des manifestations cliniques qui amènent à consulter peut être le signe d'une autre affection ano-recto-colique. Le diagnostic d'hémorroïdes ne doit être qu'un diagnostic d'exclusion.

1. Rectorragies

Elles illustrent parfaitement ces données. Il y a des facteurs de probabilité de l'origine hémorroïdaire d'une rectorragie : rectorragies jaillissantes, rectorragies spontanées salissant le linge (en général liées à un prolapsus hémorroïdaire ou à une thrombose externe ulcérée), absence de sang dans le rectum après une selle hémorragique. Ce type de rectorragie constaté chez un sujet de moins de 40 ans, sans facteur de risque de tumeur colique et présentant des hémorroïdes évidentes peut dispenser d'un examen colique complet, au moins dans un premier temps. Dans les autres cas, et au moindre doute, une coloscopie totale est indiquée. En effet, l'histoire clinique ne permet pas au clinicien de déterminer l'origine du saignement et le risque de présence d'une autre lésion susceptible de saigner sur l'ensemble du cadre colique est loin d'être négligeable, même chez les patients de moins de 40 ans[45,46].

De plus, une étude a bien montré que l'émission de sang rouge vif ne permettait pas d'éliminer une origine colique proximale du saignement, conseillant la réalisation d'une coloscopie totale plutôt que d'une sigmoïdoscopie[47].

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 en particulier, des brûlures d'une anite érosive. Il faut en revanche se méfier des douleurs liées à une névralgie anorectale chez un malade par ailleurs hémorroïdaire. Tout acte instrumental ou chirurgical risque alors d'aggraver la névralgie.

3. Prolapsus hémorroïdaire

Le diagnostic de prolapsus hémorroïdaire est facile. Il faut souligner la valeur de l'épreuve d'effort en position accroupie. Deux diagnostics doivent être éliminés :

Le prolapsus du rectum : protrusion à la marge anale d'une masse cylindrique rouge, souvent volumineuse, plissée concentriquement à la lumière viscérale ; un prolapsus muqueux rectal, en revanche, accompagne souvent un prolapsus hémorroïdaire ;

L'extériorisation d'une tumeur rectale bas située, plus ou moins pédiculée (polype, tumeur villeuse ou même cancer).

L'examen local lève rapidement le doute.

4. Cas particuliers

Certains aspects lésionnels peuvent entraîner des erreurs. Une thrombose nécrotique doit être différenciée d'un mélanome. Les marisques remaniées indurées sont à distinguer d'un cancer. Une papille hypertrophiée est différente d'un cancer canalaire ou d'un polype du bas rectum. Au moindre doute, une biopsie s'impose. Les végétations acuminées peuvent être confondues avec des marisques ou des papilles hypertrophiques. L'angiome de l'anus, très rare, est à distinguer des hémorroïdes[48].

1. Evolution

Sur le plan anatomique : l'évolution habituelle se fait vers la persistance ou le plus souvent le développement des lésions hémorroïdaires.

Exceptionnellement, un étranglement est suivi d'une rétrocession des lésions hémorroïdaires par fibrose.

Sur le plan fonctionnel : l'évolution est très variable, sans rapport avec la taille des hémorroïdes, avec soit latence absolue et prolongée, soit manifestations rares et anodines, soit enfin troubles fréquents, désagréables et invalidants.

2. Pronostic

Il est fonction de la nature des troubles. Les rectorragies finissent par avoir un retentissement psychologique. Elles entraînent parfois une anémie. Dans une étude de la Mayo Clinic, l'incidence des saignements hémorroïdaires causant une anémie a été évaluée à 0,5 patient pour 100 000 par an[49].

Tous les patients ont corrigé leur anémie en 6 mois après hémorroïdectomie. Les thromboses sont de répétition imprévisible et laissent en général des formations fibreuses séquellaires. La procidence est d'aggravation inéluctable. Mais il n'y a aucun risque de transformation maligne d'une pathologie hémorroïdaire.

Dans notre étude, les femmes qui ont présenté des rectorragies avaient déjà une supplémentation en fer, dans le cadre de leur traitement post-partum.

VII. TRAITEMENTS

Concernant le traitement, la conduite à tenir varie peu dans le postpartum ; elle devra juste s'adapter à l'importance et au retentissement des manifestations cliniques hémorroïdaires en préférant dans chaque cas la thérapeutique la plus efficace avec le moins d'effets secondaires. Dans notre série, aucune des femmes examinées n'a été proposée pour un traitement instrumental ou chirurgical vu l'absence de véritable thrombose dans celle-ci. Les hémorroïdes cliniquement muettes ont été respectées et les autres ont bénéficié d'un traitement médical.

Dans ce chapitre nous allons aborder le traitement général des hémorroïdes en exposant de façon succincte les différentes techniques et leur limite.

A. But :

Le but du traitement est de soulager la malade en supprimant les symptômes qui sont en rapport avec la maladie hémorroïdaire en adaptant un traitement en fonction de la clinique.

B. Moyens :

1. Traitement médical

Les signes cliniques n'ont rien de spécifique, mais la prise en charge thérapeutique demande une adaptation aussi bien sur le plan médical que chirurgical.

Les prescriptions médicamenteuses chez ces patientes doivent toujours être prudentes à cause du risque de passage dans le lait maternel.

truriente dans les 1ères 24heures du postpartum

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 œdématisées [50], ce qui est en définitive assez rarement le cas dans le postpartum immédiat parce qu'il existe très souvent une composante très œdémateuse (Figure 1), des thromboses multiples et une participation hémorroïdaire interne associée : le traitement est donc le plus souvent médical.



**Fig 1. Thrombose hémorroïdaire externe circulaire oedématisée.
Thrombosed external hemorrhoids with oedema.**

Il doit toujours comporter un régulateur du transit[50], 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.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires[50], mais leur

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

chez la femme allaitante. Ce traitement est donc en pratique utilisable essentiellement dans le post-partum des femmes non allaitantes. 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 trois à huit jours. En cas de thromboses très œdématisées chez une patiente allaitante, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40mg pendant trois à cinq jours.

Les veinotoniques peuvent être prescrits à tout moment du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée.

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[50] . 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 et la codéine sont contre-indiqués en cas d'allaitement. 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 (figure.2). La connaissance de cette histoire naturelle

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

tiques médicamenteuses (laxatifs et topiques) sur une période plus longue : cependant les corticoïdes ou les anesthésiques ne sont, le plus souvent, plus nécessaires pour cette deuxième phase. En l'absence d'amélioration franche de la douleur en quelques jours, voire d'aggravation, une hémorroïdectomie peut être discutée[50].

L'indication doit être mûrement pesée et partagée avec la patiente parce que le risque de récurrence des complications hémorroïdaires du post-partum est, par définition, rare. Si cette intervention ne peut être évitée durant la grossesse, elle doit être réalisée le plus tard possible (après le sixième mois) et dans un établissement pouvant prendre en charge la patiente sur le plan obstétrical en coordination avec un obstétricien.

Fig 3. Disparition de l'œdème et de la douleur 24 heures après initialisation d'un traitement médicale de thrombose hémorroïdaire externe (disparition de l'œdème et de la douleur). Il ne reste que les marisques flasques.

Thrombosed external hemorrhoids without oedema, only 1 day after medical treatment.



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 du postpartum. Lorsqu'ils sont observés durant le post-partum, ils sont donc en rapport avec une maladie hémorroïdaire chronique existant souvent 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[50] .

2. Traitement instrumental

Il comprend différentes méthodes effectuées à titre ambulatoire, au travers de l'anuscopie.

a) Mécanisme d'action

Les traitements instrumentaux n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne. Ils agissent par deux mécanismes :

- Soit en provoquant une fibrose cicatricielle qui entraîne une fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et une obturation du réseau vasculaire sous-muqueux issu du pédicule hémorroïdaire supérieur; l'agent appliqué au sommet du plexus hémorroïdaire interne peut être d'origine chimique (injections sclérosantes) ou thermique (photocoagulation infrarouge, cryothérapie, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire) ;**
- Soit en réduisant le volume hémorroïdaire par un agent traumatique (ligature élastique) qui provoque l'élimination par strangulation et nécrose ischémique du paquet hémorroïdaire interne.**

b) Différentes techniques

+Injection sclérosante :le produit utilisé en France est le chlorydrate double de quinine et d'urée (Kinurée H[®]).

Des incidents sont possibles[51,52] :

-Immédiats, ils sont parfaitement anodins. Une réaction douloureuse et une boursouffure muqueuse sont liées à une mauvaise position de l'aiguille. Le

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

nt au retrait de l'aiguille cède facilement à une compression locale au tampon.

-Précoces, il s'agit de douleurs, rapportées dans 9 à 70 % des cas, survenant dans l'heure suivant l'injection, vives avec ténésme et faux besoins et parfois malaise général et lipothymies. Des rectorragies minimales sont observées dans moins de 10 % des cas.

-Enfin, les incidents retardés sont parfois observés : une escarre se traduisant par des douleurs vives et durables avec rectorragies, des troubles urinaires(hématurie) dus à une injection antérieure trop profonde. Plusieurs cas de complications infectieuses graves ont été rapportés, à type d'abcès rétropéritonéaux ou de cellulite périnéale. Le développement d'une sténose après réaction inflammatoire intense a été décrit.

+Photocoagulation à l'infrarouge :

C'est une technique récente basée sur la transformation en chaleur des rayons infrarouges. La tolérance est bonne. Aucune complication ou séquelle significative n'ont été publiées [52].

Quelques effets secondaires, gêne transitoire (20 à 35 % des cas), réaction douloureuse modérée (4 à 8 % des cas), hémorragies minimales (5 à 25 % des cas) et rares suintements sont possibles.

+Ligature élastique :

Le concept de la ligature élastique nous vient de Blaisdell. Il a été amélioré en 1962 par Barron et introduit en France par Soullard[53] .

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

e hémorroïdaire par application au pied d'un paquet hémorroïdaire interne d'un anneau élastique. Elle est peu douloureuse car la muqueuse de la partie haute du canal anal, au-dessus de la ligne pectinée, où doit s'appliquer la ligature, est insensible. Son application au-dessous de la ligne pectinée, en zone cutanée sensible, serait en revanche intolérable. La fréquence des réactions douloureuses survenant pendant 12 à 48 heures est donc très variable selon les séries, de 5 à 75%[53,54]

Des accidents hémorragiques par chute d'escarre sont possibles, parfois graves, vers les huitième-dixième jours (de l'ordre de 1 %). Des réactions inflammatoires et des thromboses d'hémorroïdes externes peuvent survenir dans 2 à 3 % des cas[55,56] . Exceptionnellement, ont été décrites des complications septiques graves et des gangrènes gazeuses [55,56,57] .

+Cryothérapie :

Elle a pour but d'obtenir la nécrose par le froid du tissu hémorroïdaire.

Les effets secondaires sont fréquents, à type de réactions douloureuses, de rectorragies et de suintements.

c) Résultats

À court terme, il n'existe pas de différence significative entre les résultats des différents traitements instrumentaux. Chez les patients présentant une pathologie hémorroïdaire de grade 1 à 3, l'efficacité immédiate est comparable avec une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90 % des cas[60]

...turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

...ont plus nuancés. À 1 an, les bénéfices des injections sclérosantes et de la photocoagulation ne sont plus que de 50 %[51].

Après 3 à 5 ans, seulement un quart des patients traités par injections sclérosantes sont asymptomatiques[61].

Après 1 an et surtout 3 ans, l'efficacité de la ligature élastique est significativement supérieure à la photocoagulation et aux scléroses, avec un bénéfice de 75 à 90 %, encore plus net s'il existe un prolapsus et en moins de séances que les autres techniques[52,62,63].

En conclusion, pour les traitements instrumentaux, si l'on tient compte d'une part de l'efficacité et d'autre part des complications possibles, la photocoagulation infrarouge, technique plus simple et plus sécuritaire que les injections sclérosantes, représente la technique de première intention sur les hémorroïdes de grades 1 et 2, surtout hémorragiques, et les grades 3 modérés. La ligature élastique, technique plus efficace, mais non dénuée de complications pourrait être réservée aux échecs de la photocoagulation ou d'emblée sur des hémorroïdes de grade 3.

3. Traitement chirurgical

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

radical de la maladie hémorroïdaire et
serait indiquée chez 10 % des malades [64, 65,66].

a) Modalités

Réalisées le plus souvent lors d'une hospitalisation de 3 à 5 j [67,68,69,70,71], après lavement évacuateur rectal, les interventions ont lieu sous anesthésie générale ou locorégionale, cette dernière ayant pour avantages une morbidité anesthésique moindre et une apparition plus progressive des douleurs [72]. Le malade est installé en position de la taille, jambes fléchies (interventions de Milligan et Morgan et de Parks), ou en décubitus latéral ou ventral (intervention de Ferguson). Une antibiothérapie prophylactique est recommandée en préopératoire [73]. Pour des raisons de coût, une hospitalisation de jour a été proposée avec des résultats et des taux de complications identiques [74, 75, 76].

Il est habituel de confier systématiquement les hémorroïdes réséquées à l'anatomopathologiste pour rechercher des lésions associées [77], mais certains ont suggéré d'orienter la demande selon le contexte clinique et de ne recourir à l'histologie qu'en cas de lésion suspecte ou chez un malade infecté par le VIH [78, 79].

b) Techniques

Il faut distinguer les techniques isolées de réduction du tonus du canal anal (dilatation anale et léiomyotomie latérale, en voie d'abandon), des techniques d'exérèse des hémorroïdes ou hémorroïdectomies, dont il existe plusieurs variantes [11].

+Techniques de réduction du tonus du canal
anal :Dilatation

Proposée en France par Récamier en 1838 [80], puis reprise par Lord en 1968 [81], la dilatation visait à lever la contracture sphinctérienne par

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

es circulaires » du canal anal et du bas rectum.

Les résultats sur les saignements et les douleurs semblaient satisfaisants [82, 83, 84] mais parfois insuffisants, notamment sur la procidence [85]. En outre, la dilatation était moins efficace que l'hémorroïdectomie [10, 85, 86] et responsable de troubles de la continence par ruptures multiples du sphincter interne [86, 87], bien mises en évidence par l'échographie endo-anale [88]. Cette technique très critiquée est donc en cours d'abandon.

+Léiomyotomie

Les léiomyotomies latérales isolées, visant également à réduire le tonus sphinctérien [89, 90, 91, 92], ont été remises en question pour les mêmes raisons que la dilatation.

+Hémorroïdectomie

Il en existe deux types, circulaire et pédiculaire, ce dernier lui-même subdivisé en une technique ouverte (qui a la faveur des proctologues anglais et français) et une technique fermée, surtout répandue en Amérique du Nord. Leur but est de réséquer le tissu hémorroïdaire en totalité et de réduire sa vascularisation par la ligature des trois pédicules artériels, tout en conservant intactes les fonctions d'exonération et de continence anales. Leurs indications sont identiques.

+Hémorroïdectomie circulaire de Whitehead

Proposée par Whitehead, elle consistait à inciser de façon circulaire la muqueuse au niveau de la ligne pectinée, réséquer la totalité du tissu hémorroïdaire et faire une suture recto-anale [93].

+Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan

Cette intervention, décrite en 1937 par Milligan et Morgan [94] et modifiée par Arnous, Parnaud et Denis [95], est l'intervention la plus répandue au Royaume-Uni et en France. La technique de base consiste à mettre en place 3 jeux de pinces sur la marge anale, la ligne pectinée et la muqueuse rectale basse, permettant lors de leur traction douce d'individualiser les 3

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

chaque « paquet » est infiltré à la Xylocaïne® adrénalinée à 1 %, disséqué le long du sphincter interne, ligaturé en zone muqueuse rectale à l'aide d'un fil résorbable puis sectionné. Les plaies cutanéomuqueuses sont laissées ouvertes, laissant des ponts de peau et de muqueuse intercalaires qui assureront la sensibilité anale. Les variantes techniques consistent à associer une léiomyotomie dans une plaie latérale (en cas d'hypertonie anale) ou à faire, avant l'exérèse classique des trois « paquets » hémorroïdaires, une quatrième plaie postéromédiane, une léiomyotomie et une anoplastie par lambeau muqueux rectal (en cas de fissure ou de quatrième « paquet » postérieur) et/ou à libérer et épulcher les ponts cutanéomuqueux.

+Hémorroïdectomie pédiculaire semi-ouverte de Parks

Décrite par Parks en 1956 [96], elle consiste à faire une résection sous-muqueuse des trois « paquets » hémorroïdaires. Après mise en place d'un écarteur de Parks, chaque « paquet » est disséqué séparément, après infiltration à la Xylocaïne® adrénalinée et incision intracanalair en Y inversé remontant jusqu'en muqueuse rectale, et ligaturé. La plaie muqueuse intracanalair est ensuite suturée par des points séparés prenant le sphincter interne alors que la plaie cutanée est laissée ouverte dans un but de drainage.

+Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de Ferguson

Popularisée par Ferguson [97], en 1959, dans le Michigan, c'est l'intervention la plus pratiquée en Amérique du Nord et en Australie. Après mise en place d'un écarteur de Hill-Ferguson ou de Fansler, une incision elliptique circonscrivant chaque « paquet » est réalisée, le tissu hémorroïdaire est attiré par une pince et la dissection menée depuis la partie cutanée jusqu'au pédicule vasculaire, le sphincter interne étant respecté. Les pédicules sont ligaturés par du fil résorbable qui sert également à la confection d'un surjet muqueux, puis cutané, sur les trois plaies d'exérèse, aboutissant à l'aspect final en trois cicatrices linéaires convergeant vers le canal anal.

+Autres techniques

curative dans les 1ères 24heures du postpartum

hémorroïdaire (ou thrombectomie) consiste, après anesthésie locale à la Xylocaïne® adrénalinée, à réséquer le couvercle cutané de la thrombose puis à énucléer le thrombus par pression digitale et curetage. Cette technique permet d'éviter la récurrence et la constitution d'une marisque. Il serait déconseillé de faire ce geste pendant les 3 premiers jours d'évolution en raison du risque de récurrence ou de saignement. De même, une simple incision expose à la récurrence à court terme [98].

+HAL-doppler[99] :Nouvelle technique ;proposée par le Pr KUMASA Morinaga(Saga,Japon) en 2000 est actuellement la plus utilisée dans notre formation et la plus répandue en Europe après le Longo.

Rappelons que les hémorroïdes deviennent pathologiques lorsqu'elles gonflent dans le canal anal jusqu'à parfois s'extérioriser. Elles sont alors étranglées par le sphincter anal, et deviennent inflammatoires d'où des douleurs et des saignements.

Les hémorroïdes sont des coussinets constitués de lacs artérioveineux. Ces coussinets sont irrigués par les artères hémorroïdaires, cible de ce nouveau traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire.

Le signal doppler permet de repérer ces artères ou artérioles pour les ligaturer et obtenir ainsi une diminution de l'arrivée du sang dans les coussinets hémorroïdaires.

Le traitement [101] s'effectue sous une légère anesthésie générale, en ambulatoire (sur une demi-journée d'hospitalisation). Le patient est mis en position gynécologique. On utilise un appareil particulier qui permet à la fois de regarder l'aspect des hémorroïdes dans l'anus et de repérer le signal produit par le flux des artères (doppler) (figure 1):

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

érer l'artère

hémorroïdaire, à son contact elle émet un bruit pulsatile caractéristique.

Par la fenêtre située en regard, on réalise une ligature de cette artère par un fil résorbable (figure 2).

Les artérioles et artères sont ainsi traitées de manière circulaire sur l'ensemble du canal anal. On réalise en moyenne 5 à 6 ligatures.



figure 1



figure 2

Figure 1: Matériel utilisé pour la ligature sous contrôle doppler des artères des hémorroïdes. L'appareil situé au premier plan est introduit dans l'anus : il permet de transmettre le signal doppler à l'appareil situé au second plan mais également de réaliser des ligatures.

Figure 2 : L'extrémité de l'appareil positionné dans l'anus présente un fenêtrage latéral qui autorise la réalisation d'une suture au moyen d'un fil muni d'une aiguille courbe.

c) Indications

Toutes les interventions pratiquées dans la chirurgie hémorroïdaire peuvent faire l'objet de discussions que l'on peut séparer schématiquement en deux catégories: les points de technique et les effets secondaires ou complications.

+Points de techniques

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

chirurgicales, ces interventions se pratiquent sous anesthésie générale, locorégionale, périnéale ou même locale sur un malade placé en décubitus dorsal, cuisses hyper fléchies et convenablement écartées grâce à des étriers spéciaux ou en décubitus latéral droit, genoux pliés et serrés. L'instrument de dissection n'influence ni le résultat, ni la morbidité. L'intervention de Ferguson réalisée au bistouri électrique sans ligature pédiculaire semble entraîner une moindre consommation d'antalgiques. La pratique de l'hémorroïdectomie au laser n'apporte pas d'avantage par rapport aux ciseaux, avec une plus grande réaction inflammatoire et un coût plus élevé ne permettant pas d'en recommander l'utilisation [102].

Toutes les possibilités sont envisageables pour la durée d'hospitalisation, de l'ambulatoire à l'hospitalisation de quelques jours, en fonction d'une sélection des patients, du type de structure d'accueil, des modalités d'anesthésie et du type de geste chirurgical. Si la mise en place d'un système de drainage postopératoire est discuté du fait de ses conséquences douloureuses, les soins sur les plaies et la surveillance postopératoire sont fondamentaux pendant toute la phase de cicatrisation, c'est-à-dire environ 3 à 5 semaines, surtout dans les hémorroïdectomies ouvertes.

+Effets secondaires et complications [103] :

La douleur postopératoire très fréquente et redoutée doit être prise en charge systématiquement selon des protocoles précis adaptés à chaque patient. L'utilisation de laxatifs doux, préconisés rapidement et même en préopératoire, améliore les suites, en particulier la première selle.

Quelle que soit la technique utilisée, l'hémorroïdectomie doit être une intervention réglée pratiquée de manière rigoureuse pour limiter le risque de complications toujours possibles, qui peuvent apparaître de manière précoce ou tardive^[103,104]

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

précoces

Hémorragies dans 2 à 3 % des cas soit immédiates dues à une artériole dans une des plaies opératoires, soit tardives entre le neuvième et le quinzième jour, par chute d'escarre.

Problèmes urinaires à type de rétention dans près de 10 % des cas [105]

Fièvre dans 16,5 % des cas [104] avec parfois une petite infection des plaies sans abcès vrai ; la prévention de ce risque infectieux soulève l'intérêt d'une antibiothérapie aéro- et anaérobie systématique préconisée par certains[104].

-Complications tardives

Elles doivent être connues pour appliquer surtout des mesures préventives (respect de l'appareil sphinctérien, limitation de l'exérèse muqueuse sensible, soins postopératoires...) et limiter leur apparition. Ces complications sont rares mais gênantes et parfois invalidantes : retard de cicatrisation, sténoses, ectropions et incontinence anale.

C. Indications thérapeutiques

Elles dépendent des symptômes dont se plaint le malade, de l'état anatomique des hémorroïdes et enfin du terrain[53 ,106]. Après un diagnostic précis, les hémorroïdes cliniquement muettes doivent être respectées.

1) Hémorroïdes douloureuses

-Crises fluxionnaires

Elles relèvent du traitement médical comprenant les veinotropes par voie orale à haute dose et un traitement local pendant la crise, associé aux mesures hygiéno-diététiques à poursuivre après la crise.

-Thrombose hémorroïdaire externe

curative dans les 1ères 24heures du postpartum

thérapeutique. Un anti-inflammatoire et un antalgique peuvent être associés par voie orale, mais on gardera juste l'antalgique car les anti-inflammatoires sont contre indiqués dans le postpartum. Ce traitement médical est suffisant en cas de thrombose modérée, peu douloureuse ou œdémateuse. Certaines thromboses dans lesquelles la composante œdémateuse est particulièrement importante (après accouchement en particulier) peuvent bénéficier de l'infiltration locale de Hyaluronidase® (250 U) diluée dans 10 ml de Xylocaïne® à 1 % autour de la thrombose(non utilisé dans notre pratique). L'excision sous anesthésie locale est indiquée en cas de thrombose récente, douloureuse, sans œdème. Le traitement chirurgical avec hémorroïdectomie complète est souhaitable en cas de thrombose volumineuse et hyperalgique, en particulier s'il existe par ailleurs des hémorroïdes internes importantes ou si le patient a déjà présenté des poussées de thromboses externes répétitives ou/et invalidantes. Il faut rappeler que le traitement instrumental n'a aucune place dans le traitement des thromboses hémorroïdaires, tant à titre curatif (où il est contre-indiqué) qu'à titre préventif.

-Thrombose hémorroïdaire interne, non prolapsée

Elle relève du traitement médical veinotrope, anti-inflammatoire et antalgique. Il est possible à travers l'anuscopie d'inciser la thrombose avec un bistouri fin et de libérer le caillot, mais ce geste doit être réalisé avec prudence pour éviter un saignement.

-Thrombose interne prolapsée dans sa forme circulaire

Elle relève d'une hémorroïdectomie complète « à chaud » du fait essentiellement du caractère hyperalgique. En cas de contre-indications à la chirurgie ou à titre de préparation à la chirurgie pendant 2 à 3 jours, le traitement médical veinotrope et anti-inflammatoire est indiqué. Dans les formes œdémateuses, l'injection de Hyaluronidase® avec Xylocaïne® est proposée, ce qui permet éventuellement la réintégration du prolapsus thrombosé et une excision secondaire.

2) Hémorroïdes hémorragiques

Elles peuvent toujours bénéficier d'un traitement médical, c'est-à-dire de conseils hygiéno-diététiques et de la prescription de veinotropes par voie orale, à renouveler à la demande. La prise régulière de médicaments à titre préventif est tout à fait inutile.

Quand les rectorragies se reproduisent, il faut s'adresser aux traitements instrumentaux. Si les hémorroïdes internes sont peu importantes (anite rouge, hémorroïdes internes stade 1), on choisit la sclérose par action chimique ou thermique, et de préférence la photocoagulation par infrarouge. Si les paquets hémorroïdaires sont bien individualisés (hémorroïdes stades 1 et 2), la ligature élastique (ou la congélation contrôlée) est préférable. En cas d'échec des traitements instrumentaux, l'hémorroïdectomie chirurgicale s'impose. Elle est également souhaitable d'emblée dès que les hémorroïdes internes hémorragiques sont importantes, car il est vain d'espérer obtenir alors, par un traitement instrumental, un résultat valable durable.

3) Hémorroïdes procidentes

Elles échappent au traitement médical.

La procidence localisée est l'indication de la ligature élastique, éventuellement associée à la cryothérapie. En cas d'échec, c'est l'indication d'une exérèse chirurgicale réalisable sous anesthésie locale, en particulier chez les personnes âgées.

Les procidences circulaires (hémorroïdes stade 2) peuvent également bénéficier d'un traitement instrumental, en particulier ligature élastique. C'est parfois le seul geste possible chez le sujet âgé ou lorsque la chirurgie est contre-indiquée (indication alors poussée aux hémorroïdes de stade 3). Mais son action est souvent peu durable. Il ne faut pas s'acharner en vain à un traitement ambulatoire. La procidence circulaire est l'indication par excellence de la cure chirurgicale des hémorroïdes.

4) Cas particuliers

Les marisques ne sont souvent l'objet d'aucun trouble fonctionnel et ne relèvent pas d'un traitement médical ni bien sûr instrumental. Si la gêne est importante, l'exérèse chirurgicale peut être opportune.

Les hémorroïdes internes fibreuses (grosses papilles, fibromes hémorroïdaires) ne répondent pas au traitement médical. Comme l'approche instrumentale est contre-indiquée, on doit s'orienter vers l'hémorroïdectomie complète (plus rarement, et si les autres hémorroïdes internes sont peu développées, vers une exérèse localisée).

La fissure associée aux hémorroïdes peut bénéficier du traitement médical et éventuellement d'une infiltration sous-fissuraire. En fait, il est nécessaire en général de pratiquer une hémorroïdectomie associée au traitement de la fissure.

La grossesse nécessite de prendre des précautions pour l'emploi des médicaments, c'est-à-dire éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens en préférant les veinotoniques à forte dose associés si nécessaire à des corticoïdes sur des traitements courts, et de réserver l'excision d'une thrombose aux échecs du traitement médical. L'hémorroïdectomie, qui reste une indication exceptionnelle, doit être de préférence complète quand elle est réalisée.

5) Indications chirurgicales

La cure chirurgicale des hémorroïdes est indiquée quand les autres traitements ont fait la preuve de leur insuffisance ou quand aucune autre thérapeutique ne peut valablement être appliquée, c'est-à-dire en cas de thromboses externes répétitives et invalidantes et de thrombose interne aiguë massive réalisant le classique étranglement hémorroïdaire,

parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

avec rectorragies persistantes ou répétées malgré les autres traitements, de proci-dence ayant résisté aux traitements instrumentaux ou trop importante pour entreprendre ces derniers, d'hémorroïdes associées à des proliférations internes fibreuses importantes ou une fissure évoluée.

Dans notre pratique, la technique du HAL-Doppler est de plus en plus pratiquée car elle s'avère être indolore et peut être fait sur une base de patient avec le retour immédiat au travail ; elle est ainsi économique pour le patient, l'établissement médical et pour la société dans son ensemble.

D. Résultat

A travers une revue de la littérature on remarque que la thrombose hémorroïdaire est la pathologie hémorroïdaire la plus fréquente de la parturiente. Elle s'observe chez 8 % des femmes enceintes et chez 20 % des femmes dans le post-partum immédiat. Dans Notre série on l'évalue autour de 19% dans le post partum immédiat, essentiellement due à une constipation chronique pendant la grossesse et l'extraction instrumentale lors de l'accouchement. Le diagnostic est guidé par l'interrogatoire et un examen clinique minutieux. L'excision ou l'incision ne peuvent être réalisées que sur une thrombose externe, non œdématiée et douloureuse. Tous ces critères étant rarement réunis, le traitement est le plus souvent médical, et il doit s'adapter à la gêne. Il comporte de toute façon un régulateur du transit, des topiques locaux et du paracétamol. En cas de grosse thrombose, il faut contrôler à nouveau dans les deux jours suivant la prescription pour adapter la thérapeutique. La chirurgie doit rester une exception à réserver aux échecs d'un traitement médical bien conduit.

La Ligature artérielle des hémorroïdes sous control doppler reste le traitement chirurgical de choix dans notre contexte pour ces avantages sus-cités.

Les pathologies anales endocanalaire (fissures et THE) sont fréquentes chez les parturientes puisque 1/3 d'entre elles en souffrent à l'occasion de leur grossesse. Ces lésions surviennent surtout après l'accouchement avec 9 à 15% de fissures anales et 12 à 34% de THE. Comme nous le savions déjà, dans la population générale, ces deux pathologies sont très liées à l'existence d'une constipation terminale. La THE semble survenir préférentiellement après des accouchements traumatiques, ce qui semble moins certain pour la fissure anale qui se manifeste à distance de l'accouchement.

Dans notre contexte, nous n'avons pas rencontré de véritable THE, les 19 patientes de notre série avaient des hémorroïdes stade 1 (sauf une avec un stade 2) il serait donc important d'initier plusieurs travaux en faveur de cette pathologie ou encore d'autres urgences proctologiques (FA, Abscès anales, Incontinence anale) rencontrées chez la femme dans le postpartum avec un plus grand nombre de parturientes pour avoir des données cliniques et statistiques propre à notre contexte et de permettre une bonne prise en charge car vu l'excellente collaboration entre les services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie viscérale et la disponibilité de l'échographie endo-rectale à l'HMIMV, nous disposant des moyens adéquats pour la réalisation de ces études.

Aussi, il semble aussi important de dépister de façon systématique les parturientes dyschésiques durant la grossesse et le postpartum pour leur proposer une régularisation du transit afin de prévenir l'apparition de ces lésions de la marge anale.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

+Français

Titre : Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24heures du postpartum

Nom : OLLENDE CREPIN

Mots clés :hémorroïdes,postpartum,fissure anale

Les thromboses hémorroïdaires externes (THE) et la fissure anale (FA) sont deux sources de douleurs anales fréquentes chez la femme enceinte et dans le postpartum. Elles restent toute fois négligés en l'absence de complications.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer l'incidence de la maladie hémorroïdaire dans notre contexte avec une étude prospective sur 100 cas et comparer cette incidence avec les études faites dans ce sens moyennant une revue de la littérature. Nous allons définir leurs incidences d'après la littérature disponible et notre expérience à l'HMIMV sur les 100 femmes examinées. Puis nous définirons leurs facteurs de risques et adapterons un traitement.

Dans notre série, 19(19%) femmes étaient porteuses d'hémorroïdes dont 18 avec un stade 1 et 1 seule avec un stade 2 à l'examen systématique. Les facteurs incriminés étaient dominés par les accouchements traumatiques, une constipation chronique et des macrosomie. Les séries d'Abramowitz(en 2002) ave examen systématique avoisinaient les 20% avec 33/165 et Simmons 38% avec 26/68.

La clinique est dirigée par l'interrogatoire et l'examen proctologique.Le traitement en première intention est d'abord médical avec respect des mesures hygiéno-diététiques, parfois chirurgical ou instrumental en fonction du grade et la gêne occasionnée par les hémorroïdes.Le traitement doit être adapté en préférant en fonction des cas la thérapeutique la plus efficace avec le moins d'effets secondaires.

En conclusion, 1/3 des parturientes souffrent de FA ou de THE après l'accouchement. Ces deux pathologies sont fortement liées à l'existence d'une constipation terminale (qu'il faut donc prévenir). La THE semble fortement favorisée par le traumatisme de l'accouchement par voie basse.

Summary

Titre:Proctologic examination at the parturient in the first 24h of childbirth.

Nom :OLLENDE Crepin

Mots clés :hémorrhoids,anal fissure,childbirth

Thrombosed external hemorrhoids (TEH) and anal fissure (AF) are 2 frequent sources of anal pains during childbirth. They remain any time neglected in the absence of complications.

The objective of this thesis is to evaluate the incidence of the hemorrhoidal disease in our context with an exploratory study on 100 cases and to compare this incidence with the studies made in this direction with the help of a review of the literature. We will define their incidences after the literature available and our experiment to the HMIMV on the 100 examined women. Then we will define their risk factors and will adapt a treatment.

In our series, 19 (19%) women were carrying hemorrhoids including 18 with a degree 1 and 1 only with a degree 2 with the systematic examination. The accused factors were dominated by the traumatic childbirth, a chronic constipation and macrosomia. The series of Abramowitz (in 2002) systematic with examination bordered the 20% with 33/165 and Simmons 38% with 26/68.

The diagnosis is directed by the interrogation and the examination proctologic. The treatment in first intention initially medical with respect of hygiéno-dietetic measurements, sometimes surgical or instrumental according to the rank and is gene caused by the hemorrhoids. The treatment must be adapted by preferring according to the therapeutic cases most effective with less side effects.

To conclude, 1/3 of pregnant women develop AF or TEH after delivery. These 2 pathologies are strongly correlated to terminal constipation. TEH seems equally furthered by traumatic delivery.

الفحص الشرجي لدى النساء حديثه الولادة

ملخص

تجلط الدم للبواسير الخارجية و التشنج الشرجي هما مصدران للألم الشرجي الأكثر ترددا عند المرأة الحامل بعد الولادة و هذان المرضان يكونان مهملين في غياب المضاعفات.

الهدف من هذه الأطروحة هو تقييم معدل تواجد الأمراض الشرجية في سياقنا مع دراسة استطلاعية لمائة حالة ، ومقارنة هذا التأثير مع الدراسات في هذا الاتجاه من خلال عرض مجلة أدبية .

سنقوم بتعريف مدى انتشار هذا المرض من خلال الأدبيات المتواجدة، و تجربتنا في المستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس بالنسبة لمائة حالة (امرأة) مشخصة ثم سوف نعرف العوامل الفاعلة و نضع لها العلاج المناسب.

يكون التشنج الشرجي حسب دراسات Martin و Corby و آخرون لدى 10% من النساء الحوامل بمستشفى Bichat ، منها حالتان على 165 حالة (1.2) خلال الربع الثالث و 25 على 165 حالة قبل الشهر الثالث من فترة ما بعد الولادة أو (15.2%)

Rouillon و آخرون أظهروا وجود حالات من تجلط الدم في البواسير الخارجية لـ 12.12% (20/ 164) مقابل 34% (18/152) بالنسبة لـ Pradel و آخرون .

في المستشفى Bichat 13 حالة (7.9%) كانت حاملة لتجلط الدم بالبواسير الخارجية في فترة الربع الثالث من الحمل و 33 حالة (20%) في فترة ما بعد الولادة .

في دراستنا 19 حالة نسائية كانت حاملة لبواسير داخلية في فترة ما بعد الولادة ، مع إجراء تشخيص في خلال 24 ساعة ما بعد الولادة .

دراستنا سعتا وجود علاقة إحصائية، بين التشنج الشرجي و العوامل الفاعلة ، سواء المتعلقة بالجنين أو بالأم ، Corby و Abramowitz و آخرون في سلسلة من كل منها أشاروا إلى دور الإمساك .

Rouillon و آخرون أوجدوا حالات أكثر من تجلط الدم في البواسير لدى النساء المرضي مع مقت من العمل لفترات طويلة و طفل كبير .

في دراسة لـ Abramowitz ، طفل كبير و وجود تمزقات على مستوى الأشفار الصغرى للأم و التي تكوم مرتبطة بعدد أكبر من الحالات تجلط الدم في البواسير . وفي دراستنا لهذان العاملين كانا غالبا متشاركين مع تردد أعلى عند النساء المستفيدات من الولادة بواسطة أجهزة .

التشخيص موجه باستجواب و فحص شرجي .

العلاج في بدابة الأم هو علاج طبي مع احترام مقاييس نمط الحياة الغذائي ، وفي بعض الحالات يكون العلاج جوابيا عل حسب رتبة البواسير و درجة الألم.

العلاج يجب أن يكون موافقا حسب الحالات ، يفضل العلاج الأكثر فاعلية مع أقل المضاعفات .

في الختام ، 3/1 من النساء المرضي تعاني من التشنج الشرجي أو تجلط الدم في البواسير بعد الولادة .

هذان المرضان يرتبطان ارتباطا وثيقا بوجود إمساك قصوي يجب الوقاية منه .

تجلط الدم في البواسير يظهر بقوة في حالة صدمة الولادة المهبلية .




PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

re externe unique[9].



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fig. 2: Thromboses hémorroïdaires externes multiples[9].



touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

Fig. 3: Thrombose hémorroïdaire externe circulaire œdémateuse[9].



Fig. 3a: Multiples Thromboses hémorroïdaires externes avec nécrose cutanée[19].



Fig.3b : Réaction œdémateuse hémorroïdaire externe qui peut être le témoin d'une ou plusieurs thromboses récentes [19].



Fig. 4: Thrombose hémorroïdaire externe ulcérée[9].



Fig. 4: Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [27].



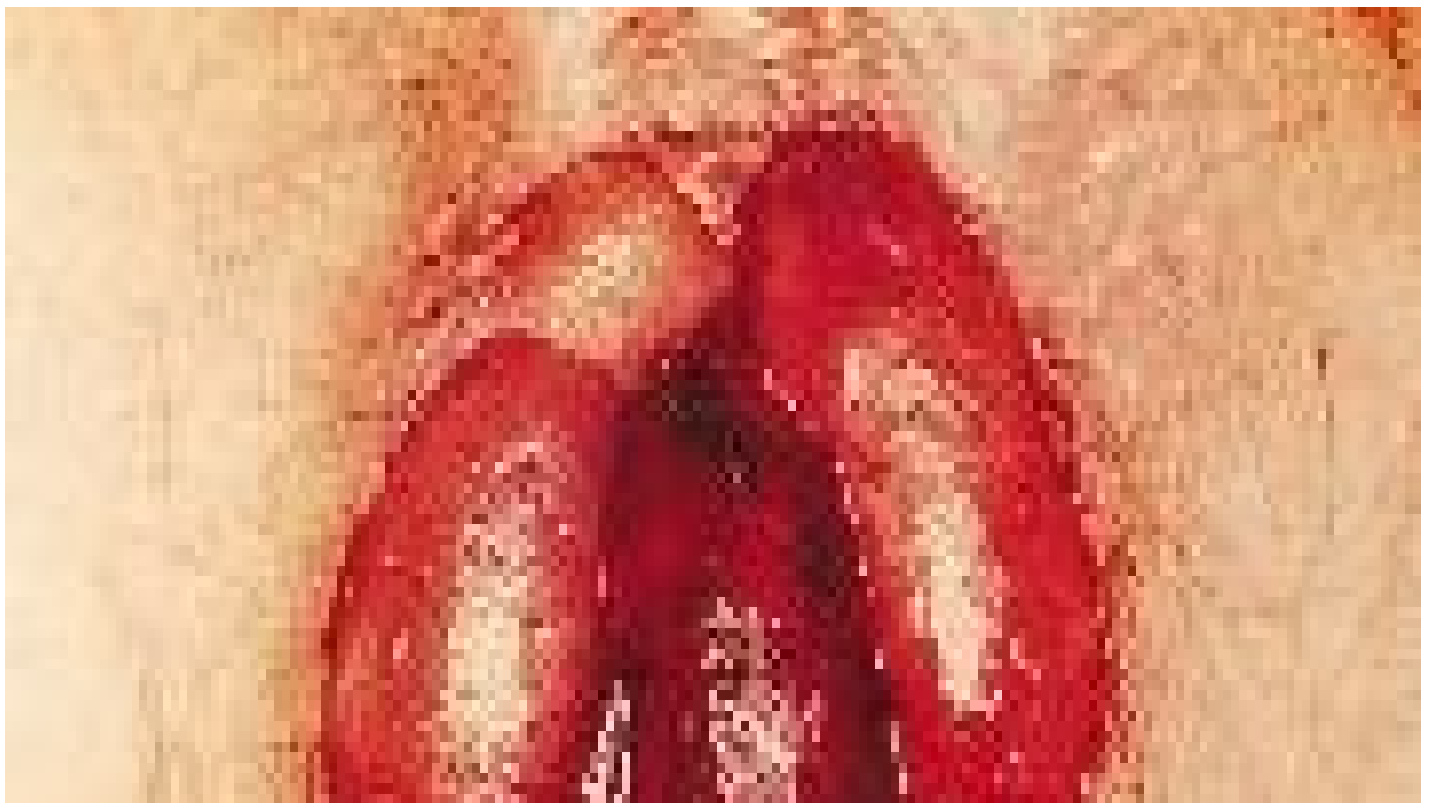
 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

thrombotique dans les 1ères 24heures du postpartum

Fig. 5: Thrombose hémorroïdaire interne prolabée (héli circonférence gauche)[9] .

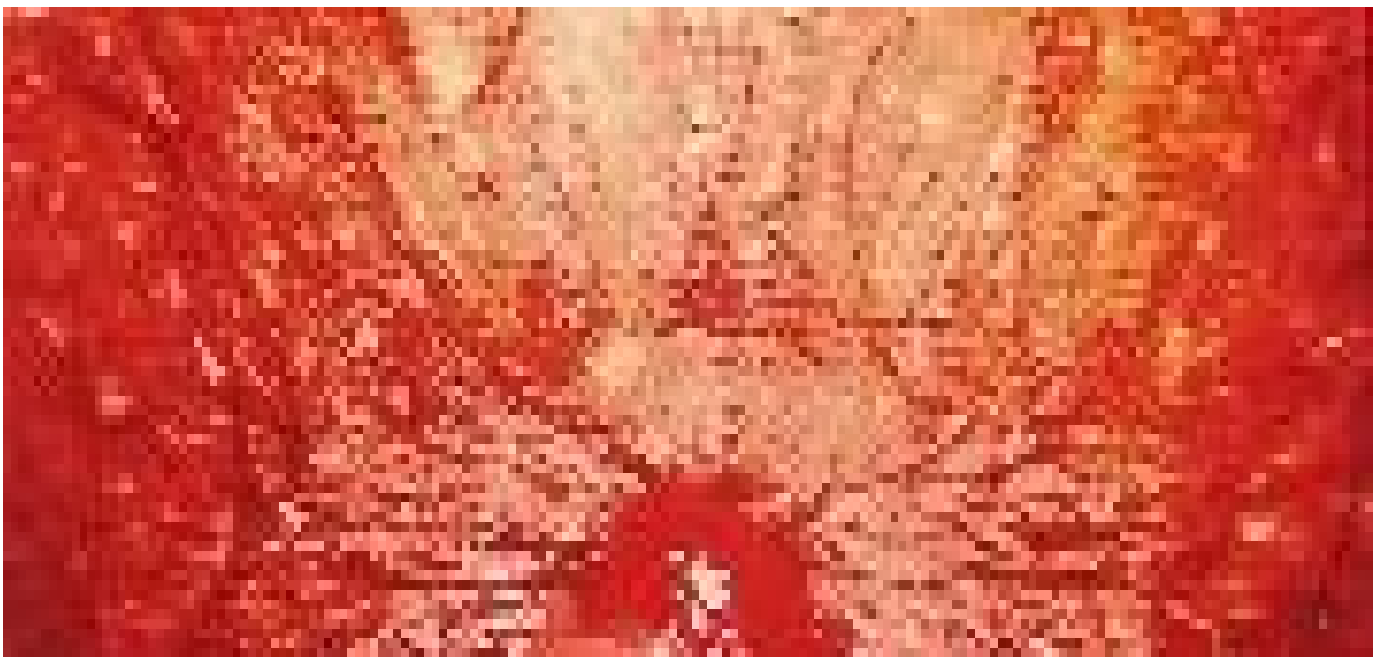


 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

thrombotique dans les 1ères 24heures du postpartum

Fig.6: Thrombose hémorroïdaire interne prolabée circulaire[9].



 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

Fig. 7: Prolapsus hémorroïdaire localisé[9].





Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

orientée dans les 1ères 24heures du postpartum

Fig. 8: Prolapsus hémorroïdaire circulaire stade 3[7].



Fig.9: Prolapsus hémorroïdaire circulaire avec plaques kératinisées [9].

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Grade I hemorrhoids



Grade II hemorrhoids



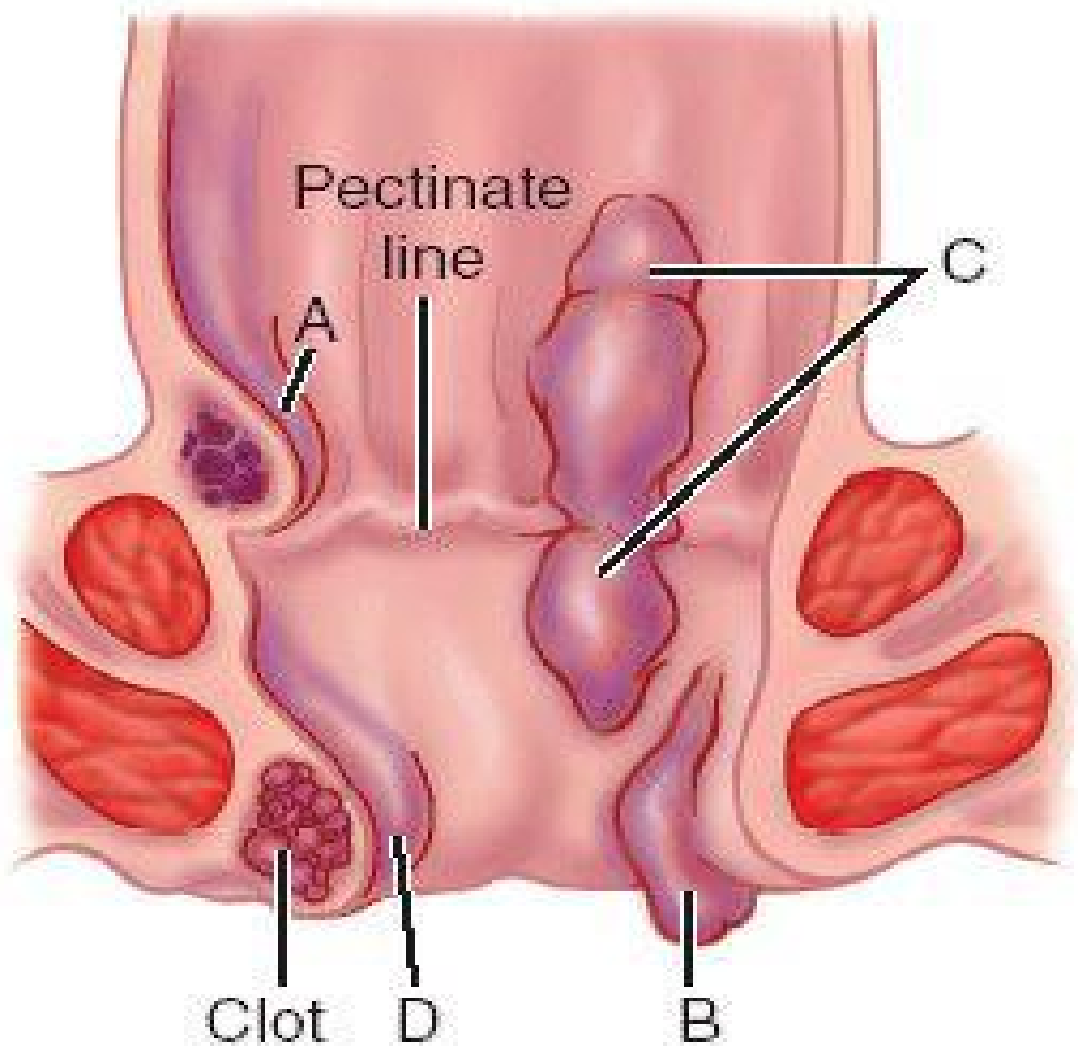
Prolapsed grade III hemorrhoids



Prolapsed grade IV hemorrhoids

XI. [107]Classification des hémorroïdes

Rectum



Hemorrhoids: (A), internal; (B), external; (C), mixed; (D), thrombosed.

XII.

XIII. [107]hémorroïdes

XIV.

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

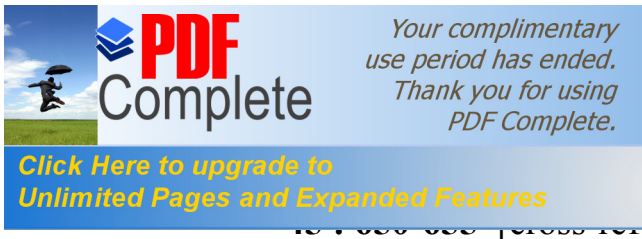


XV.

XVI.

XVII.[107]hémorroïdes thrombosées

- [1] Thomson WH The anatomy and nature of piles. In: HD Kaufman (Ed.) ed. *The haemorrhoid syndrome*. Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.
- [2] Simmons S.C. Ano-rectal disorders in pregnancy *J Obstet Gynecol* 1964 ; 71 : 960-962 [cross-ref]
- [3] Pradel E., Terris G., Juilliard F., De la Lande P.H., Chartier M. Grossesse et pathologie anale. Étude prospective *Méd Chir Dig* 1983 ; 12 : 523-525
- [4] Mac Arthur C., Lewis M., Knox E.G. Health after childbirth *Br J Obstet Gynaecol* 1991 ; 98 : 1193-1204 [cross-ref]
- [5] Rouillon J.M., Blanc P., Garrigues J.M., Viala J.L., Michel H. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires du post-partum *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 300 (abstr)..
- [6] Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L., Vuagnat A., Darai E., Mignon M. , et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery *Dis Colon Rectum* 2002 ;



turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

[7] Parnaud E, Guntz M, Bernard A, Chome J. Anatomie normale, macroscopique et microscopique du réseau hémorroïdal.

Arch Fr Mal App Dig 1979 ;65 :501-514

[8] Anatomie-Netter-Pelvis et périnée.pdf planche 369

[9] Soduca JM, Staumont G et Soduca P. Hémorroïdes. Encycl Méd Chir

(Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastro-entérologie, 9-086-A-10, 2001, 15p.

[10] Anatomie-Netter-Pelvis et périnée.pdf planche 370

[11] Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 946-954

[12] Parnaud E, Bauer P Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. *Rev Prat* 1985 ; 35 : 3423-3433

[13] Soullard J Les hémorroïdes existent-elles ? *Rev Proct* 1981 ; 1 : 32-34

stomatite dans les 1ères 24heures du postpartum

anatomy and nature of

piles. In: HD Kaufman (Ed.) ed. *The haemorrhoid syndrome*. Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.

[15] Johanson JF, Sonnenberg A The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiological study. *Gastroenterology* 1990 ; 98 : 380-386

[16] Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 946-954

[17] MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:1193-5.

[18] 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.

[19] 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.

[20] 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.

[21] L. Abramowitz, Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie [196-A-10], 2007.

[22] L.Abramowitz, 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.

[23] Simmons SC. Anorectal disorders in pregnancy. Proc R Soc Med 1972;65:286

[24] Martin JD. Post-partum anal fissures. Lancet 1953;271-3

[25] MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1991;98:1193-5..

Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires du post-partum (abstract). *Gastroenterol Clin Biol* 1991;15:A300.

[27] 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

[28] Charles D, Stronge J. Special problems of the colon and rectum encountered in obstetric practice. *Clin Obstet Gynecol* 1972;15:522-41.

[29] Atkinson RE, Hudson CN. Ano-rectal and perineal disorders of pregnancy and the puerperium. *Practitioner* 1970;205:789-90.

[30] Singer AJ, Brandt LJ. Pathophysiology of the gastrointestinal tract during pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1991;86:1695-712.

[31] Garrigues JM, Rouillon JM. Hémorroïdes et grossesses. *Med Chir Dig* 1992;21:191-2.



turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

W. Hemorrhoids, anal fissure, and carcinoma of the colon, rectum, and anus during pregnancy. *Surg Clin North Am* 1995;75:77-88.

[33] R.Lombard, X.Barth, Anatomie chirurgicale de l'anus, EMC. Techniques chirurgicales - Appareil digestif (40-680), 1992, pp320-325.

[34] 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

[35] Saint Pierre A Problèmes posés par la présence de récepteurs hormonaux au niveau des hémorroïdes. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1982 ; (; n° 1) : 19-27

[36] Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 946-954



touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

[37] F.Pigot, Satisfaction des malades après traitement chirurgical d'une fistule anale, Le courrier de colo-proctologie (III)-n°2-juin 2002

[38] P.Altienza, Les problèmes proctologiques dans les suites de l'accouchement,

<http://pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/94/14.htm>

[39] Contou JF Complication des hémorroïdes. *Rev Méd* 1981 ; 22 : 1199-1202

[40] Faivre J, Boisseau M Étio-pathogénie de la thrombose hémorroïdaire. *Arch Fr Mal App Dig* 1976 ; 65 : 551-563

[41] Saint Pierre A, Palayodan A Anus et pathologie génitale féminine. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1976 ; 6 : 421-435

[42] Soullard J, Contou JF Colo-proctologie. Paris : Masson, 1984



turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

[43] Denis J Les hémorroïdes. *Concours Méd* 1987 ; 109 : 3172-3176

[44] Denis J Les hémorroïdes. *Concours Méd* 1987 ; 109 : 3172-3176

[45] Acosta JA, Fournier TK, Knutson CO, Ragland JJ Colonoscopic evaluation of rectal bleeding in young adults. *Am Surg* 1994 ; 60 : 903-906

[46] Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, Cello JP, McQuaid KR The outpatient evaluation of hematochezia. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 93 : 179-182

[47] Fine KD, Nelson AC, Ellington RT, Mossburg A Comparison of the color of fecal blood with the anatomical location of gastrointestinal bleeding lesions: potential misdiagnosis using only flexible sigmoidoscopy for bright red blood per rectum. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 3302-3210

[48] Duhamel J Proctologie aux divers âges. Paris : Flammarion, 1972

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

valuation of anemia caused by
hemorrhoidal bleeding. *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 : 1006-1007

[50] Abramowitz L., Godeberge P., Soudan D., Staumont G. Société nationale française de colo-proctologie. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire *Gastroenterol Clin Biol* 2001 ; 25 : 674-702

[51] Ambrose NS, Morris D, Alexander-Williams J, Keighley MR A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first and second-degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1985 ; 28 : 238-240

[52] Johanson JF, Rimm AD Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids. A comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992 ; 87 : 1601-1606

[53] Soullard J, Contou JF La ligature élastique. Procédé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes. *Nouv Presse Méd* 1979 ; 8 : 1681-1682

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

, Mackensie I Comparison of rubber band ligation and sclerosant injection for first and second degree hemorrhoids. A prospective clinical trial. *Acta Chir Scand* 1981 ; 147 : 717-720

[55] Quevedo-Bonilla G, Farkas AM, Abcarian H, Hambrick E, Orsay CP Septic complications of hemorrhoidal banding. *Arch Surg* 1988 ; 123 : 650-651

[56] Shemesh EI, Kodner IJ, Fry RR, Neufeld DM Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1987 ; 30 : 199-200

[57] Clay LD 3rd , White JJ Jr, Davidson JT, Chandler JJ Early recognition and successful management of pelvic cellulitis following hemorrhoidal banding. *Dis Colon Rectum* 1986 ; 29 : 579-581

[58] Parnaud E, Brule J, Bidart JM Traitement ambulatoire des hémorroïdes par congélation contrôlée (premiers résultats à propos de 78 observations). *Gastroentérol Clin Biol* 1980 ; 4 : 875-880

[59] Hudziak H Pathologie hémorroïdaire. *Gastroentérol Clin Biol* 1998 ; 22 : B155-B163

[60] Walker AJ, Leicester RJ, Nicholls RJ Prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. *Int J Colorect Dis* 1990 ; 5 : 113-116

[61] Santos G, Novell JR, Khoury G, Winslet MC, Lewis AA Long-term results of large-dose, single session phenol injection sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 : 958-961

[62] Gartell PC, Sheridan RJ, Mcginn FP Out-patient treatment of hemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. *Br J Surg* 1985 ; 72 : 478-479

[63] MacRae HM, MacLeod RS Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 687-694

[64] Carapeti E, Phillips RKS. Modern treatment for internal haemorrhoids. Day surgery offers permanent cure. *Br Med J* 1997;315:881-2.

Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG.

Symptomatic hemorrhoids : current incidence and complications of operative therapy. Dis Colon Rectum 1992;35:477-81.

[66] Morgado PJ, Khubchandani IT, Reed JF. Hemorrhoidectomy in the nineties : still a good operation. Coloproctology 1993;15:331-2.

[67] [Hosch SB, Knoefel WT, Pichlmeier U, Schulze V, Busch C, Gawad KA, et al. Surgical treatment of piles : prospective, randomized study of Parks vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1998;41:159-64.

[68] Ho YH, Seow-Choen F, Tan M, Leong AF. Randomized controlled trial of open and closed haemorrhoidectomy. Br J Surg 1997;84:1729-30.

[69] Roe AM, Bartolo DC, Vellacott KD, Locke-Edmunds J, Mortensen NJ. Submucosal versus ligation excision haemorrhoidectomy : a comparison of anal sensation, anal sphincter manometry and postoperative pain and function. Br J Surg 1987;74:948-51.

tourmente dans les 1ères 24heures du postpartum

nm MA, McDonald PJ, Chadwick SJD,
Phillips RKS. Randomized trial of open versus closed day-case
haemorrhoidectomy. Br J Surg 1999;86:612-3.

[71] Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs. open
hemorrhoidectomy : is there any difference ? Dis Colon Rectum
2000;43:31-4.

[72] Marti MC. Anesthésie loco-régionale en chirurgie
proctologique. Ann Chir 1993;47:250-5.

[73] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.
Recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie.
Actualisations 1999. Chirurgie 1999;124:441-7.

[74]Ho YH, Lee J, Salleh I, Leong A, Eu KW, Seow-Choen F.
Randomized controlled trial comparing same-day discharge with hospital
stay following haemorrhoidectomy. Aust N Z Surg 1998;68:334-6.

[75]Lacerda-Filho A, Cunha-Melo JR. Outpatient
haemorrhoidectomy under local anaesthesia. Eur J Surg 1997;163:935-40.

turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

1W, Cook TA, Baigrie RJ, Mortensen NJ.

What patients think of day-surgery proctology. *Br J Surg* 1998;85:1388.

[77]Lemarchand N, Aubert M, Vuong-Phat P, Denis J. Faut-il faire l'étude histologique systématique des pièces d'hémorroïdectomie (résumé) ? *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:A234.

[78]Cataldo PA, MacKeigan JM. The necessity of routine pathologic evaluation of hemorrhoidectomy specimens. *Surg Gynecol Obstet* 1992;174:302-4.

[79]Ker T, Vukasin P, Ker R, Antone G, Beart R. Is routine histologic examination justified in common anorectal diseases (abstract) ? *Dis Colon Rectum* 1998;41:A34.

[80]Récamier JC. Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires. *Rev Med Fr Estrang* 1838;1:74.

[81]Lord PH. A new regime for the treatment of haemorrhoids. *Proc R Soc Med* 1968;61:935-6.

[82]Deutsch AA, Zager M, Reiss R. Anal dilatation : an acceptable alternative to haemorrhoidectomy. Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg 1981;32:7-8, 10, 28.

[83]Hancock BD. Lord's procedure for haemorrhoids : a prospective anal pressure study. Br J Surg 1981;68:729-30.

[84]MacDonald A, Smith AD, McNeill A, Finlay IG. Manual dilatation of the anus. Br J Surg 1992;79:1381-2.

[85]Oliver DW, Booth MWC, Kernick VFM, Irvin TT, Campbell WB. Patient satisfaction and symptom relief after anal dilatation. Int J Colorectal Dis 1998;13:228-31.

[86]Konsten J, Baeten CG. Hemorrhoidectomy vs Lord's method: 17-year follow-up of a prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum 2000;43:503-6.

[87]Snooks S, Henry MM, Swash M. Faecal incontinence after anal dilatation. Br J Surg 1984;71:617-8.

[88]Nielsen MB, Rasmussen OO, Pedersen JF, Christiansen J. Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure-in-ano. An endosonographic study. Dis Colon Rectum 1993;36:677-80.

[89]Eisenhammer S. Internal anal sphincterotomy plus free dilatation versus anal stretch, with special criticism of the anal stretch procedure for hemorrhoids : the recommended modern approach to hemorrhoid treatment. Dis Colon Rectum 1974;17:493-522.

[90]Schouten WR, Van Vroonhoven TJ. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of hemorrhoids. A clinical and manometric study. Dis Colon Rectum 1986;29:869-72.

[91]De Roover DM, Hoofwijk AG, van Vroonhoven TJ. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of fourth degree haemorrhoids. Br J Surg 1989;76:1181-3.

[92]Hiltunen KM, Matikainen M. Anal dilatation, lateral subcutaneous sphincterotomy and haemorrhoidectomy for the treatment of second and third degree haemorrhoids. A prospective randomized study. Int Surg 1992;77:261-3.



parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum

[93]Whitehead W. Surgical treatment of haemorrhoids. Br Med J 1882;1:148-50.

[94]Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 1937;2:1119-24.

[95]Arnous J, Parnaud E, Denis J. Une hémorroïdectomie de sécurité. A propos de 3000 observations. Presse Med 1971;79:87-90.

[96]Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Br J Surg 1956;43:337-51.

[97]Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1959;2:176-9.

stomatite dans les 1ères 24heures du postpartum

l treatment of thrombosed external
hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990;33:249-50.

[99]Morinaga K,Hasuda K.,Ikeda Y.A novel therapy for internal
hemorrhoids:ligation of the hemorrhodal artery with a newly devised
instrument(Moricorn)in conjunction with a Doppler Flowmeter.The
American Journal of Gastroenterology 1995;90:610-613

[100]Longo A.Trattamento della malattia emorroidaria mediante
correzione del prollasso mucoso rettale con suturatrice circolare:tecnica
originale.*Archivio ed Atti 100° Congresso Società Italiana di Chirurgia*
1998;2:233-246

[101] CHIRURGIE DES HEMORROIDES LYON - Docteur S.
Benchetrit, 29 rue Antoine Pericaud, 69008 Lyon. <http://www.chirurgie-hemorroide.com/>

[102] Denis J, Lemarchand N, Dubois N, Ganancia R, Du Puy-
Montbrun TH, Moreau P Le laser CO₂ en proctologie chirurgicale. *Rev Fr
Gastroentérol* 1984 ; 20 : 18-21

[103] Suduca P, Lemozy J, Garrigues JM, Saint
Pierre A Complications et séquelles de l'hémorroïdectomie. *Étude*



turiente dans les 1ères 24heures du postpartum

une série de plus de 1000 cas. *Ann*

Gastroenterol Hepatol 1980 ; 16 : 199-211

[104] Denis J, Dubois N, Ganansia R, Du Puy-Montbrun TH, Lemarchand N Hemorroidectomy: Hospital Leopold Bellan procedure. *Int Surg* 1989 ; 74 : 152-153

[105] Sarles JC, Delecourt P, Amoros JP Les troubles urinaires post-opératoires en chirurgie ano-rectale. *Gastroentérol Clin Biol* 1979 ; 3 : 187-191

[106] Smith LE Hemorrhoids A review of current techniques and management. *Gastroenterol Clin North Am* 1987 ; 16 : 79-91

[107] [www.bleedinghemorrhoids.org/images/r7_hemorrh.](http://www.bleedinghemorrhoids.org/images/r7_hemorrh)

جامعة محمد الخامس

كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 73

سنة : 2010

الفحص الشرجي لدى النساء حديثّة الولادة في اليوم الأول بعد الولادة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد : كريبان أولاندي

المزاد في 25 نونبر 1980 بليروفيل (الكابون)

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية – الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: البواسر – بعد الولادة – التشقق الشرجي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: مولاي الحسن الطاهري

أستاذ في جراحة الأحشاء

مشرف

السيد: سيف الدين الكندري

أستاذ في جراحة الأحشاء

السيد: إدريس موساوي رحالي

أستاذ في جراحة الأحشاء



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

touriente dans les 1ères 24heures du postpartum

السيد: عبد المنعم آيت علي
أستاذ مبرز في أمراض النساء والتوليد