

*Anal incontinence
after childbirth:
A hot topic...*

Nadia Fathallah¹
Lucas Spindler¹
Christian Thomas¹
Elie Azria^{3,4}
Jean-David Zeitoun²
Eric Sauvanet³
Vincent de Parades¹

¹ Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph,
Service de proctologie médico-
chirurgicale, 185 rue Raymond
Losserand, 75014 Paris

² Groupe Hospitalier Diaconesses Croix
Saint-Simon, Service de proctologie
médico-chirurgicale, 125 rue d'Avron,
75020 Paris

³ Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph,
Service de gynécologie et d'obstétrique,
185 rue Raymond Losserand,
75014 Paris

⁴ Inserm UMR1153, Équipe de recherche
en épidémiologie obstétricale
périnatale et pédiatrique,
Université Paris Descartes

@ Correspondance : N. Fathallah
nfathallah@hpsj.fr

L'incontinence anale du post-partum : un sujet d'actualité...

▼ Résumé

L'incontinence anale (IA) du post-partum est un sujet d'actualité en raison de sa fréquence et de son impact significatif sur la qualité et les projets de vie de la femme. L'accouchement par voie basse semble être un facteur de risque d'IA du post-partum par un mécanisme le plus souvent multifactoriel (neuropathie pudendale, modifications tissulaires et déchirures sphinctériennes). Le dépistage concerne les patientes ayant des facteurs de risque obstétricaux propres à la mère et au bébé (âge avancé et surpoids maternel, multiparité, macrosomie, présentations dystociques du bébé, etc.) mais également vise à identifier les lésions sphinctériennes anales préexistantes chez la mère même si elle est asymptomatique. La césarienne programmée semble prévenir le risque d'IA chez ces patientes à risque, mais quelques études récentes poussent à la réflexion en raison de leurs résultats négatifs. La grande majorité des patientes souffrant d'IA du post-partum s'améliore voire devient asymptomatique spontanément dans les six mois après l'accouchement en raison de la régression des lésions nerveuses et tissulaires. Cependant, en cas de déchirure sphinctérienne, une réparation doit s'envisager par une personne expérimentée, même si ses résultats à long terme semblent se dégrader. La prise en charge de l'IA du post-partum n'a rien de spécifique et repose en première intention sur la régularisation du transit ± la rééducation anale. La neuromodulation sacrée est réservée aux échecs du traitement médical et parfois même avant la réparation sphinctérienne. Elle donne des résultats intéressants à court et à long terme aussi bien sur l'IA mais également sur une incontinence urinaire associée (situation fréquente).

• **Mots clés** : grossesse, post-partum, incontinence anale, déchirure sphinctérienne, neuropathie pudendale, réparation sphinctérienne

▼ Abstract

Anal incontinence (AI) after childbirth is a topical issue that significantly impacts the women's quality and life plans. Vaginal deliveries appear to be a risk factor for AI by a mechanism that is most often multifactorial (pudendal neuropathy, tissue modifications, anal sphincter injuries). Screening concerns patients with obstetric risk factors specific to the mother and baby (advanced age and maternal overweight, multiparity, macrosomia, abnormal presentation of the baby, etc.) but also aims to identify pre-existing anal sphincter tears in the mother even without any signs of AI. Scheduled caesarean section seems to prevent the risk of AI in these at-risk patients, but some recent studies are thought provoking because of their negative results. The vast majority of patients with post-partum AI improve or even become asymptomatic spontaneously within 6 months after delivery because of the regression of nerve and tissue lesions. However, in case of obstetric anal sphincter injury, repair should be performed by an experienced person, even if its long-term

Pour citer cet article : Fathallah N, Spindler L, Thomas C, Azria E, Zeitoun JD, Sauvanet E, de Parades V. L'incontinence anale du post-partum : un sujet d'actualité... Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 914-922. doi : 10.1684/hpg.2019.1845

results seem to be degrading. The management of post-partum AI is not specific and is based primarily on the transit regulation +/- anal rehabilitation. Sacral neurodulation is reserved for failures of medical treatment and sometimes even before sphincter repair. It gives interesting results in the short and long term as well on the AI but also on an associated urinary incontinence (frequent situation).

• **Key words:** pregnancy, post-partum, anal incontinence, sphincteric tear, pudendal neuropathy, sphincter repair

Introduction

L'incontinence anale (IA) du post-partum est une perte involontaire de gaz, de selles liquides ou solides ou l'impossibilité de retarder l'exonération de plus de cinq minutes (urgence fécale) survenant *de novo* dans les suites d'un accouchement durant la période de retour de couches jusqu'à 6 à 12 semaines. Il s'agit d'un problème non négligeable en raison de son retentissement social important et de sa prévalence élevée qui varie entre 7 % et 18 % selon la définition utilisée de l'incontinence (fécale seule ou anale globalisant l'incontinence aux selles et aux gaz), le moment de l'évaluation de l'incontinence, le type d'étude et la population étudiée. Pourtant, c'est une entité encore mal connue, peu exprimée chez les femmes et possiblement sous-estimée par les obstétriciens.

Cette mise au point a pour buts de préciser l'épidémiologie de l'IA du post-partum, ses mécanismes, ses facteurs de risque, les moyens de prévention et enfin son traitement.

Pourquoi poser le problème ?

L'impact négatif de la grossesse et du postpartum sur le taux d'IA a été suspecté, d'une part, en raison de sa prévalence significativement plus élevée chez la femme que chez l'homme (10 % vs. 4,2 %) [1] et, d'autre part, en raison de sa corrélation à la parité. En effet, dans une étude américaine se basant sur un questionnaire envoyé à 6 000 femmes dont 64 % ont répondu, 7,2 % d'entre elles étaient incontinentes dont 80 % avaient au moins un antécédent obstétrical [2]. Dans une récente revue de la littérature évaluant le taux d'IA à six semaines du post-partum, il était de 4 % chez la primipare et de 39 % chez la multipare. Aujourd'hui, il est admis que le taux d'IA du post-partum chez la primipare se situe aux alentours de 12 % à 35 % pour les gaz et de 2 % à 12 % pour les selles [3, 4]. Ceci étant dit, d'autres études ont décrit des taux encore plus alarmants. Ainsi, dans l'étude de Guise *et al.*, 29 % des parturientes décrivaient au moins un accident d'IA dans les trois à six mois après un accouchement [5]. Dans l'étude de Nordenstam *et al.*, au moins une femme sur quatre était incontinente à 9 mois d'un accouchement et au moins une femme sur trois, cinq à dix ans après [6].

Par ailleurs, l'IA du post-partum altère de manière significative la qualité de vie des femmes, notamment leur image corporelle, occasionnant souvent un sentiment de frustration. Ainsi, dans l'étude de Lo *et al.*, plus de 80 % des patientes se gardaient de consulter, vivant le problème de façon honteuse et se focalisant plutôt sur

leur enfant [7]. De plus, ce problème a un impact négatif sur les projets familiaux ultérieurs et le taux de natalité. En effet, dans une large étude réalisée sur des primipares dont 1,6 % de périnée complet, 56 % de ces dernières avaient pris la décision de ne plus avoir d'enfants [8].

Les accouchements par voie basse sont une cause d'incontinence anale qui impacte de façon majeure la qualité de vie de la femme et ses projets familiaux ultérieurs

Quels sont les mécanismes de l'incontinence anale du post-partum ?

Durant l'accouchement, le périnée est exposé de manière directe à une compression du fait du passage de la tête foetale et à une augmentation de la pression due aux efforts de poussée de la mère. Ces forces tendent à étirer et à distendre le périnée avec des conséquences anatomiques sur les muscles, les nerfs et les tissus conjonctifs. Ainsi, les principaux mécanismes de l'IA du post-partum sont la neuropathie pudendale par étirement et/ou par compression à l'origine d'une dénervation périnéale [9] et les lésions de l'appareil sphinctérien anal (*tableau 1*) qu'elles soient avérées secondaires à un

TABEAU 1 • Classification des déchirures du périnée.

Grade 1	Lésion cutanée ou vaginale périnéale uniquement
Grade 2	Lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter anal
Grade 3	Lésion périnéale mettant en jeu le sphincter anal : – 3a : déchirure affectant moins de 50 % de l'épaisseur du SE – 3b : déchirure affectant plus de 50 % de l'épaisseur du SE – 3c : déchirure affectant le SE et le SI
Grade 4	Lésion périnéale mettant en jeu le SE et le SI mais également l'épithélium anal et la muqueuse rectale

SE : sphincter anal externe ; SI : sphincter anal interne ; Grade 3 : périnée complet = déchirure obstétricale de haut grade ; Grade 4 : périnée complet compliqué = déchirure obstétricale également de haut grade.



Figure 1 • Aspect de périnée complet clinique avec un cloaque de la cloison recto-vaginale.

périnée complet (*figures 1 et 2*) ou occultes infracliniques [10]. Ces mécanismes sont toutefois souvent associés et il est alors nécessaire de faire des examens complémentaires (échographie endo-anale, manométrie anorectale ± imagerie pelvienne dynamique) afin d'identifier le mécanisme prédominant pour guider la prise en charge thérapeutique [9].

/// L'incontinence anale du post-partum est le plus souvent multifactorielle, ce qui fait que sa prise en charge est complexe ///

Concernant la neuropathie, le travail de Snooks et al. a montré que l'étude électrophysiologique du sphincter anal révélait des anomalies de type neurogène après accouchement par voie basse qui n'étaient pas trouvées après accouchement par césarienne programmée [9]. Cette atteinte neurogène entraînerait une baisse du

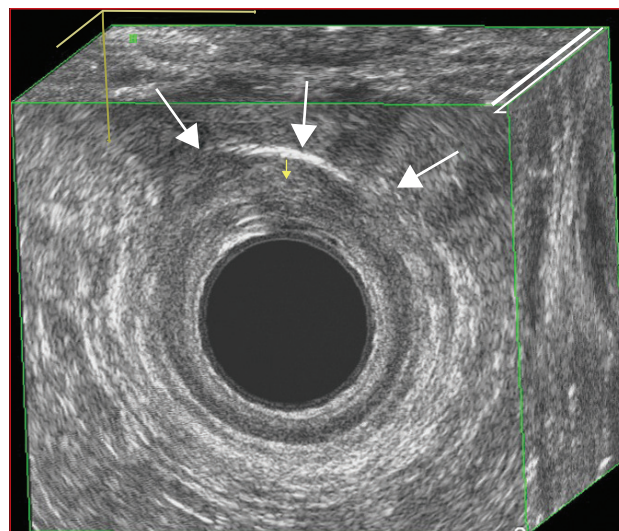


Figure 2 • Aspect de périnée complet échographique avec une déchirure complète aussi bien du sphincter externe que du sphincter interne sur toute sa hauteur dans le quadrant antéro-médian.

tonus anal de repos et de l'amplitude de la contraction sphinctérienne volontaire ainsi qu'une modification de la sensibilité ano-rectale [11]. La fréquence de la neuropathie pudendale varie dans quelques études de 42 % à 80 % des accouchements par voie basse et il s'agit probablement du mécanisme prédominant de l'IA du post-partum [12]. Ceci étant dit, le diagnostic d'IA par neuropathie pudendale repose essentiellement sur l'élimination de l'impact possible d'une déchirure sphinctérienne ou d'un trouble de la statique significatif car l'étude électrophysiologique est rarement pratiquée en routine du fait de sa faible disponibilité et de son caractère désagréable.

/// Le mécanisme le plus fréquent de l'incontinence anale du post-partum semble être la neuropathie pudendale ///

Concernant le périnée complet, son incidence est faible, de l'ordre de 0,5 % à 4 % des accouchements par voie basse [13]. En revanche, son impact sur la continence anale est néfaste aussi bien à court qu'à long terme. Ainsi, dans l'étude de Borello-France et al., le taux d'IA à 6 mois de l'accouchement était significativement plus élevé chez les patientes ayant accouché par voie basse avec périnée complet comparativement à celles qui avaient accouché par voie basse sans traumatisme périnéal et à celles qui avaient accouché par césarienne (17 % versus 8,2 % et 7,6 % respectivement) [14]. Et les troubles semblent s'aggraver à long terme. Ainsi, dans l'étude allemande de Huebner et al. sur 20 999 accouchements entre 1974

et 1991 compliqués de 460 périnées complètes (2,2 %), 43 % des 232 femmes contactées par courrier ont répondu et déclaré un taux d'IA à 39,4 % après un suivi moyen de 27,5 années chez des femmes âgées en moyenne de 55 ans au moment de l'évaluation [15]. Dans une étude danoise similaire de Soarensen *et al.* sur 41 200 accouchements entre 1976 et 1987 compliqués de 152 périnées complètes (0,4 %), 82 % des femmes contactées ont répondu et totalisent un taux d'IA de 51 % après un suivi moyen de 22 ans chez des femmes âgées en moyenne de 50,5 ans au moment de l'évaluation [16].

■ ■ Le périnée complet est une cause majeure d'incontinence anale du post-partum et ses conséquences s'aggravent à long terme ■ ■

De surcroît, la possibilité d'examiner l'appareil sphinctérien par échographie endo-anale au début des années 1990 a révélé des défauts sphinctériens dits « occultes » (figure 3). Contrairement aux périnées complètes avérées, les défauts occultes sont des déchirures sphinctériennes passées inaperçues au moment de l'accouchement et imperceptibles cliniquement. Leur incidence semble plus élevée que les périnées complètes. En effet, dans l'étude de Sultan *et al.*, sur 127 accouchements par voie basse avec une échographie systématique, 35 % de défauts occultes ont été mis en évidence [17]. Cette donnée a été confirmée ultérieurement dans une méta-analyse de cinq études échographiques totalisant 462 accouchements par voie basse qui a conclu à un taux de 27 % de défauts occultes chez des femmes dont plus des trois quarts étaient asymptomatiques [18]. Or, ces défauts occultes posent le problème de leur retentissement clinique. Dans l'étude de Sultan *et al.*, à 6 mois, 20 % des femmes ayant

un défaut sphinctérien occulte avaient des troubles de la continence *versus* 1 % seulement des femmes ayant un sphincter intact [17]. Ceci étant dit, le risque d'altération de la fonction anale dépend aussi de l'importance de la déchirure sphinctérienne (tableau 2) et la probable dégradation de la continence à long terme est une source d'inquiétude.

■ ■ Les défauts sphinctériens occultes posent un problème grandissant du fait de leur impact négatif sur la continence anale à court et à long terme ■ ■

Quels sont les facteurs de risque de l'incontinence anale du post-partum ?

Les principaux facteurs de risque associés à un taux plus important d'IA du post-partum sont indiqués dans le tableau 3 [20].

Comment dépister les femmes à risque d'incontinence anale du post-partum ?

L'idée est que les obstétriciens et les sages femmes puissent dépister les femmes ayant un sur-risque d'IA du post-partum. En dehors des facteurs de risque précités chez la mère et chez le bébé qui incitent à la prudence au moment de l'accouchement, il faut noter également que le tiers des femmes incontinentes dans le post-partum décrivaient déjà des symptômes avant et pendant leur grossesse [17].

En pratique, il faut chercher d'éventuelles lésions préexistantes du sphincter anal avant accouchement chez les patientes à risque (tableau 4, figure 4). Pour ce faire, ces femmes doivent avoir une évaluation clinique proctologique spécifique, éventuellement complétée par une échographie endo-anale et une manométrie ano-rectale, afin d'obtenir un maximum d'informations. Ces informations permettront au colo-proctologue et à l'obstétricien de discuter avec la femme enceinte du mode optimal de l'accouchement selon un rapport bénéfices/risques [20].

Comment prévenir l'incontinence anale du post-partum ?

La prévention de l'apparition d'une IA *de novo* ou de la majoration d'une IA avérée dans les suites d'un accouchement est devenue un sujet de préoccupation majeur aussi bien pour les obstétriciens que pour les colo-proctologues et les parturientes de plus en plus sensibilisées à cette problématique [21].

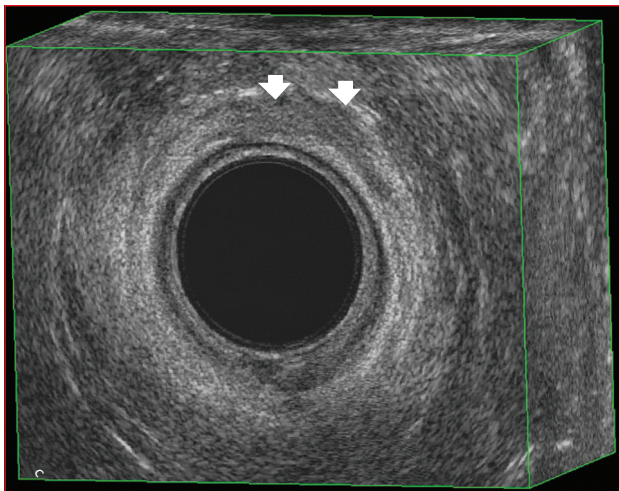


Figure 3 • Aspect de défaut occulte échographique avec une déchirure partielle du sphincter externe dans le quadrant antéro-médian sans atteinte du sphincter interne.

TABLEAU 2 • Classification de Starck évaluant la sévérité échographique d'une déchirure sphinctérienne obstétricale [19].

Score	0	1	2	3
SE				
Hauteur du défaut	Absent	≤ 50 %	> 50 %	Complète
Profondeur du défaut	Absent	Partielle	Complète	-
Étendue du défaut	Absent	≤ 90 °	91-180 °	> 180 °
SI				
Hauteur du défaut	Absent	≤ 50 %	> 50 %	Complète
Profondeur du défaut	Absent	Partielle	Complète	> 180 °
Étendue du défaut	Absent	≤ 90 °	91-180 °	-
Score 0 = pas de défaut ; Score 16 = défaut maximal				

SE : sphincter anal externe ; SI : sphincter anal interne.

La rééducation ano-périnéale

La rééducation ano-périnéale ne semble avoir aucun effet significatif préventif sur l'IA du post-partum aussi bien chez les patientes asymptomatiques que symptomatiques pendant leur grossesse [22].

La rééducation ano-périnéale ne semble avoir aucun effet significatif préventif de l'incontinence anale du post-partum

La césarienne programmée

La césarienne programmée a été proposée comme une alternative à l'accouchement par voie basse pour « pro-

téger » contre la survenue d'une IA du post-partum [23]. Cette césarienne doit être programmée « à froid » car, en plus de la diminution du risque de déchirure sphinctérienne, son avantage par rapport à la césarienne pratiquée « en urgence » après début du travail, est la diminution significative du risque de neuropathie pudendale [11, 12].

La césarienne programmée protège du risque de déchirure sphinctérienne et de neuropathie pudendale

Cette idée de prévention du risque d'IA par la césarienne programmée s'est surtout imposée après la parution de l'étude prospective de Fynes en 1999 transmettant un message d'alerte [24]. En effet, outre l'incidence élevée des défauts sphinctériens occultes (34 % des patientes de cette étude), 65 % des patientes avec défaut sphinctérien avaient des troubles de la continence anale. Puis, après un deuxième accouchement, non seulement 54 % des

TABLEAU 3 • Principaux facteurs de risque l'incontinence anale du post-partum.

Âge maternel avancé > 35 ans
Surpoids maternel > 30 kg/m ²
Antécédents familiaux d'incontinence anale
Multiparité > 3 naissances
Antécédent de déchirure sphinctérienne (risque de récidence multiplié par 7)
Durée prolongée de la deuxième partie du travail > 1 heure et de l'expulsion > 20 minutes
Rachianesthésie
Distance ano-vulvaire courte < 2 cm
Poids du bébé > 4 kg
Tête du bébé > 36 cm de diamètre
Présentation occipito-postérieure
Dystocie des épaules
Épisiotomie médiane
Extraction instrumentale par forceps ou spatule
Révision utérine

TABLEAU 4 • Indications d'un bilan périnéologique de dépistage avant accouchement.

Incontinence anale avérée, y compris aux gaz
Antécédent d'accouchement par voie basse avec périnée complet avéré
Antécédent de chirurgie proctologique
Antécédent de chirurgie colorectale avec anastomose iléo ou colo-anale
Doute clinique sur la qualité du sphincter anal (déformation anale, béance anale, baisse du tonus et de la contraction sphinctérienne)
Épisiotomie étendue atteignant la marge anale (figure 4)
Maladie de Crohn surtout en cas d'atteinte ano-périnéale
Antécédent de traumatisme sphinctérien anal
Malformation ano-rectale

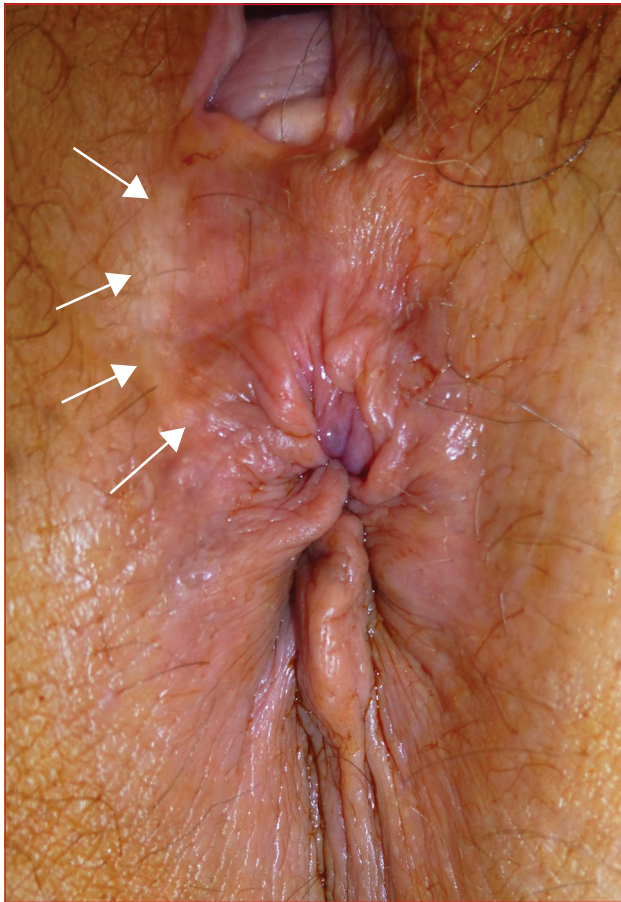


Figure 4 • Aspect d'épisiotomie étendue à la marge anale avec un doute sur une atteinte du sphincter anal.

patientes avec défaut sphinctérien symptomatique signalait une aggravation de leurs symptômes, mais aussi 43 % des patientes asymptomatiques signalait une apparition d'une IA *de novo*.

Ceci étant dit, la césarienne a une morbi-mortalité (rupture utérine, plaies vésicales et digestives, placenta accreta, hématome pariétal, infections, phlébite/embolie pulmonaire voire même décès, etc.) qu'il convient de prendre en compte [25].

Pire, le rôle protecteur sur la fonction anale de la césarienne programmée a été mis en doute par plusieurs études ultérieures [14]. Ainsi, dans l'étude de Hanna *et al.*, 2 % à 3 % des femmes avaient des impériosités fécales et 13 % une incontinence aux gaz après une césarienne, ce qui était similaire aux résultats de la voie basse non compliquée [26]. D'autres études ont également émis des doutes, y compris chez des patientes ayant un défaut sphinctérien préalable significatif (supérieur à 90° de circonférence en échographie endo-anale) [27]. Puis, en 2017, une méta-analyse incluant 14 études a conclu à l'absence de niveau d'évidence élevé permettant de recommander une césarienne programmée

systématique après une déchirure sphinctérienne obstétricale chez des patientes asymptomatiques [28]. Certes, il s'agissait d'études de cohortes sans randomisation et avec de nombreuses hétérogénéités méthodologiques mais l'essai contrôlé randomisé multicentrique d'Abramowitz *et al.*, présenté lors des JFHOD 2017, est venu conforter ces doutes. En effet, cet essai a inclus des femmes asymptomatiques avec déchirure sphinctérienne occasionnée par un premier accouchement tandis que les patientes déjà incontinentes ou ayant une déchirure de grade 4 étaient exclues. Les femmes étaient randomisées en un accouchement par voie basse ou une césarienne programmée. Au final, la continence anale au sixième mois du post-partum, qui était le critère de jugement principal, n'était pas différente dans les deux groupes [29]. Certes, cette étude a été critiquée, notamment en raison de l'exclusion des atteintes les plus sévères, du taux plus faible qu'attendu d'IA dans le groupe des accouchements par voie basse, des 25 % de femmes perdues de vue et du recul insuffisant (quid à long terme ?) mais il s'agit du seul essai contrôlé randomisé dont on dispose sur le sujet.

Malgré « la croyance commune et intuitive » du rôle préventif de la césarienne programmée sur l'incontinence anale du post-partum, son intérêt semble être remis en cause par des études récentes

En pratique, le débat est tout sauf clos, la discussion reste ouverte et, en l'état actuel des connaissances [30], la césarienne programmée a probablement une place dans les situations résumées dans le **tableau 5**.

La césarienne programmée préventive est indiquée en cas d'incontinence anale avérée, de lésions sphinctériennes significatives et du souhait de la patiente

Dans les autres cas, la décision devrait être prise dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire, tenant compte du souhait de la patiente et des éléments suivants qui pourraient d'ailleurs faire l'objet d'un score « composite » spécifique visant à faciliter la prise de décision :

- antécédents ano-périnéaux ;
- transit intestinal ;
- données de la manométrie ano-rectale ;

TABEAU 5 • Indications préventives de la césarienne programmée « à froid ».

Incontinence anale avérée
Lésions sphinctériennes échographiques et/ou manométriques « significatives »
Souhait de la patiente

- données de l'échographie endo-anale ;
- données obstétricales ;
- projet familial de la parturiente, etc.

■ Dans les autres cas, les indications de la césarienne programmée doivent au mieux être discutées dans le cadre d'un staff multidisciplinaire ■

La réparation sphinctérienne « sphinctérorraphie » par des « experts »

De nombreuses revues et des recommandations s'accordent sur la nécessité de réparer les déchirures sphinctériennes obstétricales et que cette réparation soit pratiquée par des opérateurs entraînés. Pourtant, environ les deux tiers des obstétriciens considéraient que leur formation à ce type de situation était incomplète et non satisfaisante [30]. De plus, certains pensent que cette réparation devrait être non pas réalisée à chaud par l'obstétricien mais à froid par le chirurgien digestif [31]. Cependant, la littérature sur le sujet est trop pauvre pour conclure de façon formelle et le bon sens doit rester de mise.

De même, la discussion reste ouverte concernant les modalités de cette réparation entre la suture directe ou en paletot. La revue Cochrane analysant les résultats de six études contrôlées randomisées n'a conclu à aucune différence sur la continence à 36 mois [32].

■ En cas de déchirure sphinctérienne obstétricale, la réparation doit être effectuée par une personne expérimentée ■

Ceci étant dit, la réparation sphinctérienne, même réalisée par des mains expertes, laisse des séquelles anatomiques sphinctériennes visibles en échographie endo-anale (dans plus de la moitié des cas au niveau des deux tiers supérieurs du canal anal) mais également fonctionnelles avec des résultats mitigés à court terme sur la continence anale [33]. Ainsi, dans l'étude d'Oude Lohuis et al. chez 99 patientes avec périnée complet réparé, 35,4 % d'entre elles signalaient au moins un problème de continence anale 3 mois après la réparation [34]. Pire, ce résultat à court terme se dégradait à long terme puisque 20 % seulement des patientes réparées restaient continentes à 10 ans de la réparation [35]. Les causes possibles de ces résultats insuffisants à court terme sont l'impossibilité de réparer le sphincter interne, la formation d'hématome, l'infection de la plaie, puis à long terme la fibrose et l'atrophie du sphincter avec l'âge. De surcroît, en raison de son caractère multifactoriel avec la dénervation pudendale souvent associée, la réparation sphinctérienne n'est sans doute pas suffisante à elle seule pour prévenir l'IA du post-partum.

■ Les résultats anatomiques et fonctionnels de la réparation sphinctérienne s'altèrent à long terme ■

L'évolution des pratiques obstétricales

Certaines revues obstétricales préconisent des fomatons et des mesures spécifiques visant à éviter les traumatismes périnéaux.

Ainsi par exemple, l'épisiotomie latérale est à favoriser par rapport à l'épisiotomie médiane et à proposer aux grossesses à risque (gros bébé, bassin étroit, âge maternel élevé, etc.) afin d'éviter les déchirures sphinctériennes et les manœuvres instrumentales [36].

De même, en cas d'accouchement instrumental, la ventouse est vraisemblablement à privilégier par rapport aux forceps car elle semble moins traumatique pour le périnée [37].

Enfin, des artifices visant à diminuer la durée de la deuxième partie du travail et à réduire le risque d'accouchement traumatique ont été proposés comme le massage périnéal anténatal, les positions alternatives de l'accouchement (latérale, assise, suspendue ou debout), le ballonnet vaginal gonflable, les compresses chaudes appliquées sur le périnée, la poussée retardée après au moins deux heures de la dilatation complète, la poussée à glotte fermée (Valsalva), le dégagement contrôlé de la tête foetale, etc. Mais ces mesures conseillées ne sont pas encore validées et méritent des études spécifiques.

Comment traiter l'incontinence anale du post-partum ?

Il faut tout d'abord rappeler que l'IA précoce du post-partum est souvent secondaire à une neuropathie pudendale et à des modifications tissulaires inhérentes à la grossesse, si bien qu'une amélioration spontanée, voire une régression complète des symptômes, est possible chez les trois quarts des femmes à six-douze mois de l'accouchement. Cette récupération est expliquée par une ré-innervation progressive des muscles dénervés et par un remplacement des tissus altérés par du nouveau tissu collagène qui semble cependant plus fragile que le tissu d'origine [38]. Il faut donc rassurer les femmes et savoir attendre avant de songer à faire un éventuel bilan.

■ Au moins trois quarts des patientes récupèrent de manière spontanée dans les six mois après l'accouchement ■

Ceci étant dit, certaines patientes ne récupèrent pas, restent symptomatiques et tendent même à s'aggraver avec l'effet cumulatif des accouchements ultérieurs,

des troubles du transit avec efforts de poussée chez les patientes souffrant de constipation chronique, du vieillissement tissulaire et de la carence hormonale de la ménopause.

En pratique, le traitement médical reste la première approche de l'IA du post-partum. Il repose sur la régularisation du transit avec une efficacité non négligeable permettant d'améliorer environ le quart des patientes [39].

/// Le traitement médical seul permet d'améliorer au moins le quart des patientes souffrant d'une incontinence anale persistante du post-partum ///

L'effet thérapeutique de la rééducation anale est difficile à évaluer en raison d'une grande disparité des protocoles de rééducation ainsi que d'un manque de puissance et de l'hétérogénéité des études [40]. Ceci étant dit, elle reste recommandée ce d'autant plus qu'elle est anodine et aisée à mettre en œuvre [39]. La rééducation anale, au mieux par biofeedback +/- électrostimulation intra-anale, est différente de la rééducation périnéale prescrite systématiquement dans le post-partum et pratiquée le plus souvent par des sages femmes. En pratique, elle est surtout réalisée par des kinésithérapeutes spécialisés.

/// L'effet thérapeutique de la rééducation anale est difficile à évaluer mais elle reste largement prescrite ///

La réparation des déchirures sphinctériennes occultes ou persistantes malgré une réparation précédente (jusqu'à 44 % dans certaines études [41]) peut se discuter en cas de défauts significatifs et récents du sphincter externe. Une nouvelle réparation permettrait ainsi d'améliorer 25 à 68 % des patientes à court terme [42]. Cependant, comme indiqué ci-dessus, les résultats satisfaisants à court terme tendent à se détériorer avec le temps avec seulement 15 % de résultats positifs à cinq ans [43].

/// La réparation sphinctérienne améliore au final peu de patientes en raison de la détérioration de ses résultats à long terme et du caractère multifactoriel de l'incontinence anale du post-partum ///

Enfin, la neuromodulation sacrée est à envisager en cas d'échec du traitement médical. Elle peut être efficace même en cas de rupture sphinctérienne étendue, et donne probablement des résultats plus satisfaisants que ceux de la réparation sphinctérienne, *a fortiori* si la lésion obstétricale est ancienne [44]. De surcroît, la neuromodulation permet d'agir sur une incontinence urinaire associée, ce qui est relativement fréquent [45]. Cependant et malgré ses résultats intéressants, elle n'est pas

dénuée d'inconvénients (renouvellement du matériel, suivi régulier, contre-indication des IRM, etc.) notamment chez des patientes jeunes...

/// La neuromodulation sacrée est indiquée en cas d'échec du traitement médical et parfois même avant la réparation sphinctérienne si le défaut est ancien ///

Conclusion

L'IA du post-partum est un sujet d'actualité qui alimente beaucoup de débats au sein de la communauté d'obstétrique et de colo-proctologie, notamment sur les indications de la césarienne programmée préventive.

Sa prise en charge et sa prévention sont complexes du fait de son caractère multifactoriel. Le développement et la validation d'un score composite qui nous permettrait d'identifier au mieux les patientes à risque serait bienvenu car ils nous aideraient à uniformiser de manière plus précise notre prise en charge.



TAKE HOME MESSAGES

- L'incontinence anale du post-partum est un sujet d'actualité en raison de sa fréquence et son impact négatif sur la qualité de vie des femmes.
- L'incontinence anale du post-partum est multifactorielle avec un effet fréquent mais le plus souvent régressif d'une neuropathie pudendale et de modifications tissulaires mais également de déchirures sphinctériennes dont les conséquences sont en revanche néfastes à court et à long terme.
- La prévention de l'incontinence anale du post-partum nécessite tout d'abord un dépistage des patientes à risque bien que les indications de la césarienne programmée protectrice soient débattues.
- En cas de déchirure sphinctérienne obstétricale, la réparation reste indiquée mais ses effets semblent se détériorer à long terme.
- Le traitement de l'incontinence anale du post-partum n'est pas spécifique et repose en première intention sur la régularisation du transit ± la rééducation anale, et en cas d'échec sur la neuromodulation sacrée.



Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Damon H, Guye O, Seigneurin A, *et al.* Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality of life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ; 30 : 37-43.
- 2 • Melville JL, Fan MY, Newton K, Fenner D. Fecal incontinence in US women: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2005 ; 193 : 2071-6.
- 3 • **Boyle R, Hay-Smith EJ, *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 10 : CD007471.**
- 4 • Johannessen HH. Does incontinence precede pregnancy and delivery, or do pregnancy and delivery result in incontinence symptoms-and does it matter? *BJOG* 2016 ; 123 : 1212.
- 5 • Guise JM, Morris C, Osterweil P, *et al.* Incidence of fecal incontinence after childbirth. *Obstet Gynecol* 2007 ; 109 : 281-8.
- 6 • Nordenstam J, Altman D, Brismar S, *et al.* Natural progression of anal incontinence after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 ; 20 : 1029-35.
- 7 • Lo J, Osterweil P, Li H, *et al.* Quality of life in women with post-partum anal incontinence. *Obstet Gynecol* 2010 ; 115 : 809-14.
- 8 • Priddis H, Dahlen HG, Schmied V, *et al.* Risk of recurrence, subsequent mode of birth and morbidity for women who experienced severe perineal trauma in a first birth in New South Wales between 2000-2008: a population based data linkage study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013 ; 13 : 89.
- 9 • Snooks SJ, Henry MM, 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.
- 10 • Ommer A, Wenger FA, Rolfs T, *et al.* Continence disorders after anal surgery—a relevant problem? *Int J Colorectal Dis* 2008 ; 23 : 1023-31.
- 11 • Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994 ; 101 : 22-8.
- 12 • Allen RE, Hosker GL, Smith AR, *et al.* Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990 ; 97 : 770-9.
- 13 • Villot A, Deffieux X, Demoulin G, *et al.* Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015 ; 44 : 802-11.
- 14 • Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, *et al.* Pelvic Floor Disorders Network, Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2006 ; 108 : 863-72.
- 15 • Huebner M, Gramlich NK, Rothmund R, *et al.* Fecal incontinence after obstetric anal sphincter injuries. *Int J Gynecol Obstet* 2013 ; 121 : 74-7.
- 16 • Soerensen MM, Buntzen S, Bek KM, *et al.* Complete obstetric anal sphincter tear and risk of long-term fecal incontinence: a cohort study. *Dis Colon Rectum* 2013 ; 56 : 992-1001.
- 17 • Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, *et al.* Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 1905-11.
- 18 • Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* 2003 ; 90 : 333-7.
- 19 • Starck M, Bohe M, Valentin L. Results of endosonographic imaging of the anal sphincter 2-7 days after primary repair of third- or fourth-degree obstetric sphincter tears. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003 ; 22 : 609-15.
- 20 • **Villot A, Deffieux X, Demoulin G, *et al.* Management of post-partum anal incontinence: A systematic review. *Prog Urol* 2015 ; 25 : 1191-203.**
- 21 • Vaizey CJ, Kamm MA. Injectable bulking agents for treating faecal incontinence. *Br J Surg* 2005 ; 92 : 521-7.
- 22 • Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 12 : CD007471.
- 23 • Pretlove SJ, Thompson PJ, Tooze-Hobson PM, *et al.* Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year post-partum? A comparative systematic review. *BJOG* 2008 ; 115 : 421-34.
- 24 • **Fynes M, Donnelly V, Behan M, *et al.* Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999 ; 354 : 983-6.**
- 25 • Subtil D, Vaast P, Dufour P, *et al.* Maternal consequences of cesarean as related to vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 10-6.
- 26 • Hanna ME, Hanna WJ, Hodnett ED, *et al.* Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002 ; 287 : 1822-31.
- 27 • Fitzpatrick M, Cassidy M, Barassaud ML, *et al.* Does anal sphincter injury preclude subsequent vaginal delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016 ; 198 : 30-4.
- 28 • **Webb SS, Yates D, Manresa M, *et al.* Impact of subsequent birth and delivery mode for women with previous OASIS: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2017 ; 28 : 507-14.**
- 29 • Abramowitz L. Pour protéger de l'incontinence anale, faut-il proposer une césarienne lors d'un deuxième accouchement quand le premier a été traumatique. C0115 (communication orale) JFHOD Paris, 2017.
- 30 • Fernando RJ, Sultan AH, Freeman RM, *et al.* The management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. *ACOG Green-Top Guidelines* 2015 N°29.
- 31 • McNicol FJ, Bruce CA, Chaudhri S, *et al.* Management of obstetric anal sphincter injuries - a role for the colorectal surgeon. *Colorectal Dis* 2010 ; 12 : 927-30.
- 32 • **Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, *et al.* Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 12 : CD002866.**
- 33 • Pinta TM, Kylänpää ML, Teramo KA, *et al.* Sphincter rupture and anal incontinence after first vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 ; 83 : 917-22.
- 34 • Oude Lohuis EJ, Everhardt E. Outcome of obstetric anal sphincter injuries in terms of persisting endoanal ultrasonographic defects and defecatory symptoms. *Int J Gynaecol Obstet* 2014 ; 126 : 70-3.
- 35 • Glasgow SC, Lowry AC. Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2012 ; 55 : 482-90.
- 36 • de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, *et al.* Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001 ; 108 : 383-7.
- 37 • **Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 ; 2 : CD000224.**
- 38 • Pan HQ, Kerns JM, Lin DL, *et al.* Dual simulated childbirth injury delays anatomic recovery. *Am J Physiol Renal Physiol* 2009 ; 296 : F277-83.
- 39 • Bharucha AE, Rao SSC, Shin AS. Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017 ; 15 : 1844-54.
- 40 • **Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 12 : CD007471.**
- 41 • Sultan AH, Monga AK, Kumar D, *et al.* Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 ; 106 : 318-23.
- 42 • Giordano P, Renzi A, Efron J, *et al.* Previous sphincter repair does not affect the outcome of repeat repair. *Dis Colon Rectum* 2002 ; 45 : 635-40.
- 43 • **Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, *et al.* Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000 ; 355 : 260-5.**
- 44 • Jarrett ME, Dudding TC, Nicholls RJ, *et al.* Sacral nerve stimulation for fecal incontinence related to obstetric anal sphincter damage. *Dis Colon Rectum* 2008 ; 51 : 531-7.
- 45 • **Rydningen MB, Dehli T, Wilsgaard T, *et al.* Sacral neuromodulation for faecal incontinence following obstetric sphincter injury - outcome of percutaneous nerve evaluation. *Colorectal Dis* 2017 ; 19 : 274-82.**