

Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement

P. ATIENZA *
(Paris)

La proximité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal est à l'origine des principales conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée postérieur. Les contraintes exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal sont la source de déchirures dont le retentissement sur la continence anale est immédiat ou plus tardif. La fonction sphinctérienne peut être altérée par l'atteinte de l'innervation pelvienne même si l'intégrité musculaire anatomique est conservée.

Si les altérations fonctionnelles et anatomiques secondaires à la délivrance vaginale sont bien connues, dépistées et traitées précocement par la rééducation systématique du post-partum en ce qui concerne le périnée antérieur (troubles de la statique pelvienne, incontinence urinaire), celles du périnée postérieur ne sont étudiées que depuis peu de temps.

Des explorations fonctionnelles spécifiques : manométrie ano-rectale, électrophysiologie, échographie endo-anales, ont rendu possible la réalisation d'études prospectives dont les résultats permettent une meilleure stratégie diagnostique de

* Service de Proctologie médico-chirurgicale
Hôpital des Diaconesses
18 rue du Sergent Bauchat - 75012 PARIS

l'incontinence anale du post-partum, sa prise en charge thérapeutique précoce et une approche rationnelle des moyens préventifs à généraliser au sein des maternités.

1. RAPPEL ANATOMIQUE

Deux systèmes assurent la continence au niveau anorectal :

— **l'un capacitif** représenté par le réservoir rectal, remarquable par ses propriétés visco-élastiques permettant de stocker un volume croissant sous faible pression ;

— **l'autre résistif** constitué par les deux sphincters anaux. Le sphincter interne de l'anوس (SIA), lisse, est doué d'une activité myogène intrinsèque et extrinsèque ; il est sous la dépendance du système nerveux autonome. Le sphincter externe anal (SEA), strié, est composé d'un faisceau superficiel et d'un faisceau profond lui-même étroitement lié au faisceau puborectal du releveur de l'anوس tant anatomiquement que fonctionnellement. Il est commandé par le système nerveux central et donc soumis à la volonté. Sa contraction efficace excède rarement une minute. Le sphincter externe est un muscle strié dont la contraction peut être réflexe ou volontaire. Sa contraction tonique contribue à 20 % du tonus sphinctérien basal.

Sa contraction volontaire multiplie par 2 ou 3 ce tonus mais est fatigable. Sa durée n'excède pas 60 secondes, temps suffisant permettant l'adaptation rectale (compliance élevée) avec disparition de la sensation de besoin. Le sphincter externe assure donc la continence d'urgence.

L'innervation du SEA est assurée par les nerfs honteux internes ou pudendaux, issus des racines sacrées (S2, S3 et S4), qui cheminent dans les canaux d'Alcock. Un syndrome du canal d'Alcock, lié à la compression de ces nerfs dans leur trajet canalaire, semblable à celui du canal carpien, a d'ailleurs été individualisé. Leur origine fixe et leur terminaison au niveau du plancher périnéal musculo-ligamentaire expliquent imparfaitement la dénervation périnéale des descentes sévères du plancher pelvien. Le rôle primordial de la neuropathie d'étirement est actuellement remis en question pour un facteur ischémique possiblement responsable de lésions neurologiques périnéales plus diffuses d'origine obstétricale.

2. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DE LA DÉFÉCATION

L'appareil anorectal principalement et accessoirement le côlon contribuent aux mécanismes de continence et de défécation.

— **Au repos**, le canal anal présente une zone de haute pression, objectivée par la manométrie. Le tonus du SIA assure 80 % de cette pression de repos. Le SEA est remarquable par son activité tonique basale se traduisant par une activité électromyographique permanente.

— **Au cours d'une hyperpression abdominale brusque** (éternuement, changement de position, rire...), les mécanismes de la continence sont renforcés par la contraction du SEA et surtout de la sangle puborectale du releveur majorant l'angulation anorectale.

— **Au cours de la défécation**, il existe une coordination parfaite entre la compliance rectale et les réflexes rectosphinctériens.

L'arrivée de matières dans le rectum déclenche :

1) une distension rectale avec sensation consciente du besoin;

2) l'ouverture de la partie haute du canal anal par relâchement du sphincter interne (réflexe recto-anal inhibiteur ou RRAI). Elle permet le contact du contenu rectal avec les récepteurs de la partie haute du canal anal pour identification; une contraction réflexe du sphincter externe (réflexe recto-anal excitateur ou RRAE) assure un renforcement court et concomitant de la pression intracanalairé;

3) en cas d'impossibilité de déféquer, une contraction du SEA, puissante et volontaire, permet l'adaptabilité rectale avec disparition de la sensation de besoin;

4) si la défécation est socialement réalisable, une poussée abdominale permet l'expulsion des matières fécales à travers l'appareil sphinctérien relâché. Au terme de l'exonération, une contraction volontaire du muscle strié referme le canal anal.

La synthèse des différents travaux portant sur les lésions périnéales postérieures post-obstétricales montre bien les altérations entraînées sur les différentes structures de la continence (sphincters, nerfs et sensibilité muqueuse intra-anales) lors des accouchements dystociques ou non.

3. PARTICULARITÉS DE LA FEMME ENCEINTE

— **Les rapports du canal anal en avant sont simples** : les muqueuses anales et vaginales ne sont séparées en bas que par une structure tendineuse : le noyau fibreux central du périnée.

— **Pendant la grossesse**, la pression s'exerçant sur le périnée est augmentée, mais du fait de l'antéversion utérine elle s'oriente vers la fente vulvaire et non plus vers la région ano-coccygienne. Il n'existe pas de modification notable de la fonction sphinctérienne. Les pressions de base et la contraction volontaire ne sont pas différentes de celles des sujets témoins à la manométrie ano-rectale.

— **Lors de l'accouchement**, le périnée postérieur est le premier à se distendre pendant la descente de la présentation : le front de l'enfant bute sur le sacrum et se produit une rétropulsion du coccyx. La distension du faisceau sphinctérien s'accompagne d'une contraction du pubo-rectal à l'effort de poussée : en se contractant il élève le noyau fibreux central du périnée, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus. Cette distension possède une limite qui dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle l'expulsion se produit. Elle est aggravée par les présentations défléchies, la macrosomie fœtale et l'expression utérine.

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

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend également le périnée antérieur, aplatissant le noyau fibreux central du périnée et augmentant la distance ano-vulvaire : les déchirures occasionnées (cotées de grade 1 à 4), touchent dans l'ordre : la muqueuse vaginale, le noyau fibreux central du périnée puis le sphincter anal externe et enfin le sphincter interne et la muqueuse ano-rectale.

L'épisiotomie médio-latérale, incision dirigée du périnée équivalente à une lésion de grade 2, est censée éviter les déchirures périnéales de grade 3 et 4. Elle doit intéresser le faisceau pubo-rectal dans son entier et ne doit donc pas être réalisée trop précocement.

— **Au décours de tout accouchement** non compliqué de rupture sphinctérienne, apparaît une altération de la fonction des

sphincters : diminution significative des pressions basales et des pressions de contractions volontaires, mesurées 6 semaines avant et après l'accouchement par voie basse. Au décours d'un accouchement par césarienne, ces pressions ne sont pas modifiées (34).

Trois mois après l'accouchement, il existe une normalisation spontanée des pressions étudiées en manométrie ano-rectale (14).

Cette altération fonctionnelle est la conséquence d'un ensemble de minimes traumatismes obstétricaux à l'origine de dilacérations des fibres conjonctives, musculaires et nerveuses du périnée et de la chute du taux hormonal (12).

Sur le plan neurologique, des études électrophysiologiques (31, 32, 34) ont mis en évidence un allongement significatif de la latence distale motrice du nerf pudendal chez l'accouchée par voie vaginale. Cette neuropathie distale n'existe pas après une césarienne. Elle se corrige spontanément dans les deux mois suivant l'accouchement dans la majorité des cas.

4. LÉSIONS DU SPHINCTER ANAL SECONDAIRES À L'ACCOUCHEMENT

4.1. Les ruptures sphinctériennes

Les ruptures sphinctériennes peuvent être diagnostiquées au décours immédiat de l'accouchement : périnée complet du troisième degré (rupture du sphincter externe de l'anus) ou du quatrième degré (rupture de la paroi ano-rectale comprenant la muqueuse anale) ou rester occultes et se révéler secondairement lors du bilan d'une hypocontinence anale pouvant se manifester après plusieurs décennies.

4.1.1. Le périnée complet

Les lésions de grade 3 compliquent l'expulsion dans 0,5 à 1 % des accouchements par voie basse (8, 13, 33, 36). Elles sont traitées en règle par une réparation primaire : suture bout à bout du sphincter externe immédiatement après l'accouchement.

Les lésions associées de la muqueuse anale (lésions périméales de grade 4) peuvent compliquer la réparation primaire par ses risques infectieux et par la formation d'une fistule ano ou recto-vaginale.

Malgré le traitement initial, une incontinence anale est notée dans 17 à 47 % des cas (6, 13, 33). Il s'agit, dans les deux tiers des cas, d'une incontinence modérée aux gaz ou d'une impériosité à la défécation, d'où l'importance de l'interrogatoire systématique.

Les explorations fonctionnelles montrent plusieurs anomalies.

À la manométrie, une persistance de l'altération des pressions sphinctériennes au-delà du 3^e mois du post-partum (14). Elle concerne : la contraction volontaire chez toutes les femmes symptomatiques traduisant en règle une lésion du sphincter externe, le tonus de base après toute lésion périnéale de grade 4 traduisant une lésion associée du sphincter interne (13).

À l'échographie endo-anale, la persistance d'un *defect* sphinctérien dans 65 à 80 % des cas, en dépit de la réparation chirurgicale initiale (6, 33). Toutes les femmes symptomatiques, même transitoirement, ont une rupture sphinctérienne.

Le devenir de ces femmes est mal connu, cependant on peut estimer qu'une grande proportion de celles qui ont un *defect* à l'échographie verront s'aggraver leurs symptômes lors des accouchements ultérieurs et au moment de la ménopause. Il existe un risque d'incontinence définitive significatif (17 %) après un autre accouchement chez les femmes ayant eu une incontinence transitoire après un périnée complet (4).

4.1.2. Les ruptures sphinctériennes occultes

Elles ont été mises en évidence de façon rétrospective : plus de 80 % des sujets présentant une incontinence anale ont une rupture sphinctérienne à l'échographie endo-anale (6, 9, 23, 27).

Chez les femmes, il existe une association avec des accouchements traumatiques ou instrumentaux dans 100 % des ruptures complètes du sphincter externe. En ce qui concerne les *defects* proximaux (à la partie basse) du sphincter externe ou les *defects* du sphincter interne, les deux tiers des femmes avaient eu des accouchements considérés comme non compliqués.

Les *defects* d'origine obstétricale touchent le plus souvent la partie antérieure et moyenne en hauteur de l'anneau sphinctérien, au niveau du sphincter externe dans 90 % des cas, du sphincter interne dans 65 % des cas.

Une étude prospective (34) a confirmé ces données :

- Chez des femmes évaluées par échographie endo-anale 6 semaines avant et après leur accouchement ;
- Chez les primipares un *defect* sphinctérien apparaît dans 35 % des cas ;

— Chez les multipares, il préexiste dans 40 % des cas et ce chiffre n'augmente que de 4 % en postpartum;

— Aucune rupture n'est notée après une césarienne.

C'est donc le premier accouchement qui est le plus traumatisant pour le sphincter anal.

Dans la moitié des cas la rupture sphinctérienne est mixte, dans un tiers des cas il existe une rupture isolée du sphincter interne. L'atteinte du sphincter externe ne semble survenir qu'en cas de déchirure ou d'épisiotomie (en continuité avec la destruction périnéale) alors que l'atteinte du sphincter interne peut se voir avec un périnée intact.

Seul un tiers de ces femmes sont symptomatiques (impériosité, incontinence anale aux gaz, aux selles liquides dans moins de 10 % des cas) et 40 % d'entre elles s'améliorent avant le 6^e mois, sans que les lésions échographiques se modifient. Le devenir des femmes asymptomatiques ou présentant des symptômes transitoires reste encore à étudier.

4.2. La dénervation périnéale

Depuis les travaux de Snooks (31, 32) il est acquis que la dénervation des muscles du plancher pelvien et du sphincter externe retrouvée dans 75 % des incontinenances anales « idiopathiques » est associée à l'existence d'accouchement par voie vaginale.

La latence motrice distale du nerf pudendal est augmentée chez la moitié des femmes accouchant (35 % des primipares, 50 % des multipares) par voie basse ; elle est normale après césarienne. À 2 mois, elle redevient normale, sauf dans 10 % des cas ou elle reste allongée chez les multipares ou après forceps. À 5 ans, l'étude contrôle montre que cette perturbation persiste et évolue pour son propre compte, en corrélation avec l'apparition d'incontinenances urinaires d'effort ou d'incontinenances anales aux gaz.

La dénervation est présente chez près de 60 % des femmes ayant une rupture sphinctérienne en post-partum (30).

En résumé, parmi les incontinenances anales d'origine obstétricale :

- 57 % sont mixtes ;
- 29 % ont une rupture sphinctérienne isolée ;
- 14 % ont une neuropathie isolée (9).

4.2. Facteurs favorisants

— **La primiparité** est un facteur de risque des ruptures sphinctériennes qu'elles soient diagnostiquées d'emblée (33, 36) ou occultes. La neuropathie est liée à la multiparité : atteinte cumulative avec le nombre des accouchements (32).

— **Les accouchements instrumentaux** : l'emploi de forceps est associé à l'augmentation du nombre de périnées complets (19, 33, 36). L'échographie retrouve 80 % de *defects* occultes après leur utilisation. L'emploi de ventouses est moins traumatisant : 24 % de *defects* échographiques (34). La fréquence des neuropathies est également liée à l'emploi de forceps (32).

— **La durée prolongée de la phase d'expulsion** favorise les ruptures sphinctériennes et les neuropathies.

— **La macrosomie fœtale** (plus de 4 kg), les présentations occipito-postérieures (26) ou par le siège ont été signalées en association avec les périnées complets.

— **Les épisiotomies** médianes employées par les anglosaxons sont associées à une multiplication par 3 à 8 de la fréquence de périnées complets (7, 11). La fréquence de ces lésions est moindre lorsque l'indication de ce type d'épisiotomie est limitée aux accouchements instrumentaux ou aux détresses fœtales (21, 35).

Les épisiotomies médio-latérales ne suffisent pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux (33, 34). Plusieurs études comparant des populations similaires pour la parité, la présentation, l'emploi de forceps, mais différant dans le recours à l'épisiotomie (par groupes de sages-femmes en fonction de leur pratique habituelle (17), ou par groupes de sages-femmes réparties en fonction d'un objectif donné : éviter une lésion périnéale ou prévenir une souffrance fœtale (1, 29) ont été réalisées. La diminution du taux d'épisiotomies de 80 % à 20 %, ne semble pas modifier le taux des lésions périnéales de haut grade.

Un taux idéal d'épisiotomies pour obtenir un minimum de périnées complets serait d'après ces études de 20 à 30 %.

Cependant, il est difficile d'éliminer tous les facteurs confondus de ces travaux et de cerner la chronologie des lésions sphinctériennes par rapport à l'incision prophylactique : épisiotomie trop précoce, insuffisante, lésions antérieures à l'incision?

4.3. Diagnostic

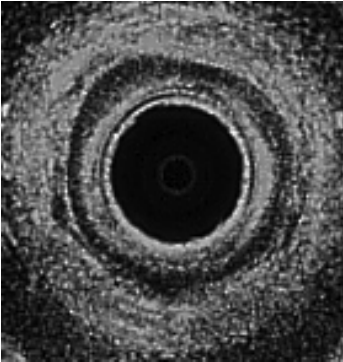
4.3.1. Les explorations fonctionnelles ano-rectales

— La manométrie ano-rectale : une sonde à ballonnets ou cathéters perfusés enregistre les pressions du canal anal. Elle mesure la pression intra-canaulaire basale, la longueur du canal anal, l'amplitude et la durée de la contraction volontaire, les caractères du réflexe recto-anal inhibiteur, le volume de la première sensation rectale et le volume maximum tolérable.

C'est un examen indolore, qui confirme l'incontinence et la quantifie. Il oriente vers un mécanisme préférentiel de l'incontinence (trouble de la fonction musculaire prédominant sur le sphincter interne et/ou externe; trouble de la sensibilité ou du volume rectal). Son caractère reproductible permet d'évaluer l'évolution après traitement.

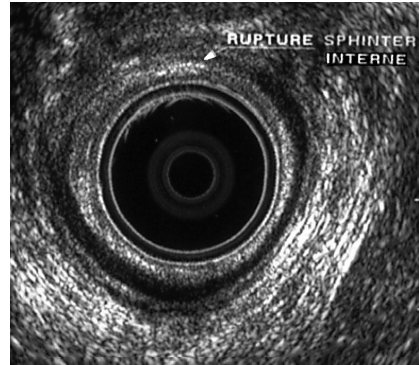
— L'échographie endo-anales (Fig. 1) : elle permet la visualisation de la localisation des ruptures (Fig. 2), de leur siège sur l'anneau sphinctérien et de leur hauteur (haute, moyenne ou basse). Cet examen indolore objective la qualité d'une réparation chirurgicale (25).

Figure 1
Échographie endo-anales



Aspect sphinctérien normal
avec anneau sombre, interne, hypoéchogène (sphincter interne) et anneau clair, externe, hyperéchogène (sphincter externe).

Figure 2
Échographie endo-anales



Rupture isolée du sphincter interne de l'anus
d'origine post-obstétricale.

(Clichés Docteur V. de Parades, Hôpital des Diaconesses, Paris)

— Les explorations électrophysiologiques périnéales postérieures : elles comprennent un examen de détection par électromyographie, une étude de la latence du réflexe bulbocaverneux, la latence distale motrice du nerf pudendal (grâce à une électrode du St Mark's Hospital qui se fixe au doigt et permet une stimulation du nerf pudendal au niveau de son trajet en regard de l'épine ischiatique) et l'étude des potentiels évoqués corticaux somesthésiques du nerf pudendal.

Elles permettent d'explorer les différents étages neurologiques potentiellement lésés (neuropathie d'étirement, hématome compressif médullaire après anesthésie péridurale...)

La manométrie, l'échographie et la latence motrice distale du nerf pudendal sont réalisables et reproductibles chez la femme enceinte.

4.3.2. Indications

En post-partum

— Après un « périnée complet », si la patiente est symptomatique (même transitoirement) (33) ou pour certains dans tous les cas afin de détecter une rupture asymptomatique pour prévenir les facteurs aggravants ultérieurs.

— Après tout accouchement, chez toute patiente symptomatique (même transitoirement) malgré la rééducation périnéale habituelle.

Avant l'accouchement

— Chez toute patiente risquant l'aggravation de lésions antérieures et faisant discuter l'indication d'une césarienne : réparation sphinctérienne antérieure, antécédent de fistule complexe ou de lésion périnéale crohnienne compte tenu du caractère divergent des diverses études dans la littérature, anastomose iléo-anales surtout en cas de troubles de la continence préexistants ou de périnée cicatriciel.

4.4. Traitement

Le schéma thérapeutique suivant peut être proposé :

4.4.1. Traitement curatif

En présence d'une incontinence anale du post-partum même minime : impériosité des selles, incontinence anale aux gaz, malgré la rééducation périnéale habituelle, un premier bilan

comprenant une manométrie ano-rectale et une échographie endo-ale sera réalisé à 3 mois.

Le dépistage de ces symptômes, souvent dissimulés par les patientes, est essentiel pour une prise en charge thérapeutique précoce et efficace. Il doit être fait, au même titre que la recherche d'un dysfonctionnement urinaire, à la visite obligatoire post-natale.

En l'absence de résultat manométrique ou échographique préoccupant, la récupération physiologique sera attendue en renforçant éventuellement la kinésithérapie habituelle par des séances de rééducation par *biofeedback* voire d'électrostimulation périnéale postérieure.

En cas de lésion sphinctérienne authentifiée par échographie, ces examens seront répétés après 3 mois. Une électrophysiologie périnéale permettra d'évaluer une éventuelle dénervation associée avant de poser l'indication chirurgicale.

La réparation sphinctérienne est une suture bout à bout du sphincter ou pour certains en paletot (24). Elle ne peut être réalisée que pour une rupture de moins de la moitié de l'anneau sphinctérien.

Après sphinctéroplastie, l'amélioration des symptômes est obtenue dans 80 % des cas et le *defect* échographique est corrigé dans les mêmes proportions (10).

La technique de *flap-valve* peut être associée avec de bons résultats en cas de fistule rectovaginale (20). La réparation du sphincter interne peut être tentée par la réalisation d'une suture en deux couches : ses résultats sont contestés. La réparation isolée du sphincter interne n'est pas actuellement démontrée comme bénéfique.

Les résultats attendus de la réparation sphinctérienne, s'ils ne doivent pas faire renoncer formellement à l'intervention, doivent être nuancés en cas de neuropathie du nerf pudendal. Il existe une corrélation négative entre la qualité des résultats fonctionnels et l'existence d'une dénervation (18). Dans l'étude de Laurberg (22), seuls 11 % des sujets présentant une neuropathie sont améliorés.

Si l'incontinence anale est immédiatement secondaire à un accouchement compliqué d'une déchirure périnéale de grade 3 ou 4, et ce malgré une réparation primaire, il est licite de réaliser la réparation secondaire de façon plus précoce (2).

En cas d'incontinence anale persistante et en l'absence de rupture du sphincter, une neuropathie isolée fera discuter une

rééducation par *biofeedback* ou une autre technique chirurgicale : « *post-anal repair* » isolé ou associé à un geste antérieur.

4.4.2. Traitement préventif

Il s'agit d'une prévention primaire par le recours aux manœuvres obstétricales les moins traumatisantes pour le périnée à définir au mieux par l'obstétricien (15).

Une prévention secondaire des lésions périnéales post-obstétricales passe par le suivi clinique rigoureux, le recueil des données des explorations fonctionnelles consignées dans le dossier obstétrical des patientes ayant déjà eu un traumatisme sphinctérien. Une rééducation précoce ou un traitement chirurgical de bonne qualité et l'indication d'une césarienne en cas de grossesse ultérieure sur certains périnées fragilisés ou réparés de façon fonctionnelle pourront ainsi être discutés.

5. AUTRES PATHOLOGIES SPHINCTÉRIENNES EN RAPPORT AVEC L'ACCOUCHEMENT

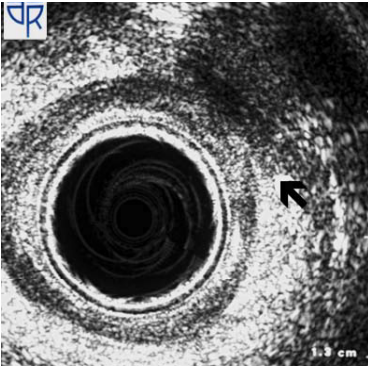
5.1. Les hématomes intra-sphinctériens

Contemporains des hématomes périnéaux post-obstétricaux, ils ont été identifiés par le développement récent de l'échographie endo-anale. Ils apparaissent comme des images de distension sphinctérienne, sans rupture, régressives au contrôle échographique à 2 mois. Leur retentissement fonctionnel sphinctérien anal n'a pas été étudié à court et moyen terme (Fig. 3).

5.2. L'endométriiose intra-sphinctérienne

Plusieurs articles rapportent la présence de nodules endométriosiques dans l'appareil sphinctérien anal voire le muscle pubo-rectal (Fig. 4) après accouchement. Ils siègent généralement dans la cicatrice d'épisiotomie (28) mais d'autres localisations sont possibles (3). L'intérêt de l'échographie endo-anale dans leur identification est primordial (16). Le traitement consiste en l'exérèse du nodule avec sphinctérorraphie dans le même temps.

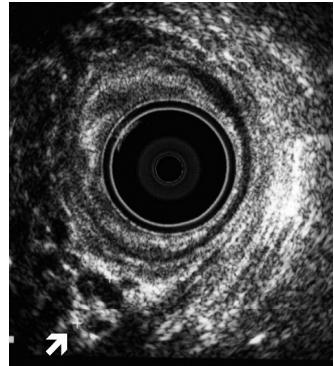
Figure 3
Échographie endo-anale



Hématome post-obstétrical
(flèche noire) distendant le sphincter externe sans le rompre.

(Clichés Docteur V. de Paradès, Hôpital des Diaconesses, Paris)

Figure 4
Échographie endo-anale



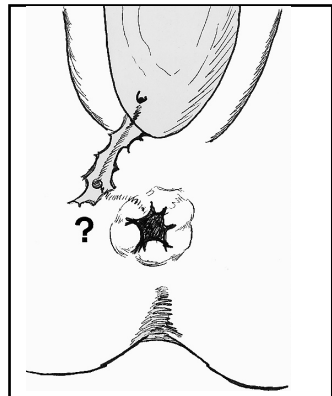
Nodule endométriosique
(flèche blanche) dans le muscle pubo-rectal.

5.3. Les fistules ano-périnéales ou ano-vaginales post-obstétricales

Elles représentent 90 % des fistules rectovaginales (FRV) et surviennent dans 0,1 % des délivrances vaginales. Leur siège est antérieur ou médio-latéral (déchirures ou séquelles d'épisiotomies). Le rôle de l'épisiotomie dans l'apparition de ces fistules reste controversé, préventif pour certains ou favorisant pour d'autres par réparation imparfaite ou surinfection. Certaines formes trompeuses doivent être connues (Fig. 5).

Certaines particularités caractérisent l'origine obstétricale : le trajet souvent direct, la fermeture spontanée possible en post-partum et le rôle du travail prolongé par nécrose transmurale secondaire. L'histologie systématique peut révéler du tissu endométriosique.

Figure 5
Fistule ano-périnéo-vaginale



Forme trompeuse de fistule ano-vaginale.

La fistule anale est souvent ignorée, source de récédive

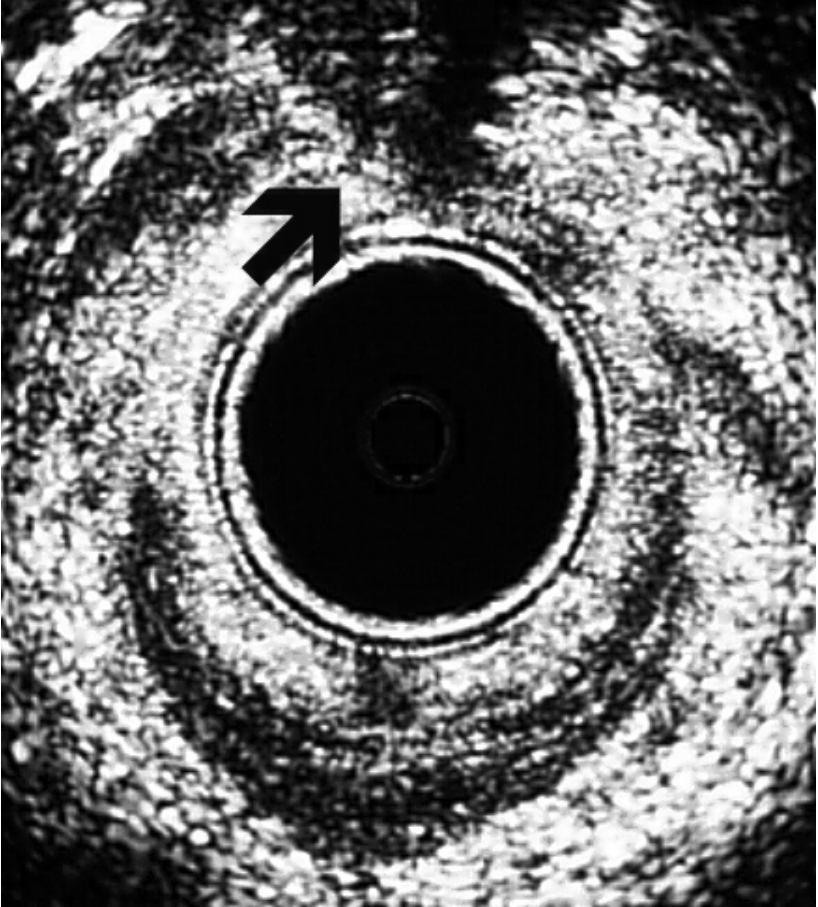
Les techniques utilisent la voie d'abord locale laissant abord abdominal et transpositions musculaires aux FRV d'autres étiologies. Trois procédés sont employés : abord trans-anal (Laird), transvaginal ou périnéal (Musset). La préparation colique avec nutrition parentérale est préférée à la colostomie de protection par la majorité des auteurs pour la réparation initiale de ce type de FRV. La colostomie a la faveur de plusieurs auteurs lors de réinterventions.

Les fistules rectovaginales d'origine obstétricale sont, classiquement, simples et de bon pronostic. L'échographie visualise les trajets inhabituels et vérifie l'intégrité sphinctérienne (Fig. 6) conditionnant l'indication chirurgicale. Une prévention accrue lors des délivrances vaginales et une fermeture rigoureuse des épisiotomies devraient encore réduire leur faible fréquence.

CONCLUSION

L'accouchement par voie basse est générateur de lésions périnéales postérieures, surtout sphinctériennes, dont certaines peuvent être longtemps méconnues et intervenir ultérieurement dans la physiopathologie d'incontinences anales multi-factorielles. À la ménopause, l'incontinence anale dite « idiopathique » est 8 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme de même âge. La diminution de la mortalité néonatale et maternelle grâce aux progrès des techniques obstétricales rend dorénavant primordiale la prévention et le dépistage des lésions génératrices d'une lourde morbidité maternelle chez ces femmes à l'espérance de vie en progression constante. Une connaissance plus approfondie des atteintes périnéales postérieures devrait permettre leur recul facilitant la prévention de l'incontinence anale chronique de traitement encore délicat. Une meilleure prise en compte de leur survenue chez les parturientes et accouchées s'impose par tous les acteurs du plancher pelvien au premier rang desquels se placent les obstétriciens.

Figure 6
Échographie endo-anale



Fistule ano-vaginale avec ruptures des sphincters interne et externe de l'anus (flèche noire) d'origine post-obstétricale.

(Cliché Docteur V. de Parades, Hôpital des Diaconesses, Paris)

Résumé

L'accouchement par voie basse peut être à l'origine de lésions sphinctériennes anales, thème de nombreuses publications depuis 10 ans (4, 5, 6, 8, 13, 14, 33, 34). Celles contemporaines de la délivrance vaginale regroupent les déchirures des sphincters et leur dénervation. Les autres, secondaires, sont rares et associent les lésions iatrogènes des réparations de fistules ano-périnéo-vaginales d'origine obstétricale, la greffe de foyers endométriosiques voire la résorption d'hématomes intrasphinctériens.

Les « périnéés complets » sont des lésions secondaires à la distension terminale du périnée au cours de l'expulsion. D'emblée diagnostiquées et traitées, elles n'ont pas recours aux investigations périnéales avant réparation. Elles concernent toutefois moins de 1 % des délivrances vaginales.

Les ruptures sphinctériennes occultes, ignorées initialement, sont plus fréquentes, leurs defects échographiques apparaissent chez une primipare sur trois. Elles peuvent toucher isolément l'un ou l'autre des sphincters, interne ou externe, ou être associées dans un cas sur deux.

Ces lésions sont à l'origine d'incontinences anales souvent modérées (gaz, impériosité des selles) et fréquemment réversibles; leur évolution ultérieure reste encore mal définie. Elles s'associent dans la moitié des cas à des lésions de dénervation périnéale secondaire (origine ischémique?) et à un étirement des terminaisons des nerfs pudendaux. Leurs facteurs favorisants sont la primiparité, le recours aux forceps, la macrosomie fœtale et certaines présentations (siège, occipito-postérieure).

Leur diagnostic repose sur un bilan complet périnéal postérieur (manométrie anorectale, électrophysiologie périnéale et échographie endo-anale) demandé en cas de signes fonctionnels persistants à 3 mois en post-partum.

Ces examens permettent d'orienter la conduite thérapeutique : sphinctérorraphie en cas de rupture symptomatique du sphincter externe, rééducation fonctionnelle avec biofeedback devant une lésion isolée du sphincter interne.

La surveillance ultérieure de ces femmes, victimes d'un traumatisme sphinctérien obstétrical, permettra de prédire les risques d'apparition d'une incontinence anale secondaire et préciser le rôle préventif d'une césarienne lors des accouchements ultérieurs.

Bibliographie

1. Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine versus selective episiotomy : a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342:1517-8.
2. Arona AJ, Al-Marayati L, Grimes DA, Ballard CA. Early secondary repair of third and fourth degree perineal lacerations after outpatient wound preparation. *Obstet Gynecol* 1995;86:294-6.
3. Bacher H, Schweiger W, Cervenka H, Mischinger HJ. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999;42:680-2.
4. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:724-26.
5. Bourguignon J, Bauer P, Atienza P. Conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anus. *Presse Med* 1998;33:1702-6.
6. Burnett SJ, Spence-Jones C, Speakman C, Kamm MA, Hudson C, Bartram C. Unsuspected sphincter damage following childbirth revealed by anal endosonography. *Br J Radiol* 1991;64:225-7.
7. Coombs CA, Robertson PA, Laros RK. Risks factors for third-degree and fourth-degree perineal laceration in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:100-4.
8. Crawford LA, Quint EH, Pearl MI, De Lancey JO. Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol* 1993;82:527-31.
9. Deen KI, Kumar D, Williams JG, Olliff J, Keighley MRB. The prevalence of anal-sphincter defects in faecal incontinence : a prospective endosonic study. *Gut* 1993;34:685-8.
10. Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, Koorevaar M. Anal sphincter repair improves anorectal function and endosonographic image. A prospective clinical study. *Dis Colon Rectum* 1996;39:878-85.
11. Green JR, Soohoo SL. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstet Gynecol* 1989;73:732.
12. Haadem K, Dahlström JA, Ling L. Anal sphincter competence in healthy women : clinical implications of age and other factors. *Obstet Gynecol* 1991;78:823-27.
13. Haadem K, Dahlström JA, Ling L, Ohrlander S. Anal sphincter function after delivery rupture. *Obstet Gynecol* 1987;70:53.
14. Haadem K, Dahlström JA, Lingman G. Anal sphincter function after delivery : a prospective study in women with sphincter rupture and controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;35:7-13.
15. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor : obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;88:470-8.
16. Hauge C, Bachmann Nielsen M, Rasmussen O, Christiansen J. Clinical findings and endosonographie appearance of endometriosis in the anal sphincter. *J Clin Ultrasound* 1993;21:48-51.
17. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:950-4.
18. Jacobs PPM, Scheuer M, Kuijpers JHC, Vingerhoets MH. Obstetric fecal incontinence : Role of pelvic floor denervation and results of delayed sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 1990;33:494-7.
19. Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L and coll. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:524-30.

20. Khanduja KS, Yamashita HJ, Wise WE, Aguilar PS, Hartmann RF. Delayed repair of obstetric injuries of the anorectum and vagina : a stratified surgical approach. *Dis Colon Rectum* 1994;37:344-9.
21. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH and coll. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8.
22. Laurberg S, Swash M, Henry MM. Delayed external sphincter repair for obstetric tear. *Br J Surg* 1988;75:786-8.
23. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. Anal endosonography in the investigation of faecal incontinence. *Br J Surg* 1991;78:312-4.
24. Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JP. Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma : five year follow-up functional results. *Int J Colorectal Dis* 1994;9:110-3.
25. Nielsen MB, Dammegaard L, Pedersen JF. Endosonographic assessment of the anal sphincter after surgical reconstruction. *Dis Colon Rectum* 1994;37:434-8.
26. Pearl ML, Roberts JM, Laros RK, Hurd WW. Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position. *J Reprod Med* 1993;38:955-61.
27. Rieger NA, Sweeney JL, Hoffmann DC, Young JF, Hunter A. Investigation of fecal incontinence with endoanal ultrasound. *Dis Colon Rectum* 1996;39:860-4.
28. Sayfan J, Benosh L, Segal M, Orda R. Endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1991;34:713-6.
29. Sleep J, Grant A, Garcia JO, Elbourne D, Spencer J, Chalmers. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-90.
30. Snooks SJ, Henry NM, Swash M. Faecal incontinence due to external anal sphincter division in childbirth is associated with damage to the innervation of the pelvic floor musculature : a double pathology. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92:824-8.
31. Snook SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor : a 5 year follow-up. *Br J Surg* 1990;77:1358-60.
32. Snook SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;8:546-50.
33. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears : risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994;308:887-91.
34. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
35. Thorp JM, Bowes WA. Episiotomy : can its routine use be defended ? *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1027-30.
36. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg* 1996;83:218-21.