Césarienne programmée
Quelles indications en proctologie ?

Laurent Abramowitz

Proctologie médico-chirurgicale,

Service de gastroentérologie

Hôpital Bichat, Paris

Et cabinet Libéral

Principales étiologies de l’incontinence anale

- Chirurgie ano-rectale
- Dyschésie chronique
- Accouchement par voie vaginale
- Diarrhée
- Diabète
- …

Le contexte

- Révélation il y a 20 ans (St Marks Hospital)
- Contexte très difficile
  - Obstétricien, sage femme (échec !)
  - Patiente (honte, retentissement psychique…)
- Tabou ➔ Poser la question

Épidémiologie

- Primipare ➔ 13 % d'IA *de novo* (1, 2)
- 1 à 2 % pour les selles

- Secondipares également (3-4)

(1) Sultan et al. N E J M 1993; 329:1905-11.
(2) Oberwalder et al. Méta-analyse. B J Surj 2003; 1333-37.
(3) Abramowitz et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(4) Fynes et al. Lancet 1999; 354: 983-6.

Évolution au cours du temps

- Amélioration lors des premiers mois (1) :

  ➔ stade 3 et 4

  – A 1 mois : 21 % d'IA (4 % d'Inc selles)
  – A 1 an : 7 % d'IA (0 % d'Inc selles)

- Persistance IA si : IU associée et/ou multipare (2)

- Aggravation 20 ans après acc (3) :
  – Si dech périnée : 29 % Inc selles
  – Si pas dech périnée : 3 % Inc selles

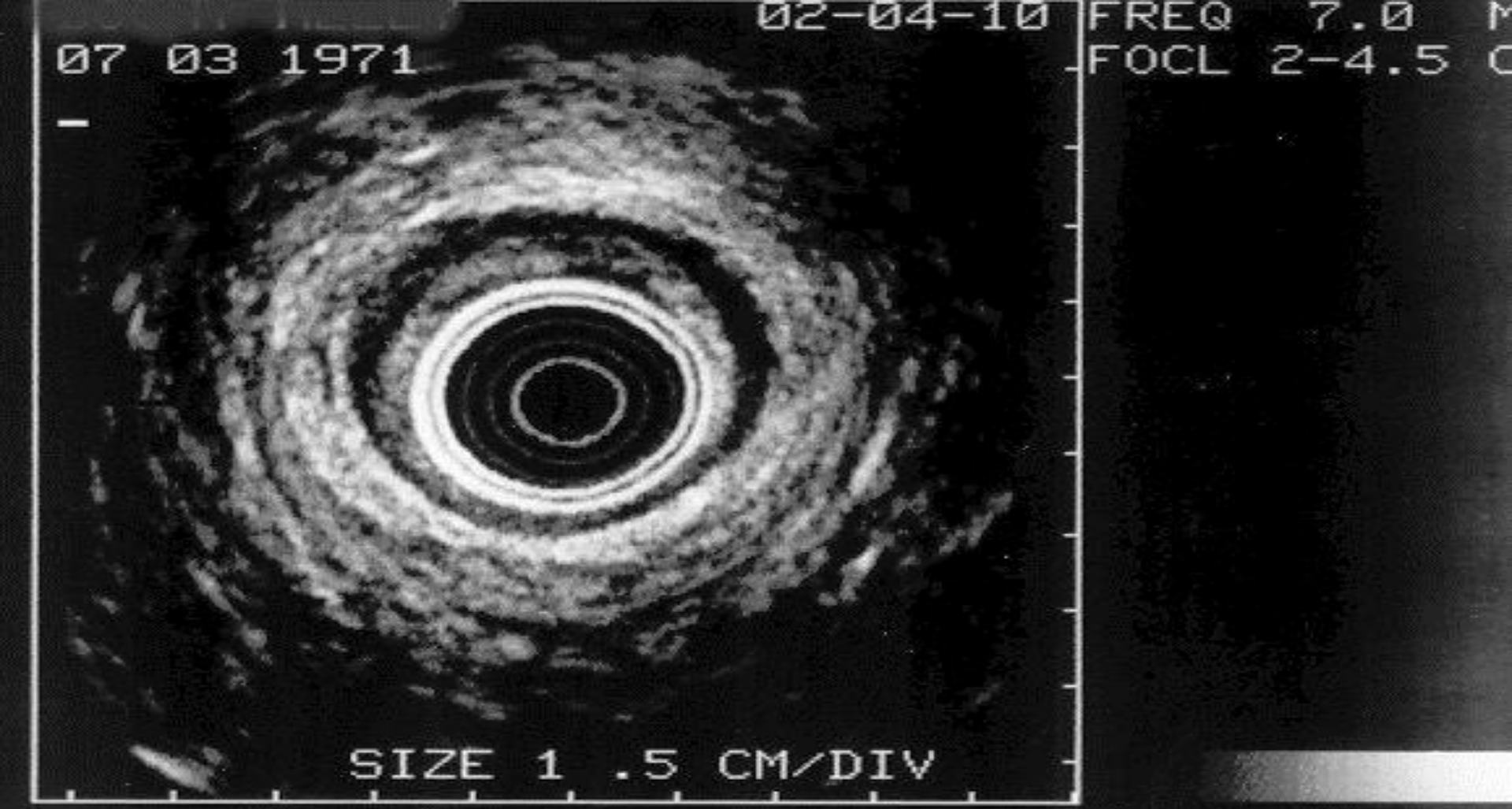
(1) Sander P et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999; 10: 177-81.
(2) Ryhammer AM et al. Dis Colon Rectum 1995; 38: 1206-9.
(3) Haadem K et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 601-3.

Lésions anatomiques

- Sphincters anaux
  - Même si pas de déch clinique
  - Ext > Int
  - 1ère cause d'IA après acc

- Nerf honteux interne
  - Lésions associées à baisse CV
  - Régressent dans post-partum immédiat
  - De moins en moins réversibles avec les acc, la dyschésie…

STZF 1 5 CM/DIV


02-04-10
FREQ 7.0 M
FOCL 2-4.5 C
07 03 1971
SIZE 1 .5 CM/DIV

Ruptures souvent méconnues

- Parturientes systématiquement examinées par leur sage-femme et leur obstétricien après l'accouchement
- Puis une deuxième fois par un obstétricien senior en salle de travail :

➔ Les sages femmes avaient à tort éliminé le diagnostic de déchirure sphinctérienne dans 87% des cas (26/30)

➔ Les obstétriciens dans 28 % des cas (8/29)

(1) Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuiries—myth or reality ? BJOG 2006;113:195-200.

Facteurs de risques d'IA

- Déch périnée (OR = 4) (L'IA est alors proportionnelle à l'importance de la déchirure périnéale (1))
- Forceps (OR = 4,5) (2, 3)
- Les 2 premiers acc (2)
- Épisiotomie médiane (4)

(1) Sundquist JC. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;715-718.
(2) Abramowitz L et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(3) Oberwalder M et al. Br J Surg. 2003 Nov;90(11):1333-7.
(4) Signorello LB et al. Br Med J 2000; 320: 86-90.

Quelle prévention ?

- Expérience de l'opérateur (4,1 % ➔ 2,3% déchirure périnée) (1)
- Dans les meilleurs mains, l'accouchement vaginale peut être traumatique (2)
- La césarienne ?
  - Associée à un moindre risque d'IA…(3-6)
  - Mais risques…2,6%...

(1) Laine K, Rotvold W, Staff C. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2012;92:94-100
(2) De Parades V et al. Dis Colon Rectum 2004; 47:24-34.
(3) Sultan et al. N E J M 1993; 329:1905-11.
(4) Oberwalder et al. Méta-analyse. B J Surj 2003; 1333-37.
(5) Abramowitz et al. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-98.
(6) Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Lancet 1984; 8: 546-50.

Morbidité de la césarienne programmée = 2,6 %

- Décès
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Hématome pariétal
- Plaie vésicale et digestive
- Infections
- Rupture utérine
- Placenta accréta
- Trouble relation mère enfant

Risque d'IA après 2ème accouchement voie basse

- Si IA transitoire après 1er acc
- Si rpt sphincter avant 2ème acc

42 % (5 patientes/12)

Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence : a prospective study. Lancet 1999; 354: 983-6.

Conclusions

- Discussion au cas par cas
- Mettre en balance

Risque fonctionnel

➔ fréquent

Risque grave

➔ mortalité ou morbidité

➔ rare

Pour tous les accouchements: Chez qui discuter d'une césarienne ?

- ATCD de chir colo-procto
  - pour IA
  - malformation ano-rectale
  - anastomose iléo-anale ou iléo-rectale
  - Fistulotomie (haute)
- ATCD de LAP sévère de Crohn
- Incontinence anale avérée
- ATCD de patho neuro touchant le périnée

Pour les secondipares: Chez qui discuter d'une césarienne ?

- Secondipare avec :
  - Premier accouchement traumatique (forceps avec rpt sphinctérienne, déch périnée ($\geq$ stade 2), IA post-partum…) ?
  - Rupture sphinctérienne significative à l'écho ?
-

Pour un 2ème accouchement ➔ Césarienne ou voie basse ?

- Etudes rétrospectives chez des femmes avec ATCD de déchirure stade III :
  - OASIS study (London) :
    - 73 femmes sélectionnées ➔ 59 évaluées ➔ 41 VB vs 18 césariennes
    - Continence anale idem dans les 2 bras 3 mois après accouchement
  - Dublin :
    - Analyse rétrospective : 335 VB vs 118 césariennes
    - Continence anale idem dans les 2 bras 6 mois après accouchement
- Questions :
  - Critères ayant déterminé le mode du 2ème accouchement ?
  - Mise en balance avec l'ensemble de la morbidité des femmes (IU, QdV, sexualité…)

(1) Scheer I, Thakar R, Sultan AH. Mode of delivery after previous obstetric anal sphincter injuries (OASIS)-a reappraisal ? Int Urogynecol J, 2009, 20:1095-1101.
(2) Fitzpatrick M. et al. Does anal sphincter injury preclude subsequent vaginal delivery ? Eur J Obst Gyn and Rep Biol 198 (2016), 30-34.

Risque d'IA dans le dernier registre Nordique

- 3 755 110 femmes ayant accouchées entre 1973 et 2015
  - 185 219 césariennes seule ➔ 0,22% d'IA
  - 1 400 935 voie basse seule ➔ 0,37% d'IA

    ➔OR = 1,65 (p<0,0001)
- FDR IA après VB: âge maternel (OR=1,05), poids du bébé (OR=1,49), acc instrumental (OR=1,7)
- FDR IA après césarienne : âge maternel (OR=1,03)

Larsson et al. Anal incontinence after cesarean…lancet, feb 21, 2019: 1-7

Suède, la suite

- Autres comparaisons :
  - VB + Césarienne vs nullipare ➔ 2,05 (1,92-2,19)
  - Nullipare vs hommes ➔ 1,89 (1,75-2,05)
- Retard diag majeur d'IA :
  - 14 ans après césarienne
  - 17 ans après VB
- Critiques idem ci-dessus:
  - Critères ayant déterminé le mode du 2ème accouchement ?
  - Mise en balance avec l'ensemble de la morbidité des femmes (IU, QdV, sexualité…)

Larsson et al. anal incontinence after cesarean…lancet, feb 21, 2019: 1-7

Recommandations pour réduire le risque de nouveau traumatisme de l'anus après un accouchement traumatique

(Review) 2014

Farrar D, Tuffnell DJ, Ramage C

Cochrane Library

- Etudes disponibles :
  - Absence d’étude randomisée

- Résultats de la recherche:
  - Une seule étude en cours identifiée sur le site clinical-trial.gouv ➔ Abramowitz et al. 2008…

- **Objectif principal** : comparer le risque d'incontinence anale 6 mois après un deuxième accouchement
  - par voie basse ou césarienne
  - lorsque le premier a été responsable d'une déchirure du sphincter anal

- **Objectifs secondaires** : comparer l'impact de ces 2 modes d'accouchement sur les autres morbidités
  - Urinaire
  - Qualité de vie
  - Sexualité
  - Relation mère-enfant
  - Morbidité fœtale
  - …

Méthodologie

- Etude multicentrique (6 maternités d'Ile de France)
  - CHU Bichat Claude Bernard, Paris.
  - Centre Hospitalier de Versailles André Mignot, le Chesnay.
  - CHU Armand Trousseau, Paris.
  - CHU Louis Mourier, Colombes.
  - CHU Beaujon, Clichy.
  - CHU Jean Verdier, Bondy.

- Randomisée
- Critères d'inclusion :
  - Toutes patientes enceinte une 2ème fois
  - Avec un antécédent de déchirure du périnée stade 3 (périnée complet)
  - Et/ou un forceps
- Critères d'exclusion :
  - Incontinence anale (score de Vaisey $\geq$ 5/ 24 points)
  - Déchirure stade IV (périnée complet compliqué)

Méthodologie
Calcul de l'effectif

- Score moyen attendu dans le bras voie basse = 5/24 (écart type de 6.0 DS)
  - Incontinence anale clinique invalidante

- Montrer une diminution du score moyen de 2 points dans le bras césarienne
- ➔ Inclure > 86 femmes par groupe pour un test bilatéral avec un risque alpha de 5 % et une puissance de 90 %

- 20 % de perdues de vues
- 10 % des femmes qui n'auront pas le traitement alloué

- ➔ randomiser 123 femmes par bras

- Inclure 500 femmes pour en avoir 246 ➔ si 50 % des femmes n'ont pas de lésion du sphincter anal à l'échographie ou refusent de participer

INCLUSION : n = 555

- **6 patientes exclues**
- 22 patientes ne remplissant pas tous les critères d'inclusion mais non exclues

INCLUSION (après exclusions) : n = 549

VISITE G1 ou P1 : n = 546
- 533 patientes avec visite G1 (+8 avec des données récupérées)
- 436 patientes avec visite P1 (dont 2 écho endo-anale manquantes)
- 3 patientes sans G1 ni P1

Rupture = OUI
n= 264

Randomisée = OUI
n= 222

Voie Basse
n= 112

VISITE G2
(6-8 semaines)
n= 109
92 voies basses
17 césariennes

VISITE P2
(6 mois)
n= 84
- écho n = 61
- CJP n = 81 (73%)

VISITE G3
(12 mois)
n= 49

Césarienne
n= 110

VISITE G2
(6-8 semaines)
n= 109
18 voies basses
91 césariennes

VISITE P2
(6 mois)
n= 91
- écho n = 64
- CJP n = 89 (81%)

VISITE G3
(12 mois)
n= 47

Randomisée = NON
n= 42

VISITE G2
(6-8 semaines)
n= 41
26 voies basses
15 césariennes

VISITE P2
(6 mois)
n= 26
- écho n = 14
- CJP n = 25 (59%)

VISITE G3
(12 mois)
n= 11

Rupture = NON
n = 170

VISITE G2
(6-8 semaines)
n= 153
141 voies basses
11 césariennes

VISITE P2
(6 mois)
n= 121
- écho n = 67
- CJP n =120 (71%)

VISITE G3
(12 mois)
n= 0

Rupture = NSP
n = 115

Population

Âge	32,4 ans
IMC (inclusion)	26,2
Ethnies - Europe - Maghreb - Afrique noire - Antilles - Asie - Amérique latine et centrale	 56,9% 24,8% 9,7% 3,4% 4,1% 0,9%
Maternités - Versailles - Trousseau - Bichat - Jean verdier - Louis Mourier - Beaujon	 132 (24,0%) 131 (23,9%) 117 (21,3%) 70 (12,8%) 63 (11,5%) 36 (6,6%)

Résultats
(en ITT)

- Critère principal ➔ score de Vaisey /24 ; 6 mois après accouchement :

  ➔ 1 (0-3) pour césarienne vs 1 (0-4) pour voie basse p=0,30

- Résultats identiques avec les sous analyses de la continence anale :

	Voie basse	Césarienne	p
Wexner	1 (0-2)	1 (0-2)	0,44
Faiblesse anale ressentie par la patiente	19 %	25,3 %	0,32
Nombre de jours avec perte de gaz depuis 1 mois	0 (0-3)	0 (0-4)	0,49
Nombre de jours avec perte de selle depuis 1 mois	0 (0-0)	0 (0-0)	0,7
Suintements anaux	6,1 %	6,6 %	0,89
Evolution continence anale / avant acc (-5;+5)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,1

Résultats
Critères secondaires

	Voie basse	Césarienne	p
IA transitoire #	25 %	11,7 %	0,035
IA transitoire après imputation multiple des données manquantes	25,9%	15,6%	0,067
IA transitoire ≥ 5 @	6,9 %	7 %	1,0
IU (MHU) à 6 mois	0 (0-4)	1 (0-4)	0,7
IU (MHU) à 6 sem	0 (0-3)	0 (0-2)	0,13
Qualité de vie (SF12) à 6 sem et 6 mois Hormis composante physique SF12	55,3	52,7	NS 0,04
Sexualité (FSFI)	28,1	27,1	0,68

Incontinence anale transitoire 6 semaines après accouchement : ≥ 1 perte selle et/ou 2 pertes de gaz depuis acc
@ Vaisey ≥ 5 à 6-8 sem mais < 5 à 6 mois

Résultats
Autres morbidités

	Voie basse	Césarienne	p
Complications hémorragiques	3,7 %	4,4 %	1,0
Hématome pariétal	0	1	1,0
Complications anesthésiques (céphalée post-brèche)	0%	3,3 %	0,25
Troubles de la relation mère-enfant	3,8 %	0 %	0,12
Et les autres ….			NS

La gravité de la rupture sphinctérienne influence t'elle le résultat ?

- Analyse en continu avec l'angulation de la rupture du SE ➔ p=0,14
- Analyse par classe d'angulation
  - Angulation < 30° versus ≥ 30° ➔ p=0,89
  - Angulation < 60° versus ≥ 60° ➔ p=0,15
  - Angulation < 90° versus ≥ 90° ➔ p=0,78

- Épaisseur de la rupture (> ou < la moitié) ➔ p=0,44
- Hauteur de la rupture (> ou < la moitié) ➔ p=0,48

- Rupture > 90°et > moitié hauteur et épaisseur ➔ p=0,78

Conclusions de ce travail

- Chez les femmes avec rupture sphinctérienne après un 1er accouchement, la césarienne semble réduire le risque d'incontinence anale transitoire du post-partum
- Mais n'a pas d'effet protecteur 6 mois après l'accouchement
- Ces résultats suggèrent que la césarienne ne doit pas être proposée systématiquement dans cette indication

Analyse secondaire

- Parmi les 27 parturientes (inclus à tord) avec Vaisey ≥ 5 avant 2ème acc :

➔ Vaisey = 6 [3,5-8,5] si voie basse et 3 [0-7] si césarienne, p=0.026

Perspectives/questions

- Les résultats à plus long terme seraient-ils différents ?
- La prise en charge des autres facteurs responsables d'incontinence semble prépondérant :
  - Diminuer le traumatisme de l'accouchement par voie basse
    - Expérience de l'opérateur (1)
    - Ventouse à la place de forceps, si possible (Cochrane 2014)
    - Épisiotomie si nécessaire (Cochrane 2014)
    - …
  - Traiter la dyschésie, la diarrhée (2) …
  - Eviter les traumatismes de la chirurgie ano-rectale
  - Eviter de vieillir…

(1) Laine K, Rotvold W, Staff C. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2012;92:94-100
(2) Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL, Leroi AM, Meurette G, Pigot F, Damon H. Treatments of faecal incontinence : Recommendations from the French national society of coloproctology. Colorectal Disease 2014.

Conclusions : messages maisons (1)

- L'IA doit être recherchée et traitée dans le post-partum
- Césarienne à discuter pour tous les accouchements si :
  - Chirurgie pour IA
  - ATCD de chir ano-rectale (malformation, anastomose iléo-anale ou iléo-rectale)
  - Fistulotomie haute
  - ATCD de LAP sévère de Crohn
  - Incontinence anale avérée
  - ATCD de patho neuro sévère touchant le périnée

Conclusions : messages maisons (2)

- Discuter césarienne pour 2ème accouchement si:
  - Incontinence anale
  - 1er accouchement avec déchirure stade 4
  - Demande d'une parturiente ayant une lésion anale, informée des risques et bénéfices des différentes modalités d'accouchement ?

Merci