

# Dyschésie

REBMANN Emeline (Interne de chirurgie viscérale)

Professeur VENARA (Chirurgien digestif)

**Dyschésie**  
**=**  
**Constipation terminale**

# Définition constipation

## ► Définition OMS

- Emission de moins de 3 selles par semaine

## ► Recommandations françaises pour la pratique clinique 2007

- « Désordre digestif complexe qui correspond à une insatisfaction lors de la défécation, due soit à des **selles peu fréquentes**, soit à une **difficulté pour exonérer**, soit les deux »

*Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults. Piche et al. Gastroenterol Clin Biol. 2007.*

## ► Critères de Rome IV publiés en 2016

# Définition constipation

## Critères de Rome IV :

- ▶ Début des symptômes > 6 mois et Association de  $\geq 2$  des symptômes suivants sur les 3 derniers mois :
  - < 3 évacuations de selles spontanées par semaine
  - Dans au moins 25% des défécations :
    - Efforts de poussée
    - Selles dures ou fragmentées (Bristol 1 ou 2)
    - Sensation d'évacuation incomplète
    - Sensation de blocage ano-rectal
    - Nécessité de manœuvres digitales pour aider à l'exonération
- ▶ Présence de selles molles rares sans l'usage de laxatifs
- ▶ Manque de critères diagnostiques pour le syndrome de l'intestin irritable

## Échelle de Bristol

|        |                                                                                       |                                                                                          |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Type 1 |    | Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.   |
| Type 2 |    | En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.                                         |
| Type 3 |    | Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite. |
| Type 4 |    | Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.                 |
| Type 5 |    | Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).                          |
| Type 6 |   | Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.                                       |
| Type 7 |  | Pas de morceau solide, entièrement liquide.                                              |

# 3 sous-groupes de constipation

- ▶ Constipation à transit normal :
  - Temps de transit normal + plancher pelvien intègre sur le plan fonctionnel
- ▶ Constipation de transit :
  - Temps de transit colique allongé
- ▶ Constipation terminale (dyschésie) :
  - Défaut de coordination entre muscles abdominaux et plancher pelvien lors de la défécation
  - Modification anatomique gênant l'exonération

# Dyschésie et symptomatologie

- ▶ Efforts de poussée abdominale pour déféquer
- ▶ Émission de selles dures et fractionnées
- ▶ Sensation de défécation incomplète
- ▶ Sensation d'obstruction
- ▶ Sensation de blocage des selles dans le canal anal
- ▶ Nécessité de réaliser des manœuvres d'évacuation digitale

# Epidémiologie

- ▶ **Prévalence = 13 à 20%**
- ▶ **Femme > Homme**
- ▶ **Absentéisme au travail ou à l'école = 9% = 12 jours par an**

*U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Drossman et al. Dig Dis Sci. 1993*

*Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. Talley et al. Am J Gastroenterol. 1996*

- **Données américaines**
- **Etudes anciennes des années 1990**
- **Pas de données françaises récentes ...**

# Facteurs de risque

## FDR significatifs et indépendants de dyschésie :

- ▶ Syndrome de l'intestin irritable (OR 1.78)
- ▶ Hystérectomie par coelioscopie ou par voie basse (OR 2.01)
- ▶ Prolapsus symptomatique d'un organe pelvien (OR 2.34)
- ▶ Chirurgie de l'incontinence urinaire (OR 2.52)
- ▶ Chirurgie pelvienne en général (OR 1.35)
- ▶ ≥ 3 médicaments (OR 1.81)

*Obstructive defecation in middle-aged women. Varma et al. Dig Dis Sci. 2008.*

## Obstructive Defecation in Middle-Aged Women

Madhulika G. Varma · Stacey L. Hart · Jeanette S. Brown · Jennifer M. Creasman · Stephen K. Van Den Eeden · David H. Thom

2 109 femmes entre 40 et 69 ans  
Questionnaire sur la fréquence des symptômes de dyschésie  
Recueil des antécédents médicaux et chirurgicaux

Multivariate analysis of factors associated with weekly or more frequent obstructive defecation

| Odds ratio                                 | Odds ratio (95% CI) | P      |
|--------------------------------------------|---------------------|--------|
| Age (per year)                             | 0.99 (0.97–1.01)    | 0.53   |
| Irritable bowel syndrome                   | 1.78 (1.21–2.60)    | 0.003  |
| Drink alcohol (≥ 1 drink per week)         | 0.76 (0.54–1.06)    | 0.09   |
| Hysterectomy                               |                     | 0.05   |
| No hysterectomy                            | Reference           |        |
| Abdominal                                  | 1.13 (0.80–1.59)    |        |
| Vaginal/laparoscopic                       | 2.01 (1.15–3.54)    |        |
| Job status versus employed                 |                     | 0.01   |
| Employed                                   | Reference           |        |
| Unemployed/other                           | 2.33 (1.39–3.92)    |        |
| Retired                                    | 1.07 (0.72–1.61)    |        |
| Homemaker                                  | 1.38 (0.82–2.31)    |        |
| Taking three or more different medications | 1.81 (1.36–2.42)    | <0.001 |
| Other pelvic surgery                       | 1.35 (1.03–1.78)    | 0.03   |
| Symptomatic pelvic organ prolapse          | 2.34 (1.47–3.71)    | <0.001 |
| Urinary incontinence surgery               | 2.52 (1.29–4.90)    | 0.007  |

# Diagnostic

**/!\ Eliminer les causes tumorales / neurologiques /  
métaboliques / iatrogènes +++**

► **Interrogatoire :**

- ATCD personnels et familiaux
- Médicaments
- Type et ancienneté des symptômes
- Calendrier des selles, échelle de Bristol
- Douleurs abdo / distension abdo / ballonnements ?
- Sang dans les selles / perte de poids involontaire > 10% en 3 mois ?

# Diagnostic

**/!\ Eliminer les causes tumorales / neurologiques /  
métaboliques / iatrogènes +++**

**► Examen abdominal :**

- **Inspection abdominale :**
  - Cicatrices d'anciennes chirurgies ou de traumatismes abdominaux
  - Masse visible
  - Distension abdominale
- **Palpation abdominale :**
  - Masse palpée
  - Selles dures dans le colon
- **Recherche d'adénopathies**

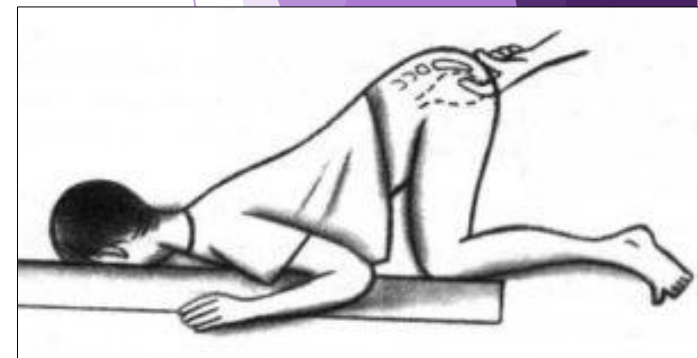
# Diagnostic

**/!\ Eliminer les causes tumorales / neurologiques / métaboliques / iatrogènes +++**

► **Examen proctologique :**

(position genu-pectorale ou décubitus latéral gauche)

- **Inspection et palpation de la marge anale :**
  - Au repos : fissure anale / marisques / abcès péri-anal ?
  - En poussée : hémorroïdes internes / prolapsus rectal ?
  - Examen neurologique périnéal : sensibilité et réflexes périnéaux
- **Toucher rectal :**
  - Tumeur ano-rectale / fistule anale ?
  - Tonus du sphincter anal à l'état basal et à la contraction
- **Anuscopie +/- rectoscopie : exploration du canal anal +/- rectum**



# Causes de constipation chronique

## Causes coliques / rectales / anales

### Sténoses tumorales :

- Cancer colo-rectal, cancer du canal anal
- Tumeurs bénignes volumineuses (rare)
- Compression extrinsèque (ovaire, utérus, prostate, carcinose péritonéale)

### Sténoses non tumorales :

- Sigméïdite diverticulaire
- Sténose ischémique, radique, inflammatoire (Crohn, RCH)

### Troubles de la statique pelvienne :

- Rectocèle, entérocele, sigmoïdocèle
- Prolapsus rectal
- Intussusception muqueuse rectale

### Autres :

- Fissure anale, rectite, maladie hémorroïdaire, abcès
- Mégarectum idiopathique

## Causes neurologiques

### Atteinte du SNC :

- AVC
- Paraplégie, tétraplégie
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Traumatisme ou tumeur médullaire

### Atteinte des plexus digestifs :

- Maladie de Hirschsprung (aganglionose)
- Syndrome de Shy-Drager (perte neuronale du système nerveux autonome, nigrostrié et du cervelet)
- Myasthénie
- Sclérodermie

*Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. SNFCP, GFNG, SNFGE. 2017.*

*La dyschésie. Juguet et al. Act Med Int Gastroentérologie. 1998.*

# Causes de constipation chronique

## Causes métaboliques

Hypothyroïdie

Pan hypopituitarisme

Phéochromocytome

Diabète

Hypercalcémie

Hypokaliémie

Hypomagnésémie

Hyperuricémie, IRC

## Causes médicamenteuses

Anti-dépresseurs

Neuroleptiques

Anti-cholinergiques

Anti-diarrhéïques

Opiacés

Sucralfate

Cholestyramine

*Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. SNFCP, GFNG, SNFGE. 2017.*

*La dyschésie. Juguet et al. Act Med Int Gastroentérologie. 1998.*

# Causes de dyschésie

## ► Fonctionnelles :

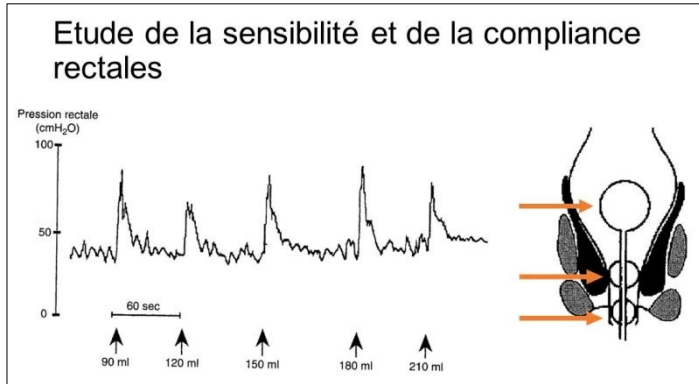
- Dysfonctionnement des sphincters de l'anus :
  - Anisme / Dyssynergie ano-rectale
  - Hypertonie anale
- Hypo ou acontractilité rectale
- Altération de la sensation du besoin d'exonérer :
  - Hyposensibilité rectale
  - Mégarectum

## ► Anatomiques :

- Troubles de la statique pelvienne postérieure (prolapsus rectal, rectocèle, entérocele, sigmoïdocèle, syndrome du périnée descendant)

# Examens complémentaires

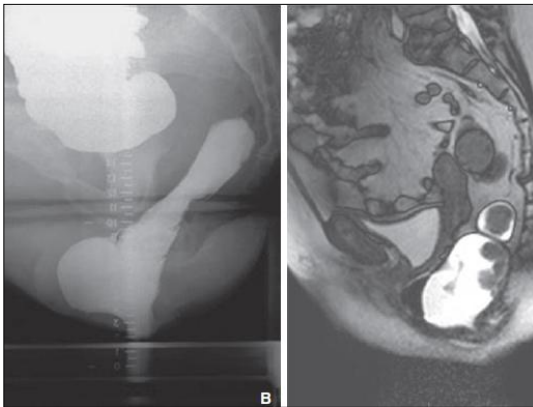
## ► Manométrie ano-rectale



## ► Temps de transit



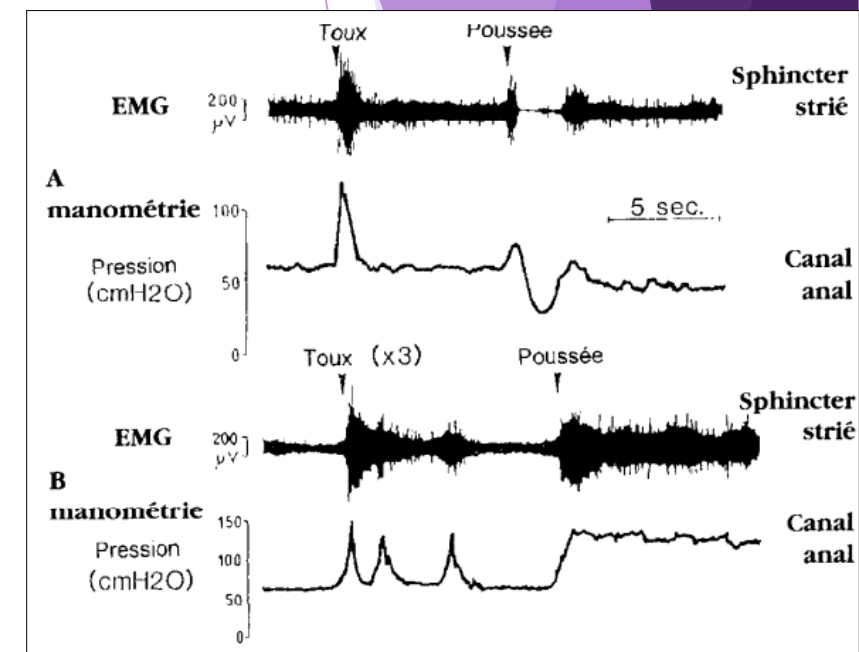
## ► Défécographie et/ou Déféco-IRM



# Causes fonctionnelles

# Anisme / Dyssynergie ano-rectale

- ▶ Absence de relaxation ou contraction paradoxale du sphincter anal externe et du muscle pubo-rectal lors de la défécation
- ▶ Physiopathologie incertaine :
  - Atteintes neurologiques (SEP, Parkinson, atteintes médullaires)
  - Ulcère solitaire du rectum, douleurs périnéales
  - Habitudes comportementales et facteurs psychologiques (abus sexuels)
- ▶ RHD + Biofeedback + TTT médical



Manométrie ano-rectale

*Qu'est-ce que l'anisme en 1995 ? Weber. ConStat. 1995.*

*Anismus as a market of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. Leroi et al. Digestive diseases and sciences. 1995.*

# *Règles Hygiéno-Diététiques*

- ▶ Régime riche en fibres
- ▶ Hydratation suffisante pour la corpulence
- ▶ Activité physique régulière

## *Traitement médical*

- ▶ Laxatifs per os
- ▶ Suppositoires
- ▶ Lavements

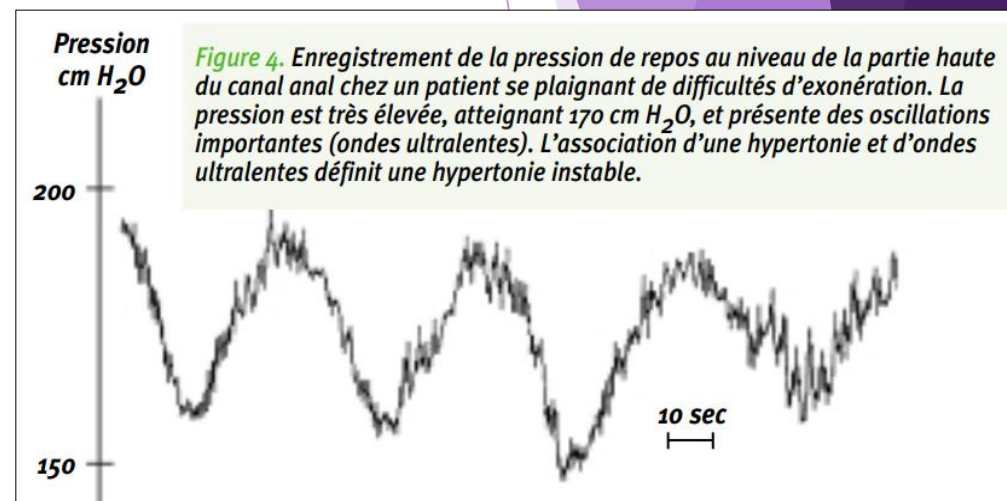
# Biofeedback

- ▶ Appareil ou smartphone connecté à une sonde anale
- ▶ Recueil de la force de la contraction sous forme de tracé (type EMG)
- ▶ Le patient fait une série de contractions / relâchements suivant les consignes
- ▶ Visualiser sa contraction permet d'en prendre conscience et de se rééduquer



# Hypertonie anale

- ▶ Augmentation de la résistance du sphincter strié anal et des releveurs de l'anus lors de la dilatation du canal anal
- ▶ Toucher rectal : contraction réflexe vive du sphincter
- ▶ Physiopathologie incertaine :
  - Atteintes neuro : spasticité périnéale par atteinte dyskinésies du syndrome extra-pyramidal
  - Facteurs psychologiques (abus sexuels)
- ▶ RHD + Biofeedback + TTT médical



**Manométrie ano-rectale**

*Tonus anal : déterminant physiologique, évaluation clinique et paraclinique, caractéristique pathologique. Amarenco et al. Progrès en urologie. 2020.*

*La manométrie anorectale. Leroi. Correspondances en pelvi-périnéologie. 2001.*

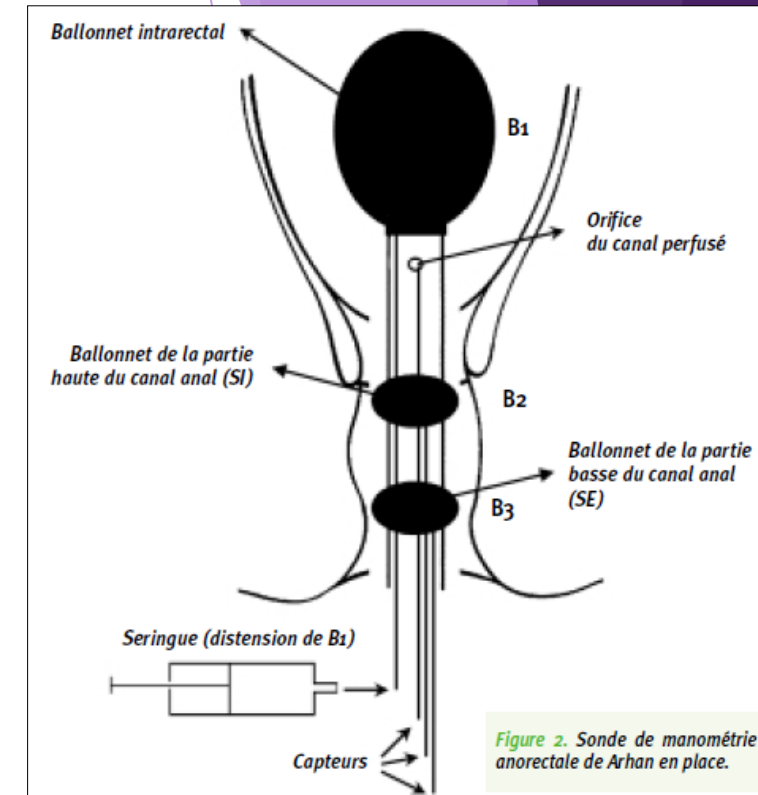
# Hypo- ou acontractilité rectale

- ▶ **Absence de contraction de la paroi rectale lors des efforts de défécation**  
(6% des dyschésiques dans une étude radiologique de 2000)
- ▶ Temps de transit rectal allongé
- ▶ **Défécographie au barium / Déféco-IRM :**
  - Anatomie rectale normale, absence de dysfonctionnement du sphincter anal
  - **MAIS efforts de poussée ne permettant pas de vider l'ampoule rectale**
- ▶ **Physiopathologie incertaine :**
  - Atteintes neuro (dont syndrome de la queue de cheval)
  - Antécédent de chirurgie pelvienne avec atteinte des plexus nerveux hypogastriques
- ▶ **RHD + TTT médical +/- Biofeedback ?**



# Hyposensibilité rectale

- ▶ **Altération de la perception de la distension rectale**  
(18 à 68% des patients constipés selon les études)
- ▶ **Manométrie ano-rectale :**
  - Volume minimum de perception (B1) > 20 mL
  - Volume de perception constante du besoin de déféquer (B2) > 240 mL
  - Volume maximum tolérable (B3) > 450 mL
- ▶ **Physiopathologie incertaine :**
  - Cause de constipation ou causée par la constipation ?
  - Atteinte neuro : centrale ou périphérique (neuropathie diabétique +++)
- ▶ **Biofeedback +++**  
(normalisation des seuils de perception des volumes dans 58 à 92% des cas à 12 mois)



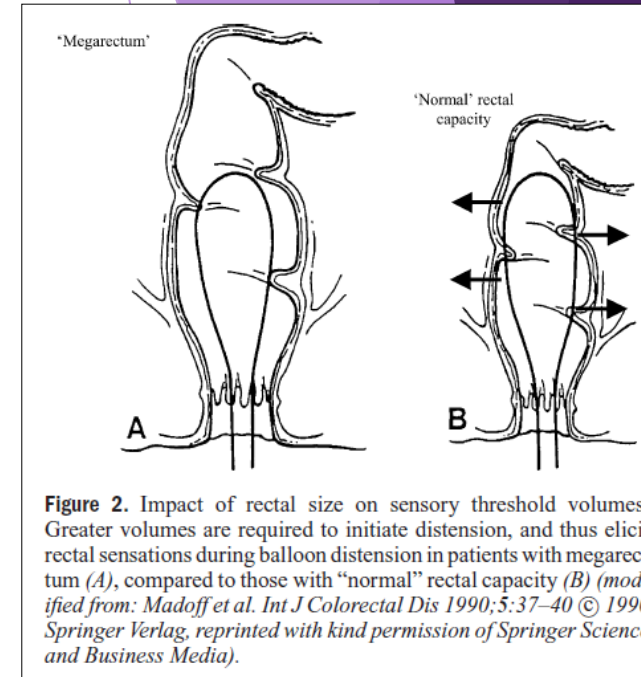
**Manométrie ano-rectale**

*Rectal hyposensitivity. Gladman et al. The American Journal of Gastroenterology. 2006.*

*La manométrie anorectale. Leroi. Correspondances en pelvi-périnéologie. 2001.*

# Mégarectum

- ▶ Perception de la distension rectale pour des volumes supérieurs
- ▶ Manométrie ano-rectale :
  - Volume minimum de perception (B1) > 20 mL
  - Volume de perception constante du besoin de déféquer (B2) > 240 mL
  - Volume maximum tolérable (B3) > 450 mL
- ▶ Physiopathologie incertaine :
  - Agénésie / atrésie / sténose rectale (distension rectale par blocage des selles)
  - Maladie de Hirschsprung (défaut de relaxation d'un segment aganglionnaire)
- ▶ TTT médical (suppositoires ou lavements) +/- RHD +/- TTT chirurgical ?



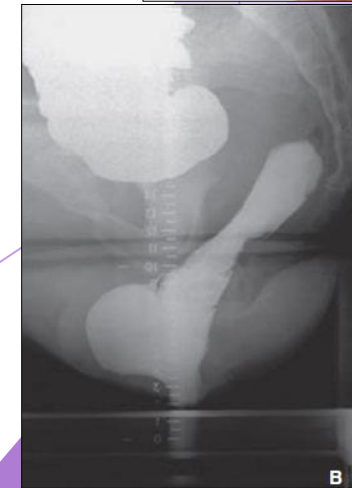
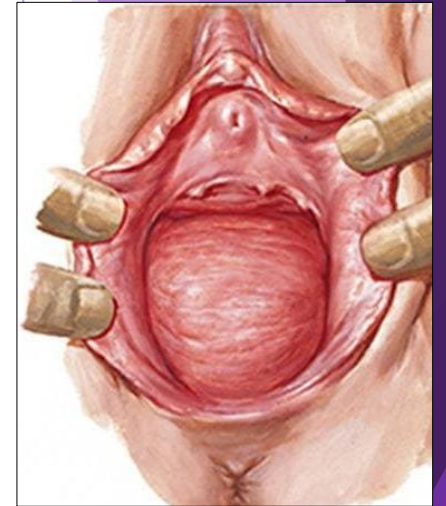
# *Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) du nerf tibial*

- ▶ Alternative +++ si échec RHD et TTT médical
- ▶ TENS bilatéral 30 min, 3 sessions par semaine, 6 semaines (105 patients)
- ▶ Effets constatés :
  - Réduction du temps passé sur les toilettes
  - Diminution de l'utilisation de laxatifs (20% vs 76,2% au départ)
  - Amélioration significative de l'ODS (Obstructive Defecation Score)
- ▶ Persistance des effets jusqu'à au moins 12 semaines

# Causes anatomiques

# Rectocèle

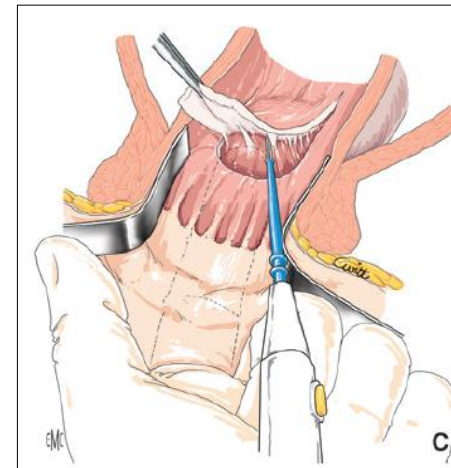
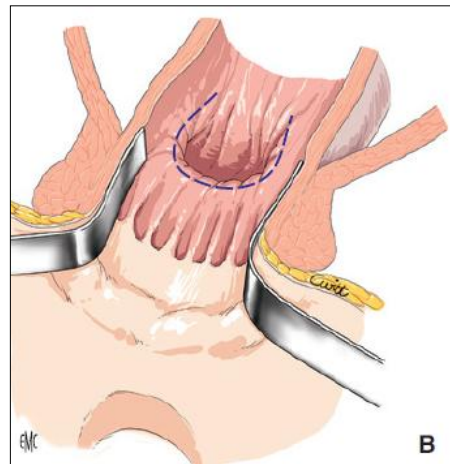
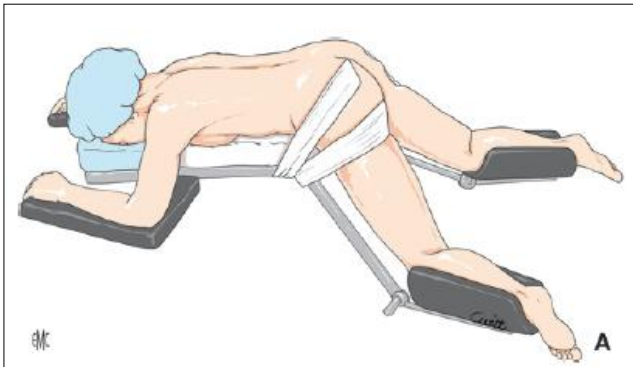
- ▶ **Hernie de la paroi antérieure du rectum**  
(75% de dyschésie associée)
- ▶ Femme +++
- ▶ Détachement des fibres du fascia recto-vaginal du centre tendineux du périnée
- ▶ Etiologie possible : traumatisme périnéal obstétrical
- ▶ Homme (rare)
- ▶ Protrusion du rectum dans la loge prostatique après prostatectomie
- ▶ **RHD + Biofeedback + TTT médical +++**
- ▶ +/- TTT chirurgical si symptômes persistants



# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Intervention de Sullivan :

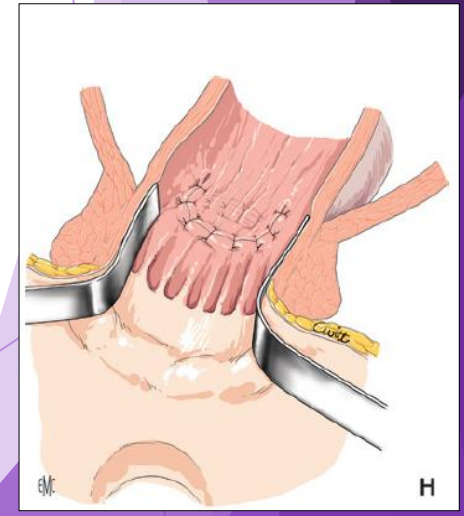
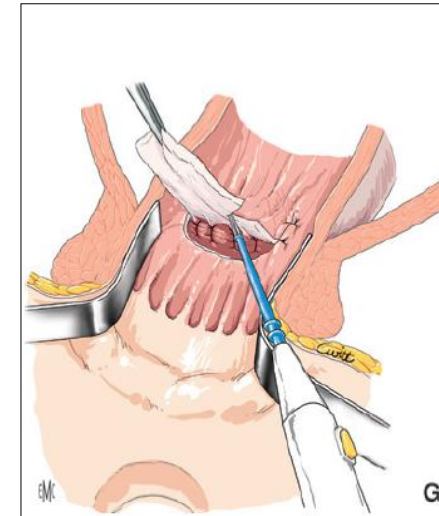
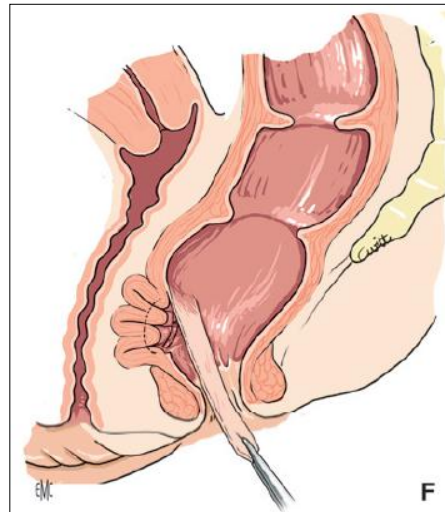
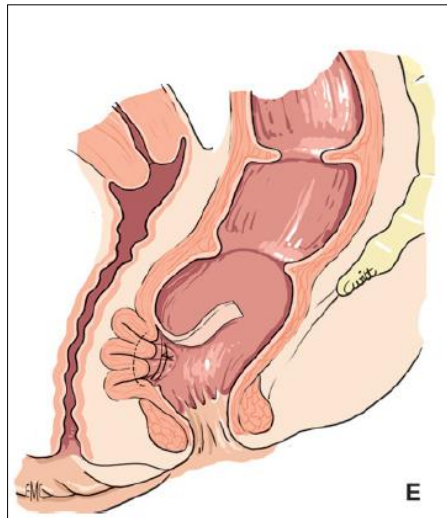
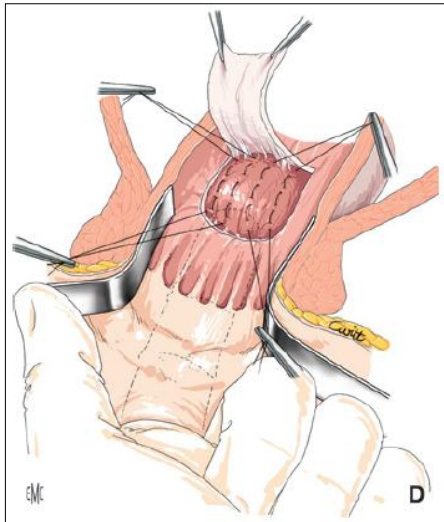
- ▶ Position ventrale, jambes écartées et fléchies sur le tronc
- ▶ Dilatation anale puis introduction de l'écarteur de Parks
- ▶ Incision muqueuse transversale arciforme sur l'hémicirconférence rectale antérieure, 1 à 2 cm en amont de la ligne pectinée
- ▶ Dissection sous-muqueuse jusqu'au sommet de la rectocèle



# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Intervention de Sullivan :

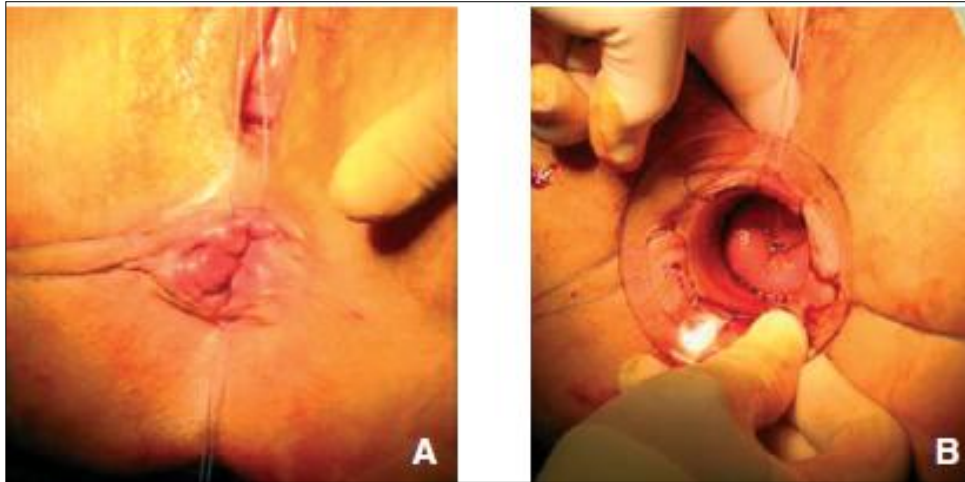
- ▶ Exposition de la couche musculaire circulaire du rectum
- ▶ Plicature de la musculature rectale par fauillage longitudinal ou transversal
- ▶ Résection de l'excès de muqueuse rectale puis suture



# *TTT chirurgicale de la rectocèle*

## Technique STARR : (Stapled TransAnal Rectal Resection)

- ▶ Position gynécologique ou position de la taille
- ▶ Dilatation anale puis introduction d'un écarteur anal transparent de 37 mm de diamètre, fixé par 4 points à la marge anale

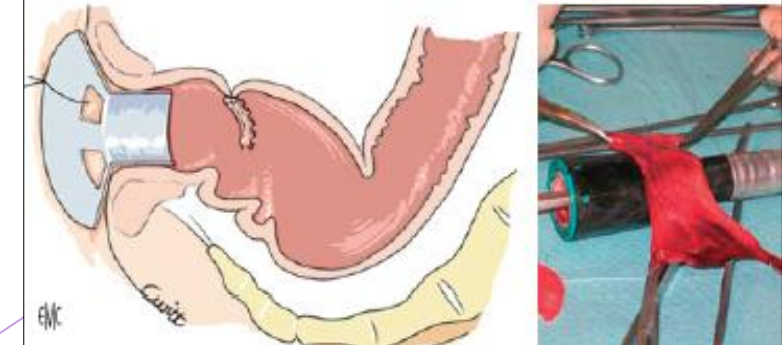
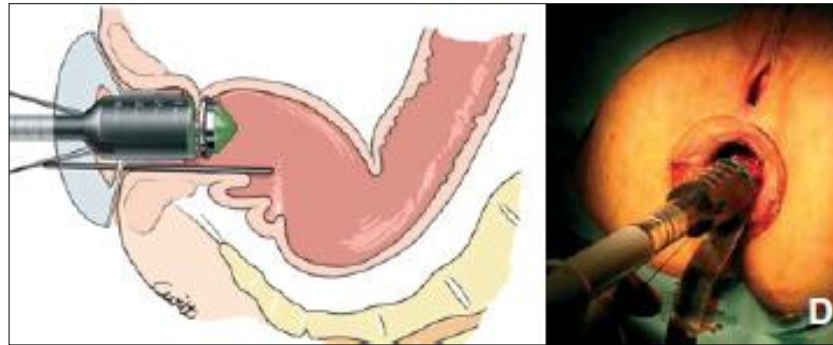
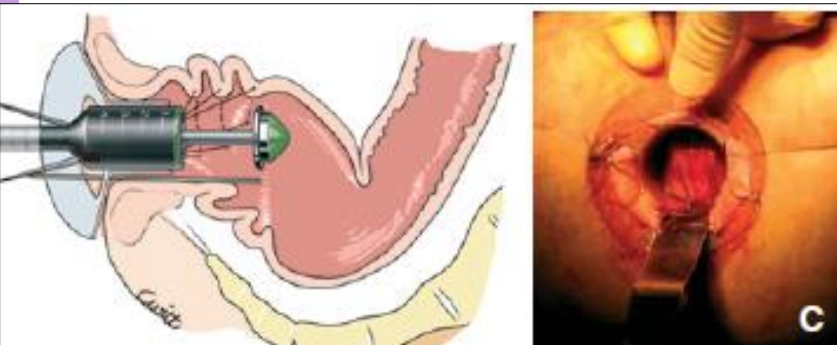


# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Technique STARR : (Stapled TransAnal Rectal Resection)

### ► Hémi-résection rectale antérieure :

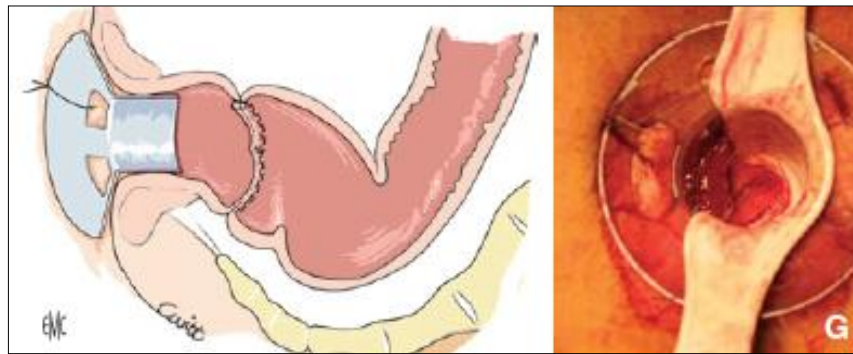
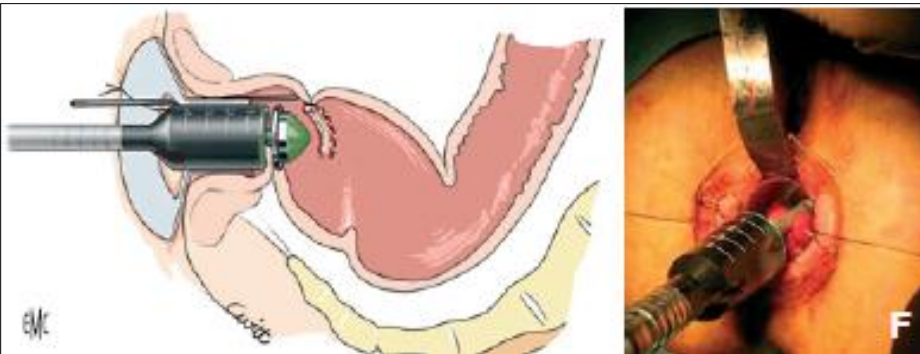
- Lame malléable pour protéger la paroi rectale postérieure
- Réalisation de 3 hémi-bourses transversales de Prolène : 1 au-dessus de la ligne pectinée, 1 au centre de la rectocèle, 1 à la partie supérieure de la rectocèle
- Agrafage hémi-circulaire en mettant sous tension les fils des hémi-bourses pour attirer la rectocèle dans la pince



# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Technique STARR : (Stapled TransAnal Rectal Resection)

- ▶ Hémi-résection rectale postérieure : (rééquilibrage de la forme de l'ampoule rectale)
  - Lame malléable pour protéger la paroi rectale antérieure
  - Réalisation de 3 hémi-bourses transversales de Prolène : 1 au-dessus de la ligne pectinée, 1 au centre de la rectocèle, 1 à la partie supérieure de la rectocèle
  - Agrafage hémi-circulaire en mettant sous tension les fils des hémi-bourses



# Résultats TTT chirurgical de la rectocèle

## ► Voie transanale :

### Technique de Sullivan :

- **Amélioration de la constipation = 48 à 71% des cas**
- Quasi disparition de manœuvres digitales d'évacuation des selles
- MAIS 14 à 27% d'incontinence anale

### Technique STARR :

- **Baisse significative score de constipation Agachan-Wexner de 15,8 à 5,2**
- Baisse significative d'utilisation des laxatifs et des lavements à 5 ans de la chirurgie
- Absence de manœuvres digitales d'évacuation des selles depuis l'intervention
- Complications à 5 ans : ténesme (1%), impériosités fécales (1%), évacuations fragmentée des selles (2%), incontinence aux gaz (1%), absence d'incontinence fécale

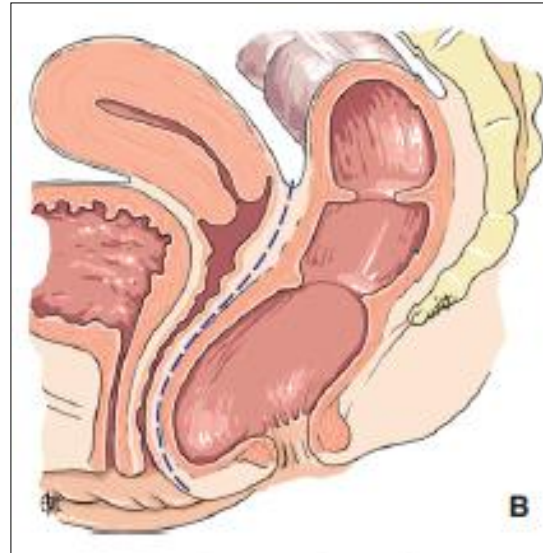
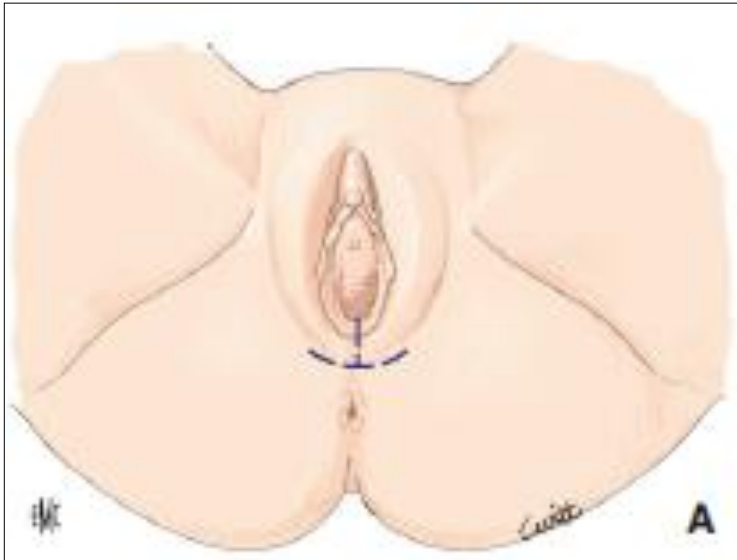
*Treatment of obstructed defecation. Ellis et al. Clinics in colon an rectal surgery. 2005.*

*STARR with contour transtar for obstructed defecation syndrome : long-term results.  
Saverio Mari et al. World J Surj. 2017.*

# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Cure par voie transpérinééo-vaginale :

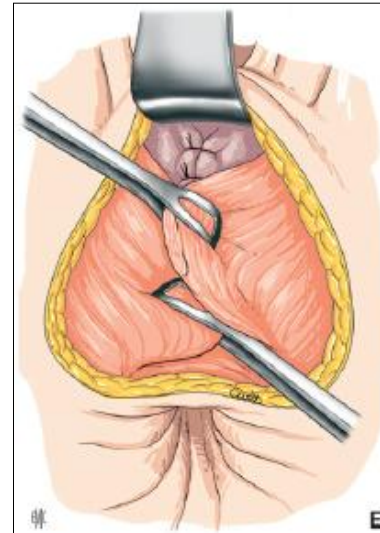
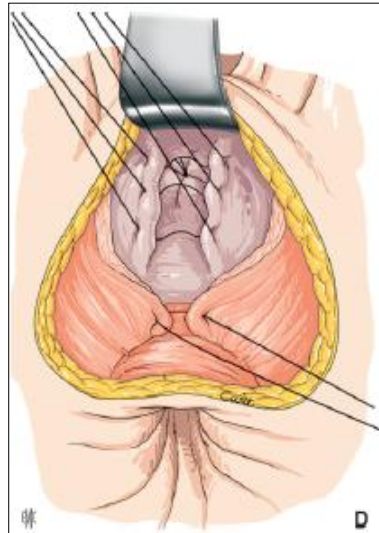
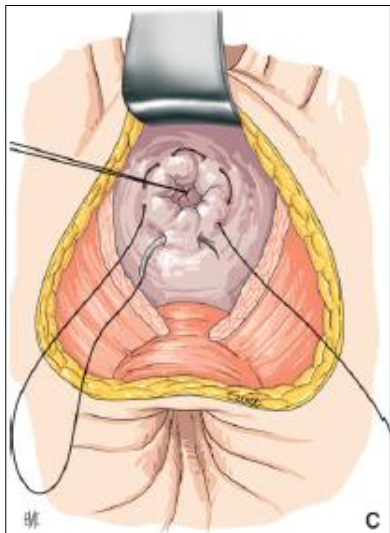
- ▶ Position gynécologique
- ▶ Incision en V sur la fourchette vulvaire en avant de l'anوس
- ▶ Incision verticale de la face postérieure du vagin et dissection de l'espace recto-vaginal retrouvant un fascia recto-vaginal généralement rompu



# TTT chirurgicale de la rectocèle

## Cure par voie transpérinééo-vaginale :

- ▶ Réalisation de bourses concentriques sur la rectocèle pour retendre les tissus
- ▶ Remise en tension du fascia recto-vaginal par plusieurs points séparés
- ▶ Myorraphie calibrée des muscles élévateurs de l'anus
- ▶ Fermeture de la paroi vaginale postérieure et du périnée



# Résultats TTT chirurgical de la rectocèle

## ► Voie transpérinééo-vaginale :

- Amélioration de la constipation = 17 à 66% des cas
- MAIS 18 à 37% de dyspareunie et 36% d'incontinence fécale

# *TTT chirurgicale de la rectocèle*

## Cure par voie coelioscopique :

- ▶ **≠ rectopexie « classique »**
- ▶ Incision du péritoine au bord droit du rectum en rejoignant le Douglas
- ▶ Dissection du plan recto-vaginal
- ▶ Interposition d'une prothèse non résorbable entre le rectum et le vagin
- ▶ Fixation sur le plancher pelvien et sur le promontoire
- ▶ Fixation du sommet du vagin sur la prothèse
- ▶ Fermeture du péritoine par-dessus le matériel prothétique

# Résultats TTT chirurgical de la rectocèle

## ► Voie coelioscopique :

- **Amélioration de la constipation = 75%**
- MAIS risque d'infection ou d'extériorisation de prothèse, description de fibrose rétractile au niveau du mur vaginal postérieur voire d'érosion vaginale

# Prolapsus rectal

- ▶ Invagination endoluminale de toute ou partie de la paroi rectale
- ▶ Procidence rectale interne :
  - Non retrouvée à l'examen proctologique
  - Défécographie et/ou Déféco-IRM +++
  - /!\ Présente chez 1/3 des patients témoins asymptomatiques ...
  - Cause de la dyschésie ? / Conséquence des efforts de poussée ?



*Treatment of obstructed defecation. Ellis et al. Clinics in colon an rectal surgery. 2005.*

*Procidence interne du rectum. Siproudhis. FMC de gastro-entérologie. 2013.*

# Prolapsus rectal

## ► Prolapsus rectal extériorisé :

- Examen proctologique au repos et en poussée permettant le diagnostic
- Défécographie et/ou Déféco-IRM (entérocele associé ?)
- Homme jeune / Femme âgée
- FDR : constipation chronique, chirurgie périnéale, mucoviscidose, Ehler Danlos
- Cause de la dyschésie ? / Conséquence des efforts de poussée ?

## ► **RHD + Biofeedback + TTT médical +++**

## ► +/- TTT chirurgical si symptômes persistants

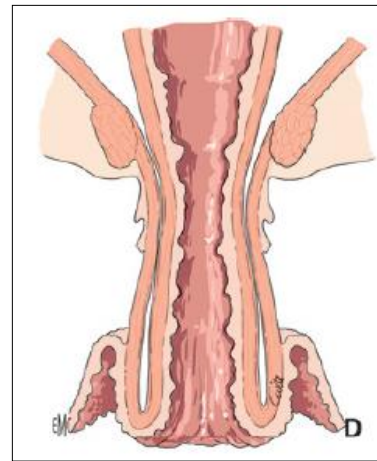
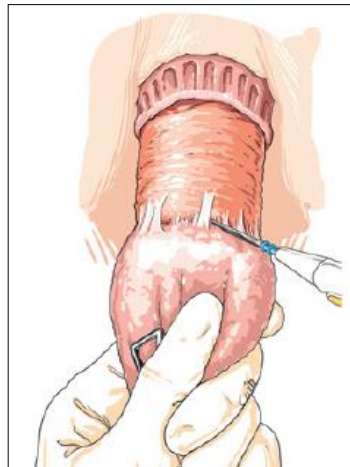
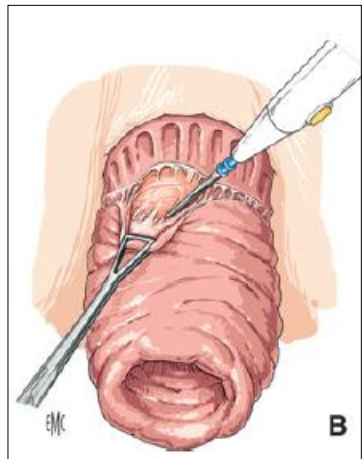
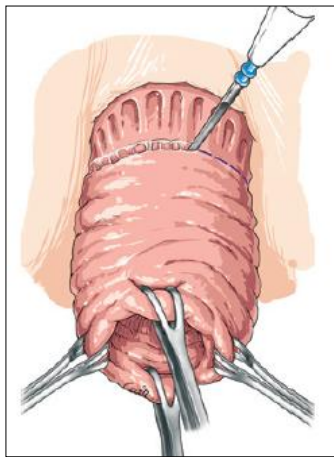


# TTT chirurgicale du prolapsus rectal

## Intervention de Delorme :

(mucosectomie du rectum prolabé + plicature de la musculature rectale)

- ▶ Position gynécologique ou position de la taille
- ▶ Extériorisation complète du prolapsus rectal
- ▶ Incision circonférentielle de la muqueuse rectale à 15 mm de la ligne pectinée
- ▶ Dissection sous-muqueuse pour faire apparaître la musculature circulaire

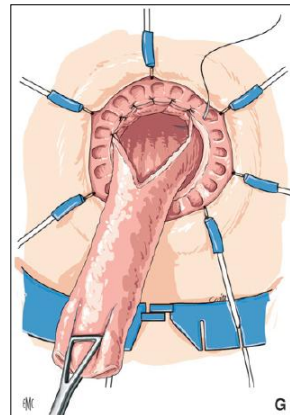
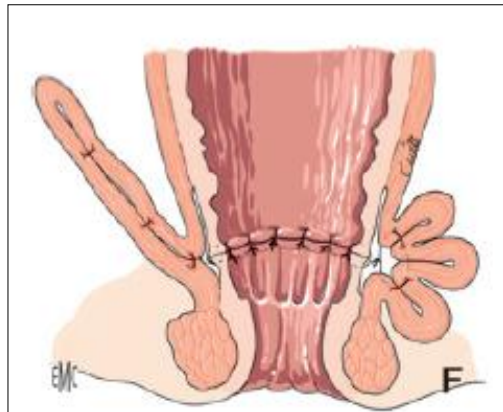
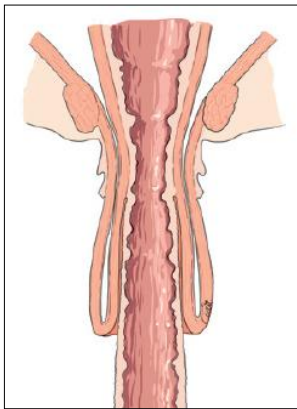


# TTT chirurgicale du prolapsus rectal

## Intervention de Delorme :

(mucosectomie du rectum prolabé + plicature de la musculature rectale)

- ▶ Réintégration de la musculature dénudée
- ▶ Contention de la musculature au-dessus du canal anal par plicature longitudinale ou invaginations successives
- ▶ Section de la muqueuse « colique » en regard de l'incision muqueuse initiale
- ▶ Suture circonférentielle de la muqueuse « colique » et de la muqueuse anale



# Résultats TTT chirurgical du prolapsus rectal

## ► Intervention de Delorme :

- Amélioration de la constipation = 84%
- Absence de changement = 9%
- Aggravation des symptômes de dyschésie = 6,6%
  
- Complications : fistule anastomotique, lâchage de l'anastomose, sténose anastomotique

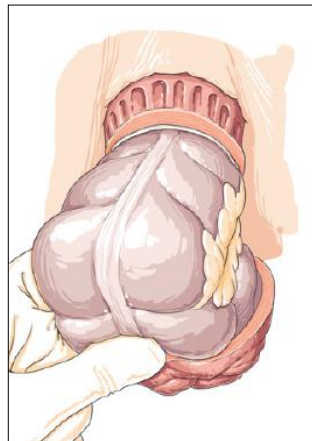
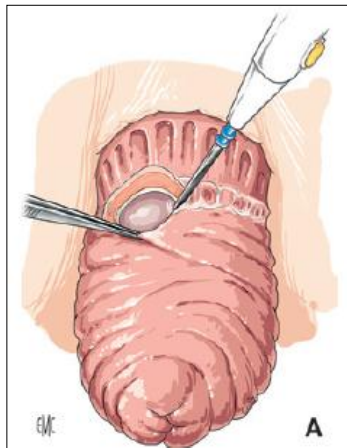
*Long-term functional outcome after internal Delorme's procedure for obstructed defecation syndrome and the role of postoperative rehabilitation. Leo et al. Journal of Investigative Surgery. 2017.*

# TTT chirurgicale du prolapsus rectal

## Intervention d'Altemeier :

(amputation du rectum + résection colique gauche + anastomose colo-anale)

- ▶ Position gynécologique ou position de la taille
- ▶ Extériorisation complète du prolapsus
- ▶ Incision circonférentielle de toute l'épaisseur de paroi rectale à 15 mm de la ligne pectinée
- ▶ Ouverture du cul-de-sac de Douglas
- ▶ Extériorisation du rectum mobile et du colon gauche en amont

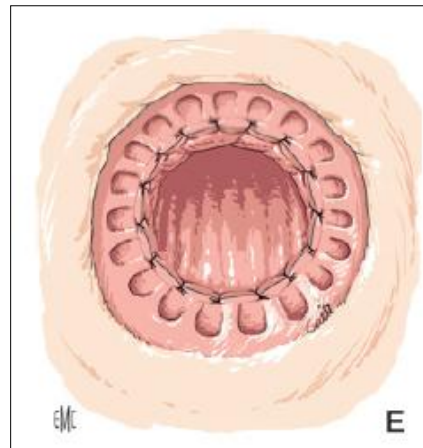
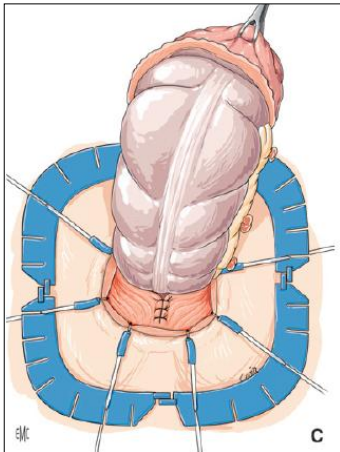


# TTT chirurgicale du prolapsus rectal

## Intervention d'Altemeier :

(amputation du rectum + résection colique gauche + anastomose colo-anale)

- ▶ Section du mésorectum et du mésocolon au plus proche de l'intestin
- ▶ Fermeture du péritoine
- ▶ Myorraphie rétro-anale des releveurs de l'anus si nécessaire
- ▶ Section du colon abaissé
- ▶ Anastomose colo-anale par points séparés



# Résultats TTT chirurgical du prolapsus rectal

## ► Intervention d'Altemeier :

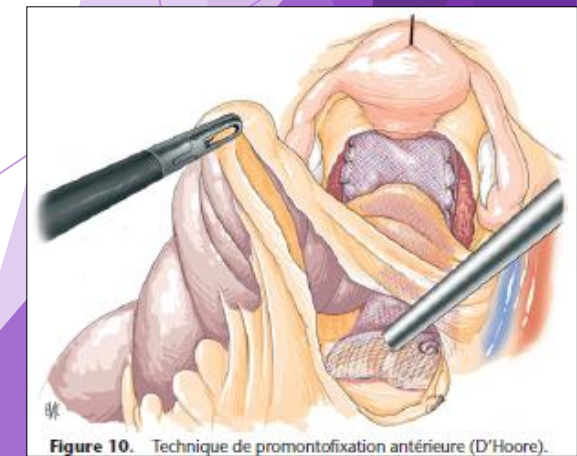
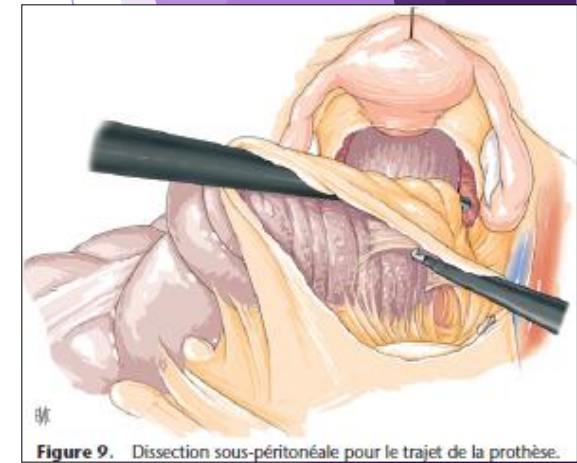
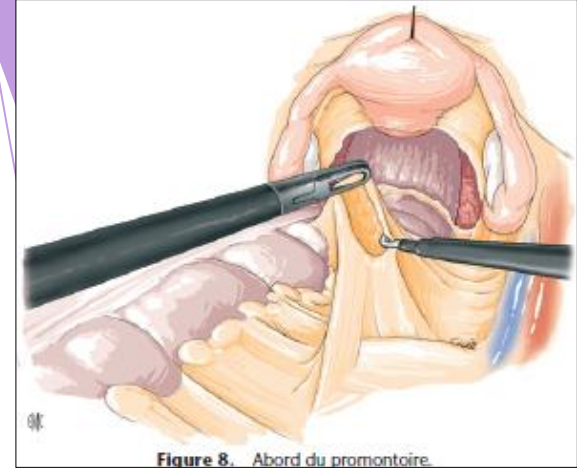
- Baisse significative du score ODS (obstructed defecation syndrome) : passe de 7,4 à 4,2
- Amélioration de la constipation = 32,4% (11/34)
- Absence de changement = 38,2% (13/34)
- Aggravation des symptômes de dyschésie = 29,4% (10/34)
- Récidive du prolapsus = 35,3% (12/34)
- Complications : fistule anastomotique, lâchage de l'anastomose, sténose anastomotique

*Altemeier's procedure for complete rectal prolapse : outcome and function in 43 consecutive female patients. Trompetto et al. BMC Surgery. 2019.*

# TTT chirurgicale du prolapsus rectal

## Rectopexie par voie coelioscopique (technique de d'Hoore) :

- ▶ Décubitus dorsal en double équipe, Trendelenburg
- ▶ Open coelio à l'ombilic + 2 trocars de 5 mm dans le flanc droit
- ▶ Incision du péritoine au niveau du promontoire et Douglasséctomie
- ▶ Réaliser un tunnel entre le promontoire et la douglasséctomie (pour limiter la déperitonisation)
- ▶ Dissection de l'espace recto-vaginal ou recto-prostatique jusqu'aux muscles releveurs de l'anus
- ▶ Fixation de la prothèse à la face antérieure du rectum et au promontoire
- ▶ Fermeture du péritoine par-dessus le matériel prothétique



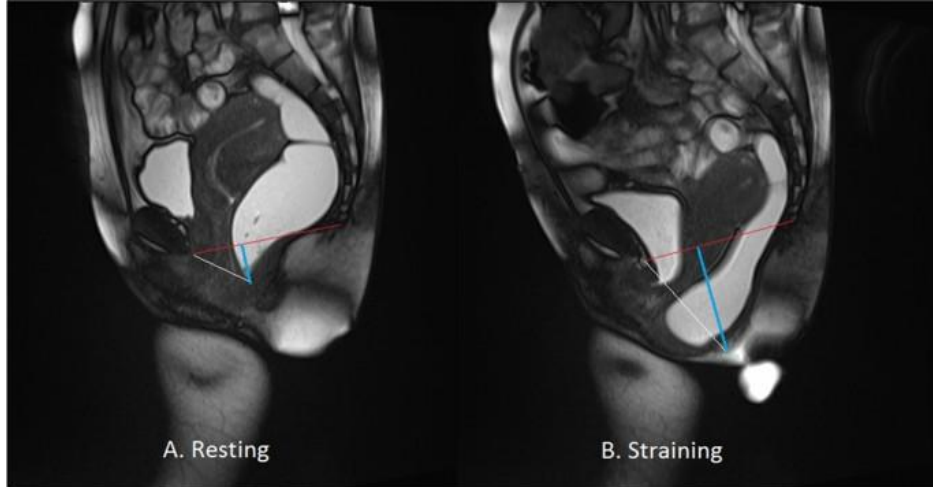
# Résultats TTT chirurgical du prolapsus rectal

## ► Rectopexie par voie coelioscopique :

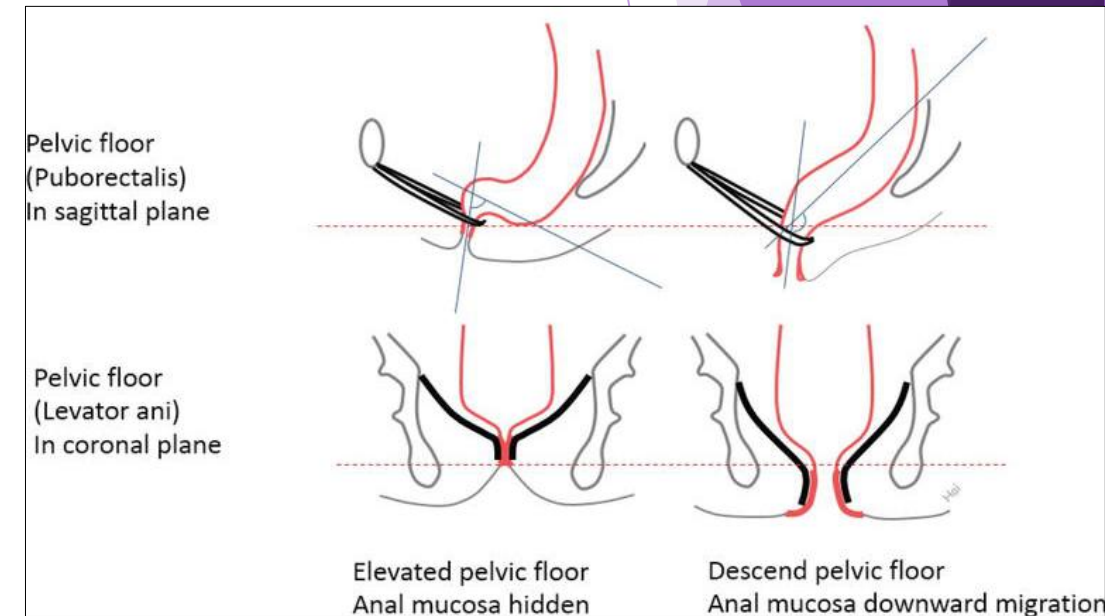
- Amélioration de la constipation = 23,9% (moyenne de 12 études)
- Réapparition de la constipation = 14,4%
- Complications : infection urinaire (1,5%), éventration (2,2%), infection de plaque, érosion vaginale, désinsertion de la plaque

# Syndrome de descente périnéale

- ▶ Descente périnéale sous la ligne pubo-coccygienne lors de la poussée abdo par faiblesse des muscles périnéaux
- ▶ Symptômes dont dyschésie = 14% des cas  
(dyschésie, saignements ano-rectaux, perte de mucus, prurit périnéal, douleur)
- ▶ Examen proctologique + Déféco-graphie / Déféco-IRM



- ▶ RHD + Pessaire (femme) + TTT médical +/- Biofeedback
- ▶ +/- TTT chirurgical si symptômes persistants



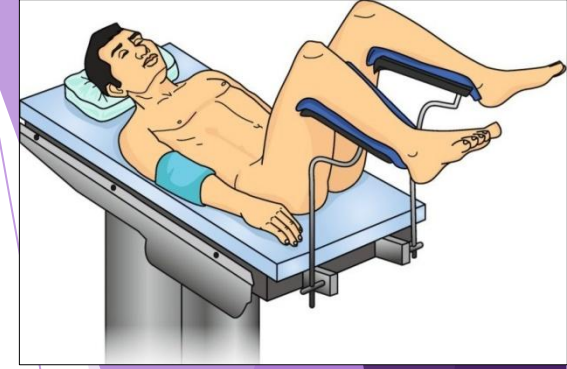
# *TTT non invasif du périnée descendant*

## Pessaire :

- ▶ Si patiente âgée, récusée de l'anesthésie
- ▶ Anneau introduit dans le vagin et déposé au contact du col utérin
- ▶ Maintient les organes pelviens en place dans une certaine limite

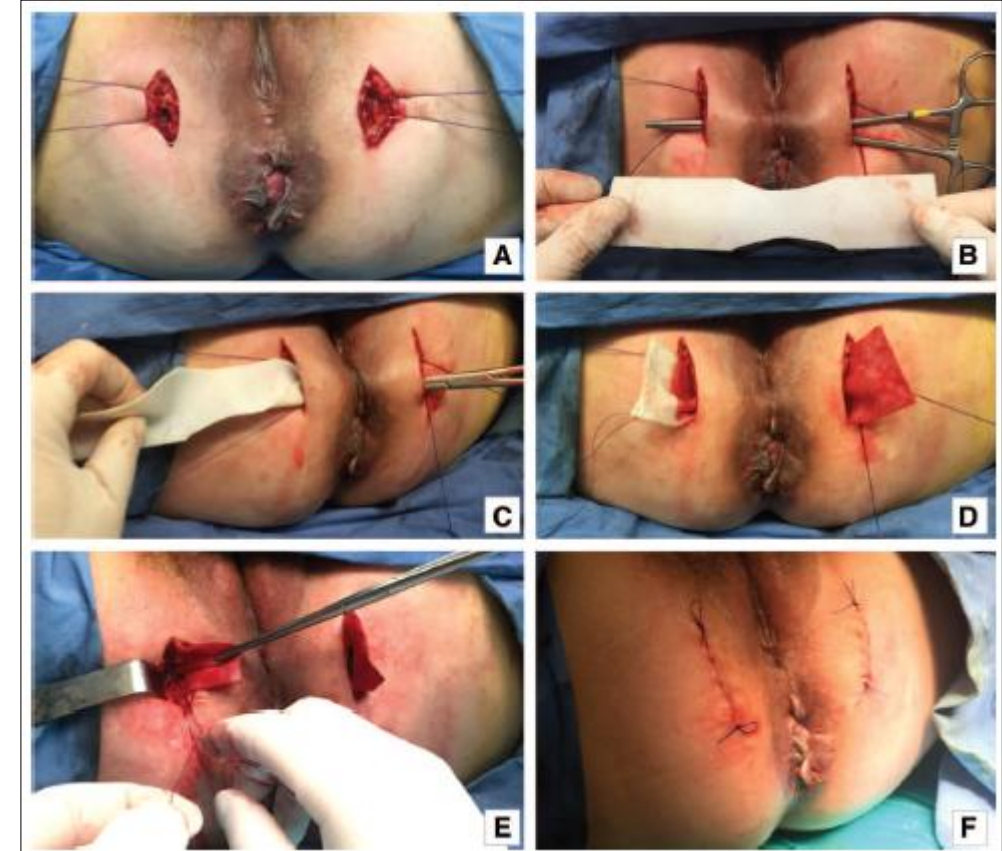


# TTT chirurgicale du périnée descendant



## Transverse Perineal Support :

- ▶ Position « lithotomy »
- ▶ Incision cutanée en regard des tubérosités ischiatiques
- ▶ 1 point sur chaque branche ischio-pubienne au niveau de l'insertion du muscle transverse du périnée
- ▶ Trajet sous-cutané entre les 2 incisions, passant entre le vagin et le canal anal
- ▶ Prothèse porcine passée dans le tunnel et fixée par les points sur les branches ischio-pubiennes, sans tension



*Transverse perineal support : a novel surgical treatment for perineal descent in patients with obstructed defecation syndrome. Renzi et al. Dis Colon Rectum. 2016.*

# Résultats TTT chirurgical du périnée descendant

## ► Transverse perineal support :

- Amélioration significative de la constipation = score ODS diminué à 7 (vs 13,5 en pré-op)
- Diminution significative de la descente périnéale en Déféco-IRM
- Complications possibles : infection de prothèse, désinsertion, lésion vaginale ou anale

*Transverse perineal support : a novel surgical treatment for perineal descent in patients with obstructed defecation syndrome. Renzi et al. Dis Colon Rectum. 2016.*

# Constipation

Eliminer les causes tumorales,  
neurologiques, métaboliques, iatrogènes

Constipation « colique »  
< 3 selles par semaine  
Ballonnements  
Douleurs abdominales

RHD + TTT médical  
(fibres + laxatifs)

Constipation terminale  
Difficultés d'exonération  
Selles dures dans le rectum

RHD + TTT médical  
(fibres + suppositoires, lavements)

Si échec

Temps de transit

Temps de transit  
colique allongé =  
constipation de transit

Temps de transit recto-  
sigmoïdien allongé =  
constipation terminale

Manométrie ano-rectale  
Défécographie / Déféco-IRM

Cause fonctionnelle

RHD + TTT médical + TENS  
+ Biofeedback +++

Cause anatomique

RHD + TTT médical + TENS +++  
+/- TTT chirurgical si symptômes persistent

# Conclusion

- ▶ Dyschésie = pathologie complexe
- ▶ Eliminer une cause tumorale +++
- ▶ Nombreuses causes et pistes de traitement
- ▶ Privilégier RHD, Biofeedback, TTT médical, TENS
- ▶ TTT chirurgical si persistance des symptômes

**Merci de votre attention**

# SOURCES

- ▶ *Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults. Piche et al. Gastroenterol Clin Biol. 2007.*
- ▶ *Bowel Disorders. Lacy et al. Gastroenterology. 2016.*
- ▶ *U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Drossman et al. Dig Dis Sci. 1993*
- ▶ *Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. Talley et al. Am J Gastroenterol. 1996.*
- ▶ *Obstructive defecation in middle-aged women. Varma et al. Dig Dis Sci. 2008.*
- ▶ *Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. SNFCP, GFNG, SNFGE. 2017.*
- ▶ *La dyschésie. Juguet et al. Act Med Int Gastroentérologie. 1998.*
- ▶ *Qu'est-ce que l'anisme en 1995 ? Weber. ConStat. 1995.*
- ▶ *Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. Leroi et al. Digestive diseases and sciences. 1995.*

# SOURCES

- ▶ *Tonus anal : déterminant physiologique, évaluation clinique et paraclinique, caractéristique pathologique. Amarenco et al. Progrès en urologie. 2020.*
- ▶ *La manométrie anorectale. Leroi. Correspondances en pelvi-périnéologie. 2001.*
- ▶ *Rectal akinesia as a new cause of impaired defecation. Faucheron et al. Dis Colon Rectum. 2000.*
- ▶ *Rectal hyposensitivity. Gladman et al. The American Journal of Gastroenterology. 2006.*
- ▶ *Treatment of obstructed defecation. Ellis et al. Clinics in colon and rectal surgery. 2005.*
- ▶ *Traitement chirurgical des rectocèles. Meurette et al. Elsevier Masson. 2017.*
- ▶ *STARR with contour transtar for obstructed defecation syndrome : long-term results. Saverio Mari et al. World J Surj. 2017.*
- ▶ *Procidence interne du rectum. Siproudhis. FMC de gastro-entérologie. 2013.*

# SOURCES

- ▶ *Prolapsus rectal. Siproudhis. FMC de gastro-entérologie. 2016.*
- ▶ *Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet de l'adulte. Lechaux et al. Elsevier Masson. 2014.*
- ▶ *Long-term functional outcome after internal Delorme's procedure for obstructed defecation syndrome and the role of postoperative rehabilitation. Leo et al. Journal of Investigative Surgery. 2017.*
- ▶ *Altemeier's procedure for complete rectal prolapse : outcome and function in 43 consecutive female patients. Trompetto et al. BMC Surgery. 2019.*
- ▶ *Ventral rectopexy for rectal prolapse and obstructed defecation. Cullen et al. Clin Colon Rectal Surg. 2012.*
- ▶ *Transverse perineal support : a novel surgical treatment for perineal descent in patients with obstructed defecation syndrome. Renzi et al. Dis Colon Rectum. 2016.*
- ▶ *Transcutaneous tibial nerve stimulation as therapy for functional constipation. Gokce et al. Turk J Gastroenterology. 2022.*