



## Les traumatismes ano-rectaux d'origine obstétricale

### Incidence

Les conséquences directes et indirectes de l'accouchement par voie vaginale sont nombreuses :

Tels les troubles de la statique pelvienne.

L'incontinence urinaire ou fécale.

Les douleurs périnéales.

Le rôle du premier accouchement est primordial, les accouchements suivants ne faisant qu'aggraver les lésions déjà constituées.

Nous ne parlerons que du versant proctologique de ces complications

L'anatomie pelvi-périnéale dépend de trois systèmes dont l'action est synergique :

Un système suspensif, constitué de structures ligamentaires.

Un système cohésif, composé de fascias réalisant une trame conjonctive, plus ou moins lâche entre les différents viscères.

Un système de soutien musculaire, constitué essentiellement par les muscles releveurs de l'anus qui ferment l'ouverture inférieure du pelvis en délimitant un point faible, la fente urogénitale.

Le traumatisme obstétrical altère cet équilibre précaire selon trois mécanismes:

Etirement voire rupture des structures ligamentaires.

Désolidarisation des organes entre eux par atteinte du fascia.

Altération des propriétés statiques (tonus de base) ou dynamiques (capacité contractile) des muscles périnéaux.

### 1. L'accouchement s'accompagne de modifications physiologiques, hormonales, nutritionnelles et mécaniques pouvant altérer l'appareil sphinctérien anal.

Les manœuvres instrumentales et/ou les difficultés de délivrance peuvent entraîner des lésions sphinctériennes, par un mécanisme différent de la déchirure du périnée.

Lors de présentation céphalique, mode d'expulsion le plus fréquent, après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation fœtale effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent.

Le sacrum reçoit le front, l'occiput s'applique sur la symphyse pubienne tandis que se produit une rétroimpulsion du coccyx.

Ensuite, la présentation se fléchit et distend le périnée antérieur, la région ano-vulvaire double de longueur, l'orifice vulvaire s'agrandit et le noyau fibreux central du périnée s'aplatit.

Ainsi, le périnée se moule et s'allonge sur la présentation, le faisceau pubo-rectal des releveurs est poussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. L'orifice vulvaire s'horizontalise ensuite, et, à cet instant, la distension devient maximale.

Le périnée se rétracte après le dégagement.

Les éléments anatomiques indispensables au maintien de l'intégrité du périnée sont également ceux qui transmettent la force de tension générée par l'expulsion : l'insertion des faisceaux pubo-rectaux du releveur de l'anus, de part et d'autre du sphincter externe ; la couche longitudinale complexe située entre les deux sphincters ; le changement de position du faisceau pubo-rectal lors de la deuxième phase de l'expulsion, puisque celui-ci s'intègre dans le périnée superficiel.

Soumis à une tension importante, des déchirures de structures anatomiques peuvent survenir de dedans en dehors, touchant d'abord les muscles, les muqueuses, puis la peau.

Au cours de l'expulsion, les déchirures musculaires se produisent d'abord dans la partie la plus interne des faisceaux sphinctériens des releveurs.

Les éléments les moins élastiques sont le noyau fibreux central du périnée et l'aponévrose moyenne.

Tous les muscles du noyau fibreux central peuvent être lésés. Ce sont eux qui, du fait de leur solidité, prolongent la durée d'expulsion chez la primipare. Leur défaut de cicatrisation, après une première déchirure, réduit la durée d'expulsion chez la multipare.

La muqueuse vaginale est le deuxième élément capable de se déchirer.

La solidité de la sangle pubo-rectale et sa continuité avec le sphincter externe constituent une zone de résistance, mais également permettent la transmission de la tension jusqu'à l'anneau sphinctérien externe.

Celui-ci se rompt si la traction s'exerce par l'intermédiaire des faisceaux pubo-rectaux. Les lésions sphinctériennes internes sont alors constantes, plus ou moins importantes, et parfois isolées.

Enfin, la fonction sphinctérienne anale peut être altérée par l'étirement du nerf pudendal au cours de l'accouchement par voie vaginale.

Le traumatisme nerveux survient au cours des efforts de poussée et lors de la descente de la tête fœtale dans le petit bassin.

L'atrophie musculaire survient progressivement par dégénérescence neuro-musculaire.

## **2. Les déchirures obstétricales**

Vues immédiatement ne sont en général ni hémorragiques, ni douloureuses.

L'exploration des plaies se fait en position gynécologique, en écartant les lèvres et sous bon éclairage.

L'inspection permet d'apprécier les lésions en quatre degrés différents :

La déchirure du 1er degré intéresse la muqueuse vaginale et la peau.

La déchirure du 2e degré intéresse le noyau fibreux central du périnée et le bulbo-spongieux. On voit à travers la plaie les fibres intactes des muscles transverses du périnée.

La déchirure du 3e degré correspond aux déchirures complètes non compliquées. Une rupture sphinctérienne y est associée. Le sphincter externe se rompt en dehors de la ligne médiane.

L'extrémité externe est souvent rétractée tandis que l'extrémité interne saille. Latéralement, la déchirure est profonde, laissant apparaître la graisse de la fosse ischio-rectale. Lorsqu'une épisiotomie a été pratiquée, elle part à 90° de celle-ci.

La déchirure du 4e degré (déchirure complète et compliquée) correspond à des lésions du sphincter et de la muqueuse anale. La cloison recto-vaginale et la muqueuse anale sont rompues. La déchirure remonte sur le canal anal jusqu'à 2-3 cm de la marge. Elle remonte souvent plus haut sur le vagin et plonge latéralement dans la fosse ischio-rectale. Les extrémités du sphincter externe sont rétractées tandis que le sphincter interne reste adhérent à la sous-muqueuse rectale.

## **3. Sont en cause dans le traumatisme obstétrical :**

L'accouchement dystocique mais aussi l'accouchement normal voire un début de travail difficile conclu par une césarienne :

Rôle des facteurs obstétricaux :

Des lésions sphinctériennes échoendoscopiques occultes sont apparues après l'accouchement chez 35% des femmes primipares :

Elles sont à différencier des déchirures sphinctériennes que nous venons de voir.

Le taux de ces lésions augmente en cas de manœuvre instrumentale, puisqu'elles existent dans 81% des accouchements avec forceps contre seulement 23,5% après ventouse.

Parmi les facteurs favorisants, on peut séparer :

Les caractères maternels (âge, obésité, parité, antécédent d'accouchement par voie vaginale).

Les conditions de l'accouchement (durée du travail supérieure à 12 heures, durée des efforts expulsifs, déflexions de la tête fœtale, présentation postérieure).

Rôle de l'anesthésie péridurale.

Elle pourrait augmenter transitoirement l'incontinence urinaire d'effort en post-partum, mais moins qu'un bloc honteux (3,3% vs 9,6%).

Rôle de l'épisiotomie.

Qu'elle soit médiane (plus facile à réaliser et à réparer, mais exposant davantage à des lésions du sphincter anal) ou médiolatérale (nécessitant l'incision de trois plans anatomiques, cutané, muqueux et musculaire, plus douloureuse mais protégeant mieux le sphincter), l'épisiotomie de routine est contestée sur la foi d'essais randomisés qui remettent en cause ses bénéfices escomptés. En effet, elle ne prévient pas les déchirures périnéales du troisième degré pour les accouchements spontanés ou instrumentaux, et l'épisiotomie médiane en accroît même la fréquence.

De plus, il ne semble plus y avoir d'espoir que la statique pelvienne globale ou l'incontinence urinaire et fécale en bénéficient.

On se dirige donc aujourd'hui vers une pratique restreinte de l'épisiotomie.

Les conséquences cliniques sont les troubles de la statique périnéale postérieure et l'incontinence anale.

Cette dernière peut être secondaire aux lésions sphinctériennes, aux troubles de la statique et/ou à une neuropathie d'étirement du nerf honteux interne.

LES PHOTOS DES CLICHES DE DEFECOGRAPHIE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE DE RADIOLOGIE DU DOCTEUR OLIVIER LOGEAY DE L'HOPITAL LEOPOLD BELLAN

Ci dessous une photo de périnée normal



## I. Les troubles de la statique pelvienne sont :

### 1. La rectocèle correspond à une hernie de la paroi rectale.

1.1. Elle est le plus souvent antérieure (ou colpocèle postérieure), à travers une cloison recto-vaginale affaiblie, plus rarement latérale, vers les fosses ischio-rectales, ou postérieure.

1.2. Ses facteurs favorisants sont l'accouchement difficile, l'hystérectomie et la constipation terminale (anisme ou sphincter hypertonique).

1.3. Elle peut être responsable d'une pesanteur rectale, d'une dyspareunie ou de difficultés d'exonération, y compris pour les gaz, avec une sensation de besoin préservée et des manœuvres digitales endovaginales facilitant l'évacuation.

1.4. L'examen clinique en décubitus dorsal au repos, puis lors d'un effort de poussée, permet d'apprécier la laxité du mur rectal antérieur et de rechercher une déhiscence de celui-ci.

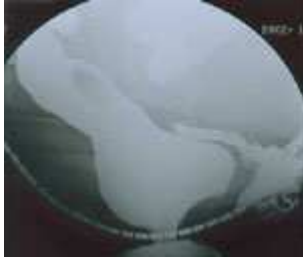
1.5. La défécographie confirme la présence de la rectocèle et son importance, mais n'est pas indispensable au diagnostic qui est essentiellement clinique.

Une rectocèle de moins de 2 cm de diamètre serait présente chez 70 % à 80 % des sujets témoins féminins asymptomatiques. La surestimation radiologique du diagnostic, même chez des femmes nullipares asymptomatiques, signifie qu'il s'agit plus de variations morphologiques que de véritables rectocèles pathologiques.

Afin d'éviter les faux positifs, sont considérées comme anatomiquement anormales les rectocèles de plus de 3 cm de profondeur, ou de plus petite taille mais dans lesquelles la baryte reste prisonnière malgré des efforts convenables d'exonération.

La défécographie permet également d'apprécier la vidange rectale et les troubles de la statique associés.

Rectocèle antérieure



1.6. D'autres examens sont nécessaires si on envisage un traitement chirurgical :

La manométrie ano-rectale, couplée au test d'expulsion d'un ballonnet rempli avec 50 ml d'eau, permet de diagnostiquer un anisme, c'est-à-dire une contraction paradoxale du sphincter externe lors de la défécation, et d'évaluer la compétence sphinctérienne.

Si le tonus anal de repos et/ou la contraction volontaire du sphincter anal externe sont diminués, un bilan plus complet est nécessaire, comprenant :

une échographie endo-ale à la recherche de lésions sphinctériennes.

Des tests électrophysiologiques périnéaux à la recherche d'une dénervation périnéale (mesure du temps de latence terminale du nerf honteux interne, voire électromyographie périnéale).

1.7. Le traitement médical comprend des aides à l'évacuation : suppositoires (d'Eductyl® ou de glycérine), lavements et manœuvres d'exonération digitales intravaginales.

La régulation du transit intestinal par des fibres alimentaires et des laxatifs peut également être utile, car il est important de réduire les efforts de poussée abdominale qui risquent d'aggraver la rectocèle et d'endommager la statique pelvienne.

En cas d'anisme, une rééducation périnéale par biofeedback permet souvent d'améliorer cette inversion de commande des muscles abdomino-périnéaux et peut suffire à corriger les troubles exonérateurs.

Les facteurs hormonaux semblent importants, la majorité des patientes ayant une rectocèle étant ménopausées, mais le rôle de l'hormonothérapie dans la prévention de la rectocèle reste à démontrer.

1.8. Le traitement chirurgical se fait essentiellement par voie basse, soit trans-ale soit, de préférence, périnéo-vaginale.

Cette dernière voie a pour inconvénient ne de pas agir sur le prolapsus rectal et la pathologie anale associée, mais elle évite la dilatation anale délétère de la voie trans-ale d'autant qu'il s'agit souvent d'un périnée fragile, traumatisé éventuellement dénervé et candidat à l'incontinence. Elle permet la réalisation d'une myorrhaphie des releveurs de l'anus et peut traiter une élytrocèle associée.

Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas de rectocèle symptomatique, lorsque la rééducation par biofeedback d'un anisme et le traitement médical de la constipation n'ont pas corrigé la gêne fonctionnelle.

Les résultats fonctionnels sont bons dans 70 à 80% des cas à court terme, mais ils ne sont pas toujours corrélés à de bons résultats anatomiques.

En l'absence de facteurs prédictifs du résultat post-opératoire, la patiente doit être informée du risque de correction incomplète des symptômes ou d'échec.

## 2. L'élytrocèle

2.1 C'est une hernie intestinale contenant de l'intestin grêle (entéroçèle) ou plus rarement une partie du sigmoïde (sigmoïdocèle).

Siégeant le plus souvent, au niveau du cul-de-sac de Douglas, entre la paroi vaginale postérieure et la paroi rectale antérieure (élytrocèle postérieure).

Les formes antérieures et latérales d'élytrocèles sont beaucoup plus rares.

Le facteur de risque principal est l'hystérectomie.

Elle est rarement isolée, s'associant fréquemment à d'autres troubles de la statique périnéale.

2.2. L'élytrocèle se manifeste :

par une sensation de pesanteur périnéale majorée par l'orthostatisme et calmée par le décubitus, une sensation de gêne intravaginale ou de réplétion rectale, avec des difficultés d'exonération ou parfois une incontinence anale.

Un examen bi-digital en position gynécologique ou debout est nécessaire pour percevoir la réplétion anormale du septum recto-vaginal.

Cependant, le diagnostic d'élytrocèle est parfois difficile sur le seul examen clinique. En particulier, la distinction entre élytrocèle et rectocèle n'est pas toujours évidente cliniquement.

2.3. Les examens complémentaires sont indispensables pour confirmer le diagnostic clinique d'élytrocèle et effectuer un bilan global du périnée.

La défécographie, avec opacification vaginale et réalisation de clichés dynamiques en poussée, objective un élargissement de l'espace recto-vaginal faisant suspecter le diagnostic.

Cependant, la défécographie seule méconnaît plus de 20% des élytrocèles. On peut sensibiliser la technique y associant un transit baryté, pour opacifier l'intestin grêle, et une opacification vaginale, avec enregistrement de la poussée et de la défécation. La péritonéographie, c'est-à-dire l'injection de produit de contraste hydrosoluble dans la cavité péritonéale, opacifie le cul-de-sac de Douglas et l'orifice herniaire, quel que soit son contenu, mais ne permet pas de diagnostiquer un autre trouble de la statique périnéale associé. On la demande rarement.

Enterocèle rectal



2.4. Le traitement de l'élytrocèle est chirurgical avec correction dans le même temps des troubles de la statique associés.

**3. La descente périnéale** est le résultat d'une faiblesse de la musculature pelvienne.

3.1. Elle peut être secondaire à une maladie neurologique (syndrome de la queue de cheval, spina bifida), ou plus fréquemment à des accouchements par voie basse ou à une constipation terminale.

3.2. Les symptômes sont une dyschésie, une pesanteur pelvienne et souvent une incontinence anale.

3.3. L'examen clinique montre une ballonnisation du périnée à la poussée.

3.4 La défécographie objective la descente périnéale et recherche des troubles de la statique associés.

Le périnée est dit descendu" lorsque la jonction ano-rectale se positionne au repos à plus de 3.5cm sous la ligne pubo-coccygienne (ligne s'étendant de la pointe du coccyx au bord supérieur de la symphyse pubienne).

On parle de"périnée descendant" lorsqu'en effort de poussée, la jonction recto-anale descend de plus de 3 cm par rapport à sa position au repos.

Périnée descendu



3.5. Le périnéomètre pied à coulisse calé sur le relief des tubérosités ischiatiques), mesure la descente périnéale au repos et lors d'effort.  
Il existe une bonne corrélation entre la défécographie et la périnéométrie, mais l'importance de la descente périnéale mesurée par périnéométrie semble sous-estimée par rapport à la méthode radiologique.

3.6. Devant une incontinence anale associée à une descente périnéale, il faut rechercher une neuropathie d'étirement du nerf honteux interne.  
Des tests électrophysiologiques comprenant essentiellement la mesure du temps de latence terminale du nerf honteux, voire un EMG périnéal et une mesure de la densité des fibres musculaires du sphincter anal externe, permettront d'objectiver des signes de dénervation.

3.7. Le traitement vise : à supprimer les efforts de poussée abdominale pour ne pas aggraver la descente périnéale déjà existante, et à traiter l'incontinence anale par une rééducation active par musculation et/ou une rééducation passive par électrostimulation.

Puis, si l'incontinence reste sévère, on peut envisager un traitement chirurgical.

Plusieurs techniques sont utilisées :

La myorrhaphie rétroanale intersphinctérienne ou postanal repair de Parks concerne le sphincter externe et le pubo-rectal, permet de restaurer le mécanisme passif de la continence en reconstituant l'angle ano-rectal, de reconstituer la sangle musculaire périnéale et d'allonger le canal anal.

La myorrhaphie préanale n'a d'intérêt qu'en cas de rectocèle ou de rupture sphinctérienne antérieure associée.

La myorrhaphie pré et rétroanale ou total pelvic floor repair associe les deux précédentes myorrhaphies et est la technique la plus utilisée actuellement (60 à 90% de restauration de continence aux selles solides et liquides).

#### **4. Le prolapsus rectal**

Est une invagination du rectum vers le bas, intéressant tout ou partie de la paroi.

Pouvant rester intrarectale (prolapsus interne ou intussusception de bas grade) ou s'engager dans le canal anal (prolapsus interne de haut grade) ou s'extérioriser.

La filiation entre les différents types de prolapsus n'est pas clairement établie.

4.1. Le prolapsus rectal interne s'accompagne d'une dyschésie avec manœuvres digitales endoanales facilitatrices.

Il est fréquemment associé à un anisme.

Son diagnostic est souvent fait au toucher rectal ou à la rectoscopie.

La défécographie permet de visualiser les points de départ et d'arrivée du prolapsus, son caractère localisé à une face (face antérieure surtout) ou circulaire, apprécie la vidange rectale et la stabilité du périnée.

On retrouve souvent chez des témoins asymptomatiques un prolapsus rectal interne qui n'atteint ni ne s'engage jamais dans le canal anal.

Le traitement est avant tout médical, en essayant de réduire la dyschésie par des suppositoires (d'Eductyl® ou de glycérine), en traitant une constipation associée, en réduisant un anisme par biofeedback.

Le traitement chirurgical ne s'adresse qu'aux prolapsus intracanalaires, après échec du traitement médical. En l'absence de lésion associée, il est préférable de choisir une voie basse, telle la technique de Delorme ou de l'hémi-Delorme antérieur, la voie abdominale risquant d'aggraver la dyschésie.

Prolapsus rectal



## 4.2. Le prolapsus rectal extériorisé

4.2.1. Se manifeste après une poussée abdominale. Il est au mieux visualisé le patient étant en position accroupie, en lui demandant de pousser.

Il apparaît comme un bourrelet conique rouge sombre, à sillons concentriques (ce qui le différencie du prolapsus muco-hémorroïdaire où les sillons sont radiés).

Au repos, l'anus est hypotonique et parfois béant. Une incontinence anale et des écoulements glaireux sont souvent présents.

4.2.2. Le diagnostic est clinique, mais la défécographie permet de rechercher des lésions associées et est principalement indiquée avant une correction chirurgicale, de même qu'une manométrie ano-rectale et une mesure du temps de latence distale du nerf honteux interne.

### Prolapsus rectal extériorisé



4.2.3. Le traitement est avant tout chirurgical et peut être réalisé par voie haute, abdominale, ou par voie basse, périnéale.

Les rectopexies par voie haute fixent le rectum au promontoire ou au sacrum :

Par l'intermédiaire : de matériel prothétique disposé autour du rectum (intervention de Ripstein), de bandelettes non résorbables (intervention de Orr-Loygue) ou de tissu synthétique interposé dans la concavité sacrée (intervention de Wells).

La dissection doit préserver les ailerons rectaux latéraux qui sont des voies d'innervation importantes pour l'évacuation rectale.

La voie haute doit être préférée si le haut rectum est mobile ou s'il existe une lésion associée nécessitant un traitement par abord abdominal.

La correction anatomique du prolapsus et l'amélioration de la continence sont bonnes, mais l'apparition ou l'aggravation d'une constipation ou d'une dyschésie est fréquente, amenant certains à proposer une sigmoïdectomie dans le même geste.

Les deux principales techniques par voie basse sont :

L'intervention d'Altemeier (résection totale du prolapsus avec anastomose directe et levatorplastie antérieure et/ou postérieure).

L'intervention de Delorme (mucosectomie circulaire du bas rectum avec plicature de la musculature).

La première entraîne moins de récurrences que la dernière, au prix d'une morbidité plus importante (risque de lâchage anastomotique, de sténose).

Les deux techniques n'entraînent pas de constipation

## II. L'incontinence anale

**1. Incidence** : 13% des primipares développent une hypocontinence anale dans les suites de l'accouchement.

Près de 25% des femmes accouchant par voie vaginale ont des défauts sphinctériens à l'échographie endo-anale. Les déchirures périnéales augmentent le risque de rupture sphinctérienne, même en dehors d'une manœuvre instrumentale.

**2. Des examens complémentaires** sont indispensables, en cas d'incontinence anale durable et permettront d'éclaircir son mécanisme et de guider le traitement:

- Une manométrie ano-rectale,
- Une échographie endo-anale.
- Une évaluation neurophysiologique.

**3. Trois cas de figure sont alors schématiquement possibles :**

3.1. Les déchirures périnéales des 3e et 4e degrés surviennent dans moins de 1% des cas et sont associées aux déchirures sphinctériennes dans 85% des cas.

Elles doivent donc conduire systématiquement à un bilan clinique et morphologique à la recherche d'une atteinte sphinctérienne dont la méconnaissance amène à une incontinence précoce ou tardive. Ce bilan est à faire juste après la délivrance, pour réaliser une réparation sphinctérienne chirurgicale immédiate :

Cette réparation n'est pas toujours facile techniquement du fait des difficultés à repérer les extrémités sphinctériennes en raison de l'œdème ou d'un hématome.

Même lorsqu'une réparation immédiate semble techniquement réussie, elle ne restitue une continence satisfaisante que dans 60% des cas dans les déchirures périnéales du troisième degré. Il faut donc réévaluer la continence à distance.

3.2. Les ruptures sphinctériennes occultes. Six semaines après un accouchement par voie vaginale, on observe une hypocontinence anale ou des besoins impérieux chez 13% des primipares et 23% des multipares, bien qu'aucune déchirure des 3e ou 4e degré n'ait été enregistrée.

L'échographie endo-anale visualise des lésions sphinctériennes chez 35% et 44% d'entre elles respectivement,

et la manométrie ano-rectale montre des pressions anales diminuées au repos et lors de la contraction volontaire. Toutes les femmes (sauf une) ayant des problèmes de continence ou des urgences en post-partum avaient également des lésions sphinctériennes échographiques. Aucune incontinence ou rupture sphinctérienne n'a été notée chez les femmes césariées.

3.3. Incontinence anale sans rupture sphinctérienne ni déchirure périnéale. Un étirement du nerf pudendal peut survenir au cours des efforts de poussée et lors de la descente de la tête fœtale dans le petit bassin.

L'atrophie musculaire survient progressivement par dégénérescence neuromusculaire.

La lésion nerveuse passe le plus souvent inaperçue lors de l'accouchement et l'incontinence anale s'installe tardivement, avec une plus grande fréquence chez la multipare.

Elle peut s'associer à une descente du périnée.

L'électromyographie anale montre, dans ce cas, des réponses musculaires inadaptées à la stimulation nerveuse. Le temps de latence motrice distale du nerf honteux interne est allongé. Plusieurs études ont confirmé l'atteinte neuromusculaire ano-périnéale dans le post-partum, en particulier chez les femmes accouchant par voie vaginale.

## **En conclusion**

Les complications pelvi-périnéales induites par l'accouchement par voie basse suscitent une réflexion importante, parce qu'elles entraînent des répercussions, immédiates et retardées, indiscutables et préoccupantes, pas toujours exprimées.

Leur diagnostic ne repose pas exclusivement sur l'examen clinique.

Le risque neuro-sphinctérien doit être évoqué avec la patiente dès la première grossesse, car il s'agit d'une complication fréquente.