LÉSIONS SPHINCTÉRIENNES ANALES APRÈS ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE : facteurs de risque et moyens de prévention

S. Alouini (1), L. Rossard (1), B. Lemaire (1), P. Mégier (1), L. Mesnard (1)

RESUME : L'objectif de cette étude était de déterminer l'incidence et les facteurs de risque de lésions anales après accouchement par voie vaginale. Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les cas de déchirure périnéale des troisième et quatrième degrés survenus entre 2005 et 2010 dans une maternité de niveau 3 après accouchement par voie basse spontanée ou instrumentale. 78 patientes ont eu une lésion sphinctérienne anale après un accouchement par voie basse (3,8/1.000 accouchements). 66 patientes (85%) n'avaient jamais accouché par voie basse. La durée moyenne de la deuxième phase du travail était de 3,4 ± 1,7 heures. 12 nouveau-nés (15%) pesaient plus de 4.000 grammes. 46 patientes ont eu des lésions sphinctériennes anales après une extraction instrumentale par forceps ou ventouses (2,5% des accouchements) et 32 après un accouchement par voie basse spontanée (0,2 %), soit 12,5 fois plus de lésions anales après extraction instrumentale. 51 patientes sur 78 (65%) ont eu une épisiotomie médio-latérale dont 82% au cours d'une extraction instrumentale et 43% après voie basse spontanée. A la pose de l'instrument d'extraction, 76% des fœtus étaient en présentation antérieure et 78 % à la partie moyenne. 2 patientes présentaient une incontinence anale en post-partum. Les lésions sphinctériennes anales après accouchement par voie basse sont relativement fréquentes et particulièrement après accouchement instrumental. La macrosomie fœtale, une deuxième phase de travail prolongée, la nulliparité sont des facteurs de risque retrouvés sur lesquels on peut exercer une prévention et être vigilants. L'épisiotomie médio-latérale ne semble pas suffisamment protéger contre les lésions sphinctériennes anales. L'incontinence anale est la séquelle majeure de ces lésions et peut apparaitre précocement malgré une réparation immédiate des lésions sphinctériennes. Un suivi de ces patientes au long terme est nécessaire.

Mots-clés : *Déchirures périnéales 3ème et 4ème degrés - Forceps - Ventouses - Accouchement voies naturelles - Episiotomie - Lésions anales sphinctériennes*

Anal sphincter tears after vaginal delivery : risks factors and means of prevention

SUMMARY : To identify incidence and risks factors of obstetrical anal sphincter lacerations, we reviewed all cases of 3rd and 4th degree sphincter lacerations after vaginal deliveries (VD) occured in a tertiary maternity between 2005 and 2010. 78 anal sphincter lacerations were identified (3.8/1000 deliveries). 66 women (85%) were nulliparous. The mean age of women was of 29 ± 5 years. The mean duration of the second stage of labour was of 3,4 ± 1,7 hour. The birth weight of 12 newborns (15%) was greater than 4000 grams. Fourty-six women (2.5%) had sphincter lacerations after instrumental delivery and 32 after spontaneous vaginal delivery (0.2%). 51 patients out of 78 (65%) had a medio-lateral episiotomy, 82% occured after instrumental extraction and 43% after spontaneous delivery. A forceps of Tarnier was used in 18 cases, a Suzor forceps in 12 cases, spatula in 12 cases and vacuum in 4 cases. 76% of foetuses were in anterior presentation and 78 % at the medium part of the pelvis. 2 patients experienced anal incontinence in early post-partum. Anal sphincter lacerations are relatively frequent after VD especially after instrumental delivery. Macrosomia, nulliparous women, prolonged second stage of labor were associated with anal sphincter tears. Medio-lateral episiotomy does not protect enough anal sphincters. Anal sphincter lacerations lead to anal incontinence in some cases. A long follow-up is useful for these patients.

Keywords : *Anal sphincter laceration - 3rd and 4th degree anal lacerations - Forceps - Vacuum - Vaginal delivery - Episiotomy*

Introduction

Les lésions sphinctériennes anales après accouchement par voie vaginale restent un problème obstétrical insoluble tant les différentes attitudes préventives semblent peu efficaces. Elles peuvent se compliquer dans 10 à 47 % des cas d'incontinence anale immédiate ou tardive (1-3) altérant profondément la qualité de vie de la femme (4).

Plusieurs études ont déjà mis en évidence le rôle délétère des extractions instrumentales sur le périnée postérieur (3, 5). Néanmoins les accouchements par voie basse «spontanés» mais avec l'assistance d'une sage-femme entraînent également des lacérations des sphincters anaux, voire des déchirures de la muqueuse anale (6).

Classiquement, les lésions sont classées en lésions du sphincter externe (déchirures périnéales du troisième degré) et lésions du sphincter interne et de la muqueuse anale (4ème degré).

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés comme la parité, la macrosomie fœtale, le type d'épisiotomie et sa pratique ou non (6, 7). L'incidence des lésions anales semble avoisiner les 11% de femmes en post-partum (8).

Nous avons voulu évaluer l'incidence des lésions anales et les facteurs de risque dans les accouchements par voie basse, dans notre maternité.

(1) Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, 1 Porte Madeleine, 45000, France.

Méthode

Nous avons revu rétrospectivement les dossiers de toutes les patientes ayant eu des lésions sphinctériennes anales après accouchement par voie basse durant la période du 5 septembre 2005 au 30 septembre 2010, soit sur les cinq dernières années. Toutes les patientes avaient accouché à la maternité du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Il s'agit d'une maternité de niveau 3 (avec réanimation néonatale) qui réalise en moyenne 4.000 accouchements par an avec un taux de césarienne variant actuellement entre 18 et 19,6%.

Durant la période étudiée il y avait 20.219 accouchements dont 17.229 par voie basse se répartissant en 15.387 voies basses spontanées et 1.842 voies basses par extraction instrumentale (10,7%). Nous avons entré les données sur Exell 2007 et les avons analysées. Les paramètres étudiés étaient :

- les caractéristiques générales de la population étudiée (âge, BMI, taille, âge gestationnel, mode d'accouchement, parité);

- le poids de naissance, le type d'instrument utilisé, la hauteur et le type de présentation foetale, la réalisation d'une épisiotomie, le type d'analgésie, l'utilisation de prostine ou d'ocytocine pendant le travail;

- le type de lésion sphinctérienne : externe, interne et muqueuse anale;

- la technique de réparation des lésions anales et le suivi en post-partum, notamment la continence à la sortie de suites de couches.

Résultats

Septante-huit patientes ont eu une lésion sphinctérienne anale après un accouchement par voie basse (3,8/1.000 accouchements) durant la période 2005-2010. 74 patientes avaient une rupture du sphincter externe (3ème degré) et 4 patientes avaient des lésions du 4ème degré associant des lésions du sphincter interne et de la muqueuse anale.

Il y avait 61 primipares et 17 multipares. Cinq deuxièmes pares avaient accouché la première fois par césarienne. Au total, 66 patientes n'avaient jamais accouché par voie basse (85%).

L'âge moyen des patientes était de 29 ± 5 ans et le BMI initial avant grossesse était de 24 ± 5 kg /m². La taille moyenne des patientes était de 1,63 ± 0,06 m.

L'âge gestationnel moyen au moment de l'accouchement était de 40 ± 1 semaines d'aménorrhée.

Quinza patientes ont été maturées par prostine (19%) et 39 sur 78 (50%) ont eu du syntocinon pendant le travail.

La durée moyenne de la première phase du travail était de 2,4 ± 1,4 heure et celle de la deuxième phase du travail était de 3,4 ± 1,7 heure. 69 patientes sur 78 ont eu une analgésie péridurale (88%) ce qui avoisine le taux moyen d'analgésie péridurale dans notre maternité.

Le poids de naissance moyen était de 3,514 ± 0,435 kg. Douze nouveau-nés pesaient plus de 4 kg (15%). Deux déchirures périnéales du 4ème degré se sont produites pour des poids de naissance de 4.000 et 4.080 g.

Cinquante et une patientes sur 78 (65%) ont eu une épisiotomie médio-latérale. 14 patientes (43%) qui ont accouché par voie basse spontanée avaient eu une épisiotomie médio-latérale.

Quarante-six patientes ont eu des lésions sphinctériennes anales après une extraction instrumentale (25/1.000 accouchements) et 32 après un accouchement par voie basse spontanée (2/1.000) (Tableau I). Il y avait 12,5 fois plus de lésions anales après extraction instrumentale durant la même période.

La figure 1 montre le profil des patientes ayant subi des lésions anales après accouchement par voie basse.

Les extractions instrumentales ont été réalisées à l'aide d'un forceps de Tarnier dans 18 cas, d'un Suzor dans 12 cas, de spatules dans 12 cas et de ventouses ou Kiwi dans 4 cas.

Parmi les 46 extractions instrumentales, 38 ont été réalisées avec épisiotomie médio-latérale tardive (82%) et 8 sans épisiotomie.

Tableau I. Types de lésions sphinctériennes anales en fonction du mode d'accouchement

	Lésions anales (n)	Episiotomies (n)	N. lésions sphincter externe	N. lésions sphincter interne
Extractions instrumentales	**46**	**37 (80%)**	**46**	**3**
Forceps Tarnier		18		1
Spatules		12		1
Suzor		12		1
Ventouse		1		
Kiwi		3		
Voies basses spontanées	**32**	**14 (43%)**	**31**	**1**

n = nombre

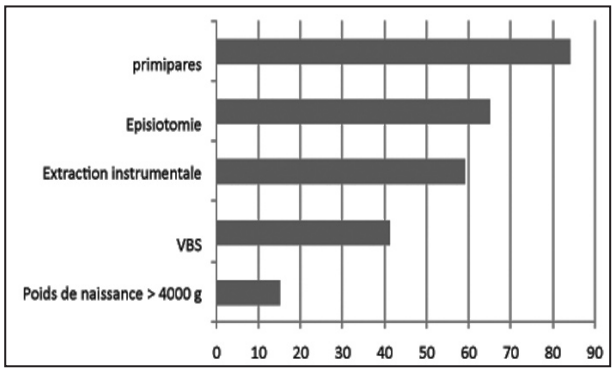

Figure 1. Facteurs de risque de lésions sphinctériennes obstétricales (%). VBS : Voie Basse Spontanée.

Trente-trois extractions instrumentales ont été réalisées à la partie moyenne (78%), 8 au détroit inférieur et 1 au détroit supérieur. A la pose de l'instrument (forceps, spatules, ventouse), 8 foetus se présentaient en occipito-sacrée, 2 en droite postérieure, 2 en droite transverse, 10 en OIGA et le reste et 24 en occipito-pubien. Au total, à la pose de l'instrument d'extraction, 76% des foetus étaient en présentation antérieure et 78 % à la partie moyenne. Seuls 24 % des fœtus étaient en position postérieure (ces positions ont été validées à l'accouchement).

Les lésions anales du sphincter externe ont été suturées par des points en U (bout à bout) avec un fil à résorption lente. Les lésions de la muqueuse anale et du sphincter interne par des points séparés avec un fil à résorption lente.

A la sortie des suites de couches entre J4 et J7, 2 patientes présentaient une incontinence anale dont une aux gaz et l'autre aux gaz et aux matières (2,5%).

Discussion

Dans notre étude, les lésions anales étaient relativement fréquentes après accouchement par voie basse puisqu'elles ont concerné 1 patiente tous les 263 accouchements.

Il y avait 12,5 fois plus de lésions sphinctériennes anales après extraction instrumentale que par voie basse spontanée. Christianson et al (7) retrouvent également 10 fois plus de lésions anales après forceps qu'après voie basse spontanée. Il y avait 3 fois plus de déchirures périnéales du 4ème degré après extraction instrumentale qu'après voie basse spontanée. Fenner et al. (3) retrouvent également plus de déchirures périnéales du 4ème degré après extraction instrumentale.

Dans notre étude, parmi les extractions instrumentales, les forceps ou spatules étaient responsables de la quasi-totalité des lésions anales. Tous les types de forceps étaient également impliqués avec une légère prédominance pour les forceps de Tarnier. D'autres auteurs ont retrouvé des résultats similaires. Ainsi, Beucher (9) ne retrouve pas de différence entre les types de forceps sur l'incidence des lésions anales. Pour Mazouni et al (10), les spatules de Thierry présentent des risques de lésions anales identiques aux autres types d'instruments mais supérieurs aux accouchements par voie basse spontanée. De même Boucoiran et al (11) retrouvent des taux similaires de lésions périnéales des troisième et quatrième degrés entre les spatules et autres instruments d'extraction.

Les ventouses étaient moins impliquées dans les lésions anales mais elles étaient moins utilisées que les autres types d'extraction instrumentale. Pour Dandolu et al (5), il y a moins de lésions sphinctériennes après ventouses qu'après forceps. Néanmoins les ventouses causent plus de defects sphinctériens infra-cliniques diagnostiqués à l'échographie endo-anale que l'accouchement par voie vaginale (12). Pour Schaal et al (13), Il y a moins de complications anales avec les ventouses qu'avec les forceps, ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles ne prennent pas de place dans le vagin et se placent directement sur le crâne du bébé provoquant moins de distension périnéale, en revanche, elles sont responsables de plus de complications foetales à type de céphalhématomes (collection hématique sous périostée de la voute crânienne du nouveau né).

La majorité des lésions sphinctériennes est survenue sur des présentations antérieures et au détroit moyen. Les présentations antérieures sont devenues à risque majeur probablement du fait que l'on est plus attentif aux présentations postérieures réputées potentiellement génératrices de lésions sphinctériennes en raison de la déflexion de la présentation (8). C'est pour des poses d'instrument au détroit moyen que l'on a eu le plus de lésions sphinctériennes.

Au total, les extractions instrumentales doivent être limitées au minimum nécessaire en raison de leur rôle potentiellement délétère sur les sphincters anaux et les conséquences à court et à long termes sur la continence anale.

Les épisiotomies médio-latérales pratiquées largement dans les extractions instrumentales n'ont pas empêché la survenue de lésions sphinctériennes pour nos patientes. Dans les voies basses spontanées, il y avait un peu plus de lésions anales en l'absence d'épisiotomie. L'épisiotomie médio-latérale sur périnée amplié dans les voies basses spontanées ne semble pas protectrice du sphincter et de la muqueuse anale.

L'épisiotomie médio-latérale est censée protéger les sphincters anaux, néanmoins sa pratique dépend de l'opérateur, chirurgien ou sage femme. En effet l'épisiotomie tardive, ou dont l'inclinaison ne tient pas compte de la pose des cuillers, ou incomplète, qui ne sectionne pas les releveurs, s'avère inefficace. Ces critères de qualité ne sont pas retrouvés dans les dossiers. Le rôle de l'épisiotomie en tant qu'acte protecteur des lésions sphinctériennes anales reste peu démontré et controversé. Sultan et al (14) ont montré que l'épisiotomie médio-latérale ne suffisait pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux. En revanche, pour Revicky et al (15) dans une étude rétrospective, il y avait 1,4 fois plus de risques de lésions anales en l'absence d'épisiotomie médio-latérale. Laine (16) retrouve 7 fois moins de lésions anales en Finlande -où le taux d'épisiotomie est largement plus élevé- qu'au Danemark, en Norvège et en Suède. Quant à l'épisiotomie médiane qui est plus pratiquée dans les pays anglo-saxons, elle multiplie par 3 à 4 le risque de lésion sphinctérienne (17). Ce type d'épisiotomie n'est pas pratiqué dans notre maternité. L'épisiotomie telle qu'elle est pratiquée actuellement ne protège pas de manière significative les sphincters. De nouveaux guidelines de réalisation d'épisiotomie sont nécessaires : timing exact, qualité : longueur de l'épisiotomie, plans anatomiques de section, angle d'inclinaison par rapport à la fourchette vulvaire. De nouvelles études prospectives sont nécessaires pour évaluer l'intérêt de l'épisiotomie, mais avec un protocole opératoire précis.

Pour la quasi-totalité de nos patientes, il s'agissait du premier accouchement. D'autres auteurs retrouvent également la nulliparité comme facteur de risque associé aux lésions anales (7, 10, 18). La primiparité est un facteur de risque à prendre en compte pour limiter les extractions instrumentales au strict nécessaire et à la réalisation correcte d'une épisiotomie efficace anatomiquement adaptée au mobile fœtal et avant la rupture sphinctérienne sous-vaginale.

La macrosomie est également un facteur de risque retrouvé chez une patiente sur 6 environ qui a eu des lésions anales, une information des patientes en prénatal des risques de l'accouchement par voie basse est souhaitable (7). La prévention et le traitement des facteurs de risque tels que la modification du régime alimentaire, le dépistage d'un diabète, sont souhaitables en cas de prise de poids excessif ou de BMI élevé. La macrosomie est retrouvée par d'autres auteurs comme facteur de risque de déchirures sphinctériennes en raison de l'inadéquation du volume de la présentation fœtale à la filière génitale entraînant la compression du nerf pudendal, voire la rupture sphinctérienne (12, 18).

Dans notre étude, il n'y avait pas d'association entre l'apparition de lésions sphinctériennes et l'analgésie péridurale, la maturation cervicale ou la prescription d'ocytocine. Par contre, on retrouvait une deuxième phase de travail allongée. Christianson et al (7) retrouvent également une deuxième phase de travail allongé, mais pas non plus d'association avec l'analgésie péridurale et l'usage d'ocytocine pendant le travail.

Malgré la réparation immédiate des lésions, 2 patientes ont présenté une incontinence anale précoce à la sortie des suites de couches. L'incontinence anale est régulièrement retrouvée par d'autres auteurs quelles que soient les techniques de réparation utilisées. Elles peuvent être précoces ou tardives, l'échographie endo-anale retrouvant alors le plus souvent un défect sphinctérien incomplètement réparé (2, 3, 19, 20). Néanmoins, malgré un bon résultat anatomique, l'incontinence anale persiste parfois, elle est liée le plus souvent à des lésions du nerf pudendal (18). Un suivi des patientes ayant eu des lésions sphinctériennes anales après un accouchement par voie basse au long terme est nécessaire afin de détecter l'apparition d'une incontinence anale, de l'explorer et de proposer un traitement.

Les limites de notre étude viennent du fait que l'incidence des lésions anales colligées est probablement sous-évaluée, puisque l'on s'est basé sur le diagnostic clinique; or on sait qu'un certain nombre de lésions anales et notamment du sphincter interne peuvent être infra-cliniques et n'être diagnostiquées qu'à l'occasion de plaintes ultérieures par des examens tels que l'échographie endo-anale. Par ailleurs, le suivi de nos patientes s'est limité au post-partum précoce car le but de cette étude n'était pas de diagnostiquer les incontinences anales tardives.

Conclusion

Les lésions sphinctériennes anales après accouchement par voie basse sont relativement fréquentes. Elles sont beaucoup plus fréquentes après accouchement instrumental. La macrosomie fœtale, la nulliparité, une deuxième phase de travail prolongée, sont des facteurs de risque importants qui doivent faire augmenter la vigilance pendant l'accouchement sur le périnée postérieur. Les présentations antérieures ne sont pas plus anodines que les présentations postérieures en cas d'extraction instrumentale. L'épisiotomie médio-latérale ne semble pas suffisamment protéger contre les lésions sphinctériennes anales.

D'autres études sont nécessaires pour évaluer le rôle de l'épisiotomie. L'incontinence anale est la séquelle majeure de ces lésions et peut apparaître précocement malgré une réparation immédiate des lésions sphinctériennes. Un suivi de ces patientes est nécessaire au long terme.

Bibliographie

1. Jundt K, Scheer I, Schiessl B, et al.— Incontinence, bladder neck mobility, and sphincter ruptures in primiparous women. *Eur J Med Res*, 2010, **15**, 246-252.
2. Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, et al.— Pelvic Floor Disorders Network. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*, 2006, 108, 863-872.
3. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, et al.— Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, 2003, **189**, 1543-1949.
4. Wheeler TL 2nd, Richter HE.— Delivery method, anal sphincter tears and fecal incontinence : new information on a persistent problem. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2007, **19**, 474-479.
5. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, et al.— Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2005, **16**, 304-307.
6. Hudelist G, Mastoroudes H, Gorti M.— The role of episiotomy in instrumental delivery : is it preventative for severe perineal injury? *J Obstet Gynaecol*, 2008, **28**, 469-473.
7. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, et al.— Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2003, **189**, 255-260.
8. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA.— Obstetric anal sphincter injury : incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*, 2008, **247**, 224-237.
9. Beucher G.— Maternal morbidity after operative vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2008, **37**, S244-259.
10. Mazouni C, Bretelle F, Collette E, et al.— Maternal and neonatal morbidity after first vaginal delivery using Thierry's spatulas. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2005, **45**, 405-409.
11. Boucoiran I, Valerio L, Bafghi A, et al.— Spatula-assisted deliveries : a large cohort of 1.065 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010, **151**, 46-51.
12. Peschers UM, Sultan AH, Jundt K, et al.— Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003, **110**, 39-42.
13. Schaal JP, Equy V, Hoffman P.— Comparison vacuum extractor versus forceps. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2008, **37**, S231-243.
14. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, et al— Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*, 1993, **329**, 1905-1911.
15. Revicky V, Nirmal D, Mukhopadhyay S, et al.— Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010, **150**, 142-146.
16. Laine K, Gissler M, Pirhonen J.— Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2009, **146**, 71-75.
17. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, et al.— Operative vaginal delivery and midline episiotomy : a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, **195**, 749-754.
18. Pirro N, Sastre B, Sielezneff I.— What are the risk factors of anal incontinence after vaginal delivery? *J Chir*, 2007, **144**, 197-202.
19. Hösli I.— Influence of pregnancy and delivery to the pelvic floor. *Ther Umsch*, 2010, **67**, 11-18.
20. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopinska I, Stefanski R, et al.— Anal endosonographic findings in women after vaginal delivery. *Eur J Radiol*, 2009.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr S. Alouini, Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Porte Madeleine 1, 45000, France
E-mail : souhail.alouini.@chro-orleans.fr