
L'INCONTINENCE FECALE POST-OBSTETRICALE

Jadis ignorée, ou tout au moins négligée par les soignants et inavouée par les patientes, l'incontinence fécale post obstétricale est aujourd'hui un sujet de préoccupation pour les futures mamans et leurs obstétriciens. L'évolution de nos connaissances depuis une dizaine d'années a modifié nos pratiques. Ce sujet - encore trop souvent tabou pour ces jeunes mamans - se doit d'être clairement abordé en pré et post-partum.

QUELLE EN EST LA FREQUENCE ?

La fréquence de l'incontinence anale après un premier accouchement est de 13%. Elle ne concerne le plus souvent que les gaz même si 1 à 2% des primipares (patientes n'ayant accouché qu'une seule fois) n'arrivent pas à retenir les selles liquides. Ce chiffre peut sembler faible mais... rapporté aux 700.000 accouchements par voie vaginale réalisés en France chaque année, cela fait entre 7 et 14.000 jeunes femmes souffrant d'une incontinence anale aux selles liquides.

L'étude princeps réalisée à Londres en 1993 avait fortement incriminé le premier accouchement comme étant le plus traumatisant pour le périnée. Nous savons maintenant que le deuxième l'est également mais qu'en revanche, il ne semble pas y avoir d'augmentation du risque d'incontinence anale après les autres accouchements.

L'incontinence anale post-obstétricale évolue au cours du temps. Il semble en effet que cette incontinence diminue en fréquence et en intensité au cours des mois qui suivent l'accouchement. Ainsi, une étude rapporte qu'après une déchirure périnéale importante, 21% des femmes souffraient d'une incontinence anale à un mois, ce chiffre tombant à 7% au bout d'un an. En revanche, il est probable que les accouchements traumatiques successifs provoquent des lésions irréversibles responsables d'une incontinence anale chez la femme d'âge mûr. Ainsi, 20 ans après un accouchement, le taux d'incontinence passe de 3% en cas d'accouchement non compliqué à 29% en cas de déchirure périnéale.

EN CONNAÎT-ON LES MECANISMES ?

Les mécanismes de l'incontinence anale post obstétricale sont multiples mais deux d'entre eux prédominent :

Lésions neurologiques

Les efforts de poussée lors de l'accouchement peuvent étirer le nerf honteux interne. Celui-ci - une fois étiré - entraîne une baisse du tonus du sphincter anal. Ces lésions du nerf honteux interne semblent souvent régresser après le premier accouchement. Cependant, les accouchements successifs provoquent parfois des dommages irréversibles responsables d'une baisse de la contraction sphinctérienne.

Lésions musculaires

Nous savions depuis longtemps que les déchirures périnéales importantes après un accouchement pouvaient - malgré la réparation effectuée par l'obstétricien en salle de travail - engendrer une incontinence anale. Depuis 10 ans, nous savons également que - même sans déchirure apparente du périnée - on retrouve fréquemment des déchirures du sphincter anal après l'accouchement. Cette déchirure musculaire est probablement la première cause d'incontinence du post-partum. Cependant, seulement 25 à 50% de ces déchirures du sphincter anal sont associées à une incontinence anale juste après l'accouchement. Ces patientes ont malheureusement fragilisé leur périnée et sont plus à risque de développer ultérieurement une incontinence anale.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

Facteurs de risque de lésion du nerf honteux interne

Le principal facteur de risque est l'utilisation de forceps. Le premier accouchement, les gros bébés (> 4 kg) et la durée d'expulsion prolongée (> 30 min) sont également des facteurs favorisants.

Facteurs de risque des lésions du sphincter de l'anus

Là aussi, les forceps représentent le principal facteur de risque de rupture du sphincter anal. Les déchirures périnéales importantes, les deux premiers accouchements et la durée d'expulsion supérieure à 1 heure sont également des facteurs de risque. Le rôle de l'épisiotomie est controversé.

Facteurs de risque d'incontinence anale du post-partum

- Utilisation des forceps
- Déchirure du périnée
- Les 2 premiers accouchements
- Une épisiotomie trop médiane
- Durée d'expulsion ou de travail prolongée
- Gros bébés
- Une incontinence anale transitoire dans le post-partum est un facteur prédictif de récurrence après l'accouchement suivant.

QUAND ET COMMENT EXPLORER UNE INCONTINENCE ANALE DU POST PARTUM ?

L'incontinence anale du post-partum régresse le plus souvent dans les mois suivant l'accouchement. Cette amélioration s'effectue soit spontanément soit aidée par les 10 séances de rééducation prescrites par l'obstétricien. C'est pour cette raison qu'il est classique d'attendre 6 mois après l'accouchement avant d'entreprendre des explorations.

Les explorations vont dépendre de l'importance de la gêne. En cas de symptômes mineurs à modérés (incontinence aux gaz ou aux selles liquides), on proposera une étude du fonctionnement du sphincter anal par un examen indolore dénommé manométrie ano-rectale. Cela nous permettra de quantifier l'évolution ultérieure après un traitement médical. En cas de

symptômes sévères avec un retentissement sur la vie sociale, on réalisera un bilan potentiellement pré-chirurgical. Il associera une manométrie ano-rectale et une échographie endo-anales. Ce deuxième examen, lui aussi indolore, recherchera une rupture du sphincter anal et appréciera alors les possibilités de réparation chirurgicale. L'étude des lésions du nerf honteux interne (explorations électrophysiologiques) n'a que peu d'intérêt.

COMMENT TRAITER ?

Le traitement repose sur la rééducation périnéale du post-partum. Cependant, celle-ci est rarement mise en pratique et les modalités de cette rééducation ne sont ni standardisées ni validées. C'est pourquoi, en cas d'incontinence anale, il est plus adapté de prescrire une rééducation spécifique de l'anus que réalisera un personnel (médecin, infirmier ou kinésithérapeute) motivé et spécialement formé à ce type de traitement. Cette rééducation sera associée à une régularisation du transit.

Exceptionnellement, en cas d'incontinence anale majeure, résistant au traitement médical, on pourra proposer un traitement chirurgical dont le but sera de réparer le sphincter anal lésé par l'accouchement.

PEUT-ON LA PREVENIR ?

La principale question qui découle de ces connaissances est de savoir s'il est possible de diminuer la fréquence de l'incontinence anale post obstétricale. Aucune étude ne vient jusqu'ici répondre à cette question. Cependant, certaines femmes sont à risque d'incontinence anale après un accouchement par voie vaginale (tableau I). Il est donc primordial d'avoir une discussion au cas par cas avec la parturiente, l'obstétricien et le proctologue pour déterminer l'indication d'une césarienne programmée pour "raison proctologique".

Tableau I : Parturientes chez qui un accouchement par césarienne doit être discuté pour des raisons proctologiques :

- Antécédent de chirurgie colo-proctologique pour incontinence anale, malformation congénitale, fistulotomie...
- Antécédent de lésion ano-périnéale sévère de maladie de Crohn
- Incontinence anale avérée
- Antécédent de pathologie neurologique touchant le périnée
- Secondipare (2ème accouchement) avec :
 - premier accouchement traumatique
 - déficit significatif à la manométrie ou à l'échographie endo-anales
 - association de 2 indications relatives obstétricales et proctologiques
 - demande de la parturiente après information des risques d'un accouchement par voie basse

Pour en savoir plus :

1. Abramovitz L, Sobhani I. Complications anales de la grossesse et de l'accouchement. Gastroenterol Clin Biol 2003;27:277-83
2. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993;329:1905-11
3. Siproudhis L. Traumatismes proctologiques induits par l'accouchement. La lettre de l'hépatogastroentérologue 2000;2(3) :3-14