

# PROLAPSUS RECTAL

Diagnostic , traitement



# PHYSIOPATHOLOGIE

## ► SOUTIEN

### ■ Plancher pelvien

#### ► Profond

- Releveurs anus
- Pubo-rectal

#### ► Superficiel

- Muscles périnéaux
- Noyau central périnée

## ► AMARRAGE

#### ► Ailerons viscéraux

#### ► Mésorectum

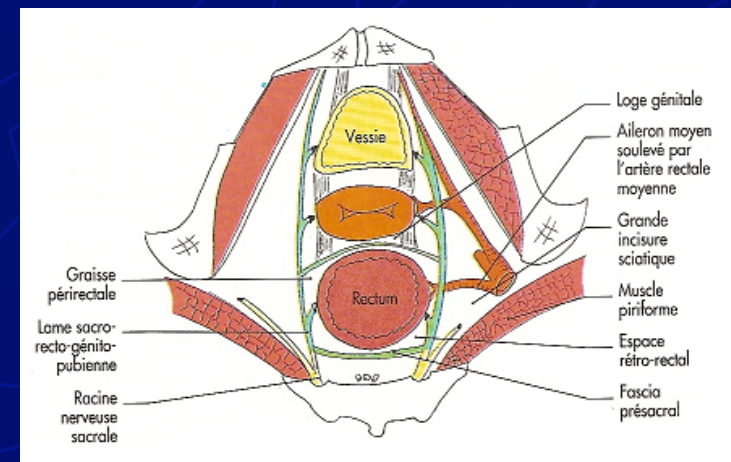
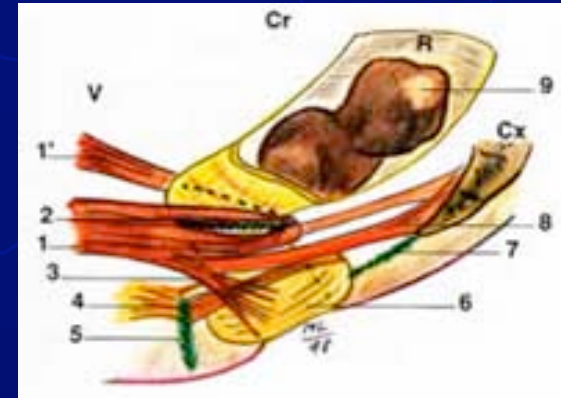
#### ► Lames fibreuses sacro-recto-génito-pubiennes

#### ► Aponévrose pelvienne

## ► COHESION

### ■ Fascias pré/rétro-vaginaux

### ■ Fascia rétro-prostatique



# PHYSIOPATHOLOGIE

- ▶ Facteurs responsables d'un trouble de la statique ano-rectale
  - Efforts de poussée répétés
  - Accouchements par voie basse
    - ▶ Action sur la musculature/moyens de suspension
  - Vieillesse , ménopause
    - ▶ Altération des tissus
  - Chirurgie
    - ▶ Lésion nerveuse
    - ▶ Étirement des troncs nerveux

# DEFINITIONS

## ▶ 2 formes cliniques

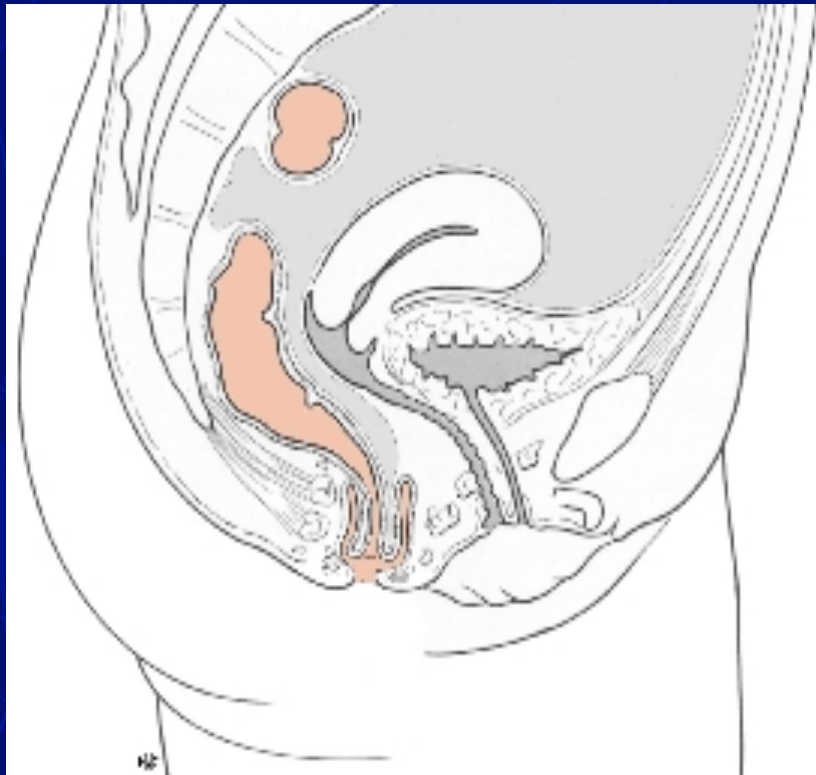
### ■ 1. Prolapsus muqueux et sous-muqueux

- ▶ Antérieur +++ laxité paroi recto-vaginale
- ▶ Recto-rectal , rarement extériorisé

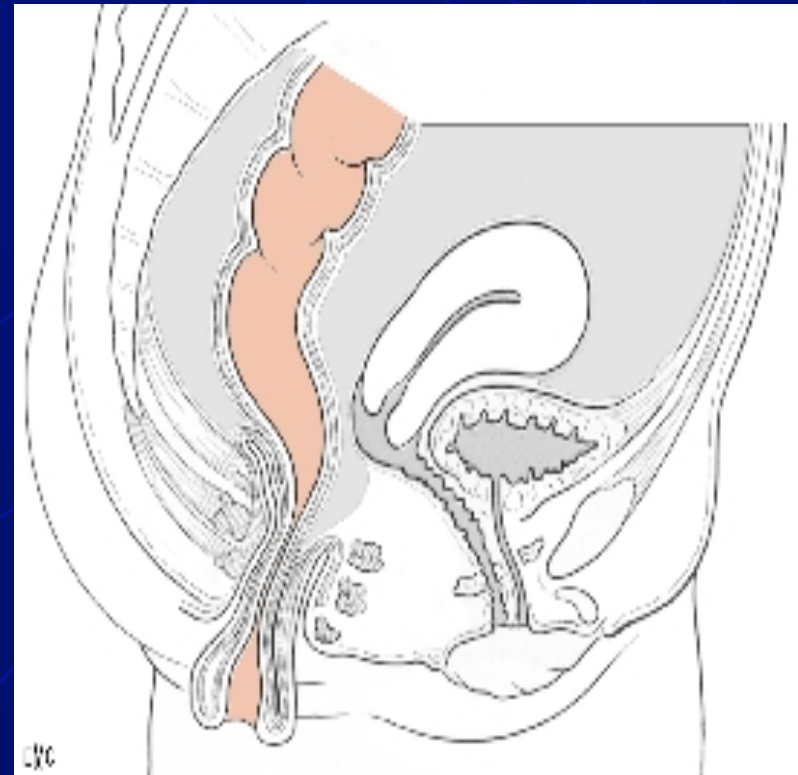
### ■ 2. Prolapsus rectal complet

- ▶ Circonférentiel
- ▶ Interne : procidence interne ou intussusception
  - Recto-rectal = de bas grade
  - Recto-anal = de haut grade
- ▶ Extériorisé , spontané ou à l'effort

Procidence interne



Prolapsus extériorisé



# ETIOLOGIES :

## 2 formes étiologiques

### ► Trouble global de la statique pelvi-périnéale

- Le plus fréquent
- Femme âgée
- Facteurs favorisants :
  - Efforts de poussée répétés
  - Accouchement par voie basse
  - Intervention chirurgicales pelviennes
- Association avec :
  - Rectocèle , élythrocele (44% cas)
  - Périnée descendant
  - Anisme
  - Prolapsus génito-urinaire (27% cas)

### ► Prolapsus rectal isolé

- Périnée solide
- Sujet jeune
- Anomalie structurelle collagène
- Et/ou
- Anomalie congénitale mésorectum
- Et/ou
- Anomalie musculature pelvi-périnéale

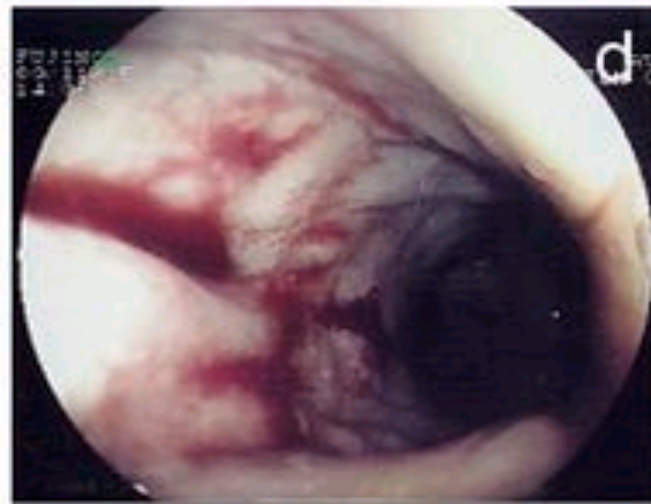
# SYNDROME DE L'ULCERE SOLITAIRE DU RECTUM

- ▶ Filiation avec le prolapsus : 40 à 80% des cas
- ▶ Mécanisme
  - Hyperpression du prolapsus sur une paroi anormalement mobile
  - Oblitération des vaisseaux sous-muqueux
- ▶ Aspect macroscopique
  - Du simple érythème à l'ulcération creusante
  - Forme pseudo-tumorale possible
- ▶ Signes cliniques
  - Saignements(70-100%) , douleurs(30-90%) , suintements(80%)
- ▶ Diagnostic histologique

Lamina propria colonisée par fibroblastes et cellules musculaires lisses  
Muscularis mucosae épaissie  
Glandes hyperplasiques aberrantes dans la sous-muqueuse

Qui élimine une pathologie infectieuse , inflammatoire , tumorale







# SIGNES FONCTIONNELS

## ► Dyschésie

- Blocage des selles par engagement de la paroi rectale dans le bas rectum
- Mécanisme discuté
  - Ralentissement de la vidange rectale non démontré  
*Dvorkin et al. Dis Colon Rectum 2005 ; 48: 824-31*
- Majorée par les éventuels troubles de la statique ano-rectale associée
- Sensation d'évacuation incomplète : 65% cas
- Difficulté d'évacuation fécale : 25% cas
- Manœuvres endo-anales digitales évocatrices

# SIGNES FONCTIONNELS

- ▶ Incontinence fécale : 30 à 60% des cas
  - Prolapsus extériorisé+++
  - Multifactorielle
    - ▶ Stimulation permanente du réflexe recto-anal inhibiteur
    - ▶ Dilatation du canal anal par le rectum prolabé
    - ▶ Lésions sphincter interne secondaire aux contraintes mécaniques du prolapsus
    - ▶ Altération de la sensibilité ano-rectale
    - ▶ Dénervation pelvi-périnéale par neuropathie d'étirement

# SIGNES FONCTIONNELS

- ▶ Constipation : 40 à 60% des cas
- ▶ Douleurs
- ▶ Emissions glairo-hémorragiques ( Sd de l'ulcère solitaire du rectum)
- ▶ Extériorisation du prolapsus à rechercher à l'interrogatoire
  - Intermittente , réduction spontanée / manuelle
  - Permanente
- ▶ Prudence !
  - Responsabilité du prolapsus interne dans les symptômes difficile à prouver
    - ▶ Prolapsus de bas grade présent chez 40 à 50% des témoins asymptomatiques
- Considéré par beaucoup comme physiologique

*Shorvon et al., Gut 1989;30:1737-49*

# EXAMEN CLINIQUE

## ► Inspection :

- Décubitus dorsal / accroupi , en poussée
- Extériorisation du prolapsus
  - Diagnostic différentiel d'un prolapsus hémorroïdaire
- Béance anale spontanée ou déplissement marge anale chez un sujet jeune

## ► Toucher ano-rectal

- Descente du prolapsus de haut grade lors des efforts de poussée

## ► Rectoscopie

- Aspect en « rideau » ou « vague déferlante »
- Hauteur du point de départ , amplitude de la descente



► Prolapsus rectal



► Prolapsus  
hémorroïdaire

# Examens morphologiques

## ▶ Objectif :

- Conforter un diagnostic clinique incertain
- Rechercher une pathologie associée pour optimiser le traitement

## ▶ Défécographie

## ▶ IRM dynamique pelvienne



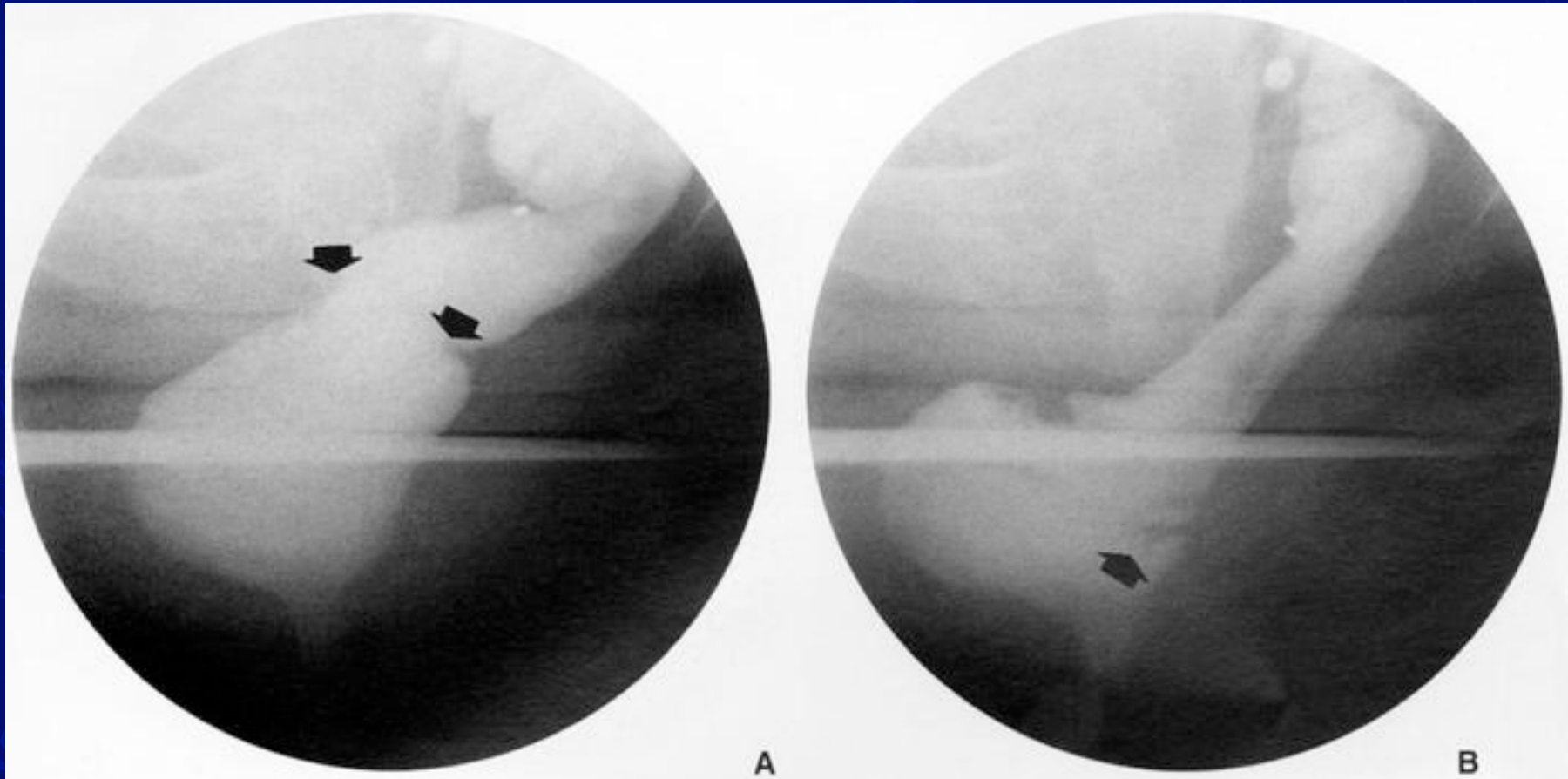
# DEFECOGRAPHIE

- ▶ Examen radiologique conventionnel
- ▶ Remplissage du rectum par de la baryte pâteuse
- ▶ Réalisée
  - en retenue
  - en poussée
  - lors de l'évacuation
- ▶ Opacification des organes de voisinage : entéro-colpo-cysto-défécographie
  - ➡ Bilan complet des 3 filières avant chirurgie

# DEFECOGRAPHIE

- ▶ Non indispensable au diagnostic
- ▶ Fournit des renseignements objectifs
  - Épaisseurs des plis
  - Hauteur du point de départ
  - Caractère circulaire
  - Etendue vers le bas
  - Fixité de la paroi postérieure du rectum
  - Stabilité du périnée
  - Evaluation de la vidange rectale

# Procidence interne



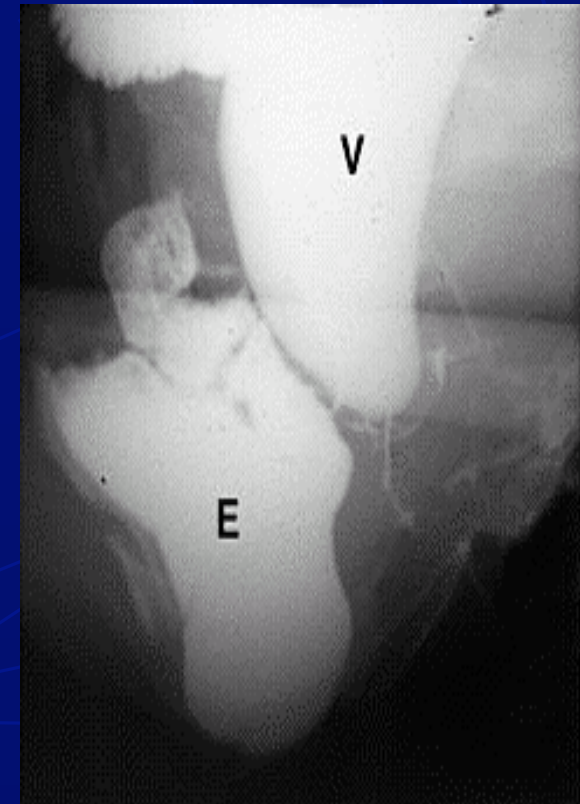
REPOS



POUSSEE 1



POUSSEE 2



Prolapsus extériorisé

# IRM pelvienne dynamique

- ▶ Devrait bientôt s'imposer
- ▶ Avantages
  - Simplicité
  - Absence d'irradiation
  - Qualité des images obtenues
- ▶ Réserves sur l'interprétation des résultats
  - Réalisation en position allongée
  - Position moins physiologique

# TRAITEMENT

▶ Il faut dissocier :  
le prolapsus rectal extériorisé...

▶ Impose un traitement chirurgical

...du prolapsus rectal interne

- De bas grade

- ▶ Physiologique

- ▶ Ne doit pas être opéré

- De haut grade

- ▶ Peut être opéré

- ▶ Si sa responsabilité est retenue dans la genèse des symptômes

- ▶ Correction médicale des facteurs associés



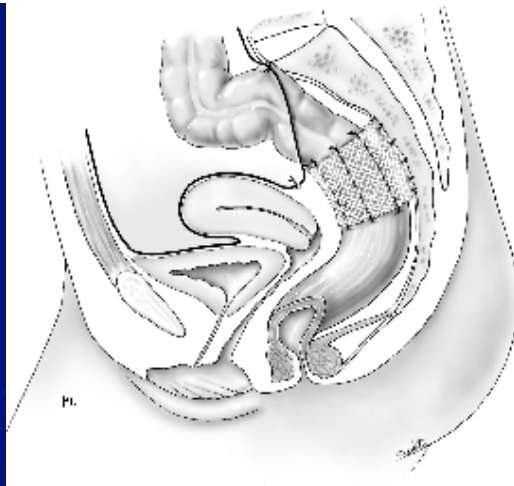
# Prolapsus rectal extériorisé

## ► RECTOPEXIE : chirurgie de référence

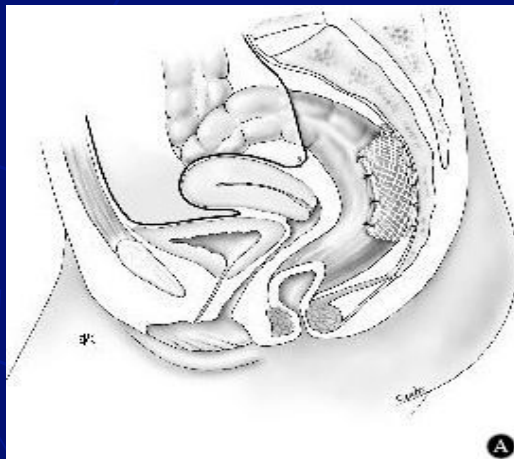
- Variantes concernant la fixation
  - Promontofixation de Orr-Loygue
  - Fixation à la concavité sacrée de Wells
  - Fronde (bandelette synthétique) de Ripstein
- Récidive post-op : 0-4%
- Isolée +/- colectomie gauche
- Laparotomie / coelioscopie

## ► Voie transanale

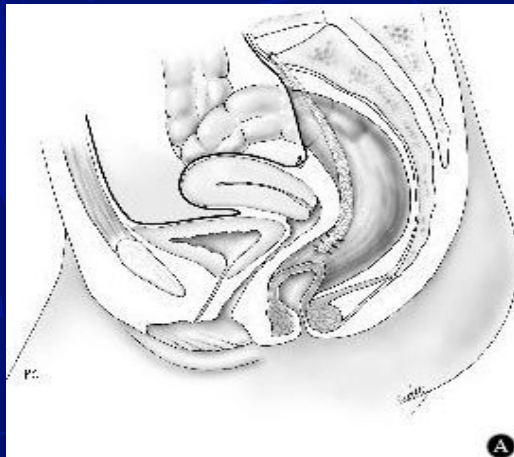
- Technique de Delorme
- Proctectomie d'Altemeier



Technique de Ripstein



Fixation de Wells



Promontofixation de Orr-Loygue

# RECTOPEXIE

- ▶ Correction anatomique : 80 à 100% des cas
- ▶ Correction d'un syndrome de l'ulcère solitaire : 28 à 86% cas
- ▶ Incontinence améliorée : 75% cas
  - Constipation post-op ? Fibrose péri-rectale?
  - Amélioration de fonctionnement sphinctérien?
- ▶ Effet indésirable principal : survenue ou aggravation d'une constipation : 40-80% cas
  - Absence de facteurs prédictifs clairement identifiés
  - Rôle de la dissection rectale ? Fibrose péri-rectale?

# Rectopexie et constipation

## ► Risque limité par

### ■ Rectopexie sans dissection des ailerons latéraux

- Même efficacité
- Évite l'apparition d'une constipation et d'une dyschésie

*Selvaggi et al., Coloproctology 1994;16:341-5*

*Scaglia et al., Dis Colon Rectum 1994;37:805-13*

### ■ Résection sigmoïdienne associée

- Amélioration d'une constipation pré-existante dans 50% cas
- Aucune constipation induite

*Sayfan et al., Br J Surg 1990;77:143-5*

- Alourdit le geste , risque d'incontinence

*Mac Kee et al. Surg Gynecol Obstet 1992;174:145-8*

- Sous-groupe de patients présentant un trouble moteur colique objectivé par un temps de transit colique pré-op

# Prolapsus rectal extériorisé

## ▶ Alternative : chirurgie par voie basse

### ■ Technique de Delorme

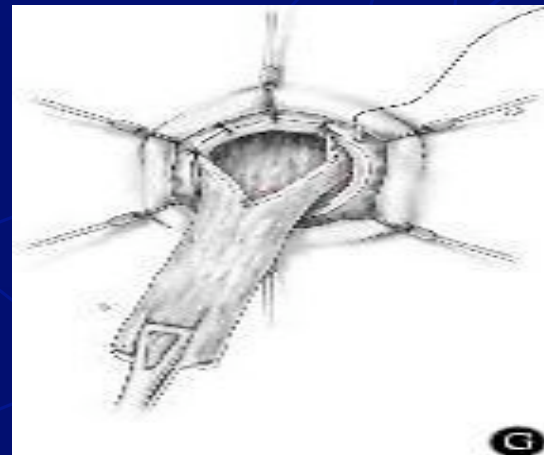
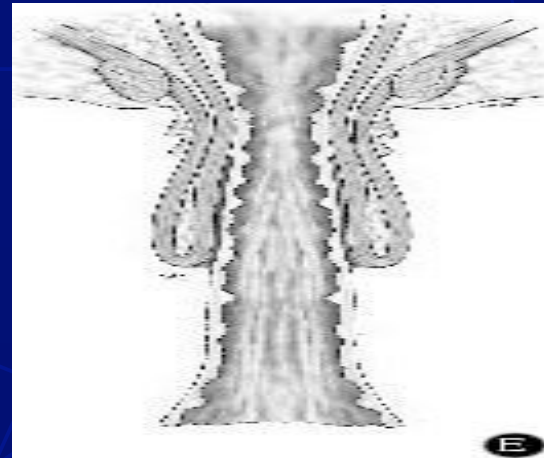
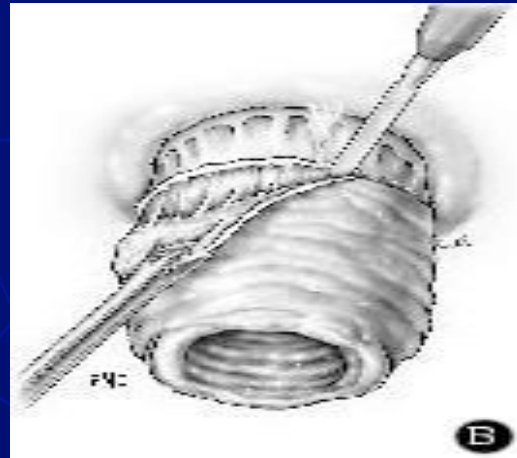
- ▶ Résection de la muqueuse en excès et plicature de la musculature rectale déhiscente
- ▶ Récidives + élevées : 5-15%
- ▶ En l'absence d'élythrocele / si fixité du haut rectum
- ▶ Réservée aux sujets fragiles , âgés

### ■ Proctectomie par voie périnéale d'Altemeier

- ▶ Contre-indication à la voie abdominale
- ▶ Prolapsus important
- ▶ Sujets âgés , fragiles
- ▶ Taux plus élevé de récurrence et d'incontinence anale

*Kimmins et al., Dis Colon Rectum 2003;46:1260-5*

# Technique de Delorme





# PROCIDENCE INTERNE

- ▶ Principe du traitement : corriger les symptômes
- ▶ Traitement médical +++
  - Anisme associé                      biofeedback
  - Constipation                          laxatifs
- ▶ 2 modalités chirurgicales s'opposent
  - Rectopexie
  - Intervention de Delorme
- ▶ Comparaison ?
  - Peu de travaux , faibles niveaux de preuve

# PROCIDENCE INTERNE

## ► Rectopexie

- Améliore peu ou aggrave la dyschésie , les douleurs

► *Holmstrom et al., Dis Colon Rectum 1986;29:845-8*

- Résultats supérieurs en cas d'

► ulcère solitaire

► entérocele associée

*Tsiaoussis et al., Dis Colon Rectum 2005;48:838-44*

► procidence circonférentielle vs antérieure

*Van Tets et al., Dis Colon Rectum 1995;38:1080-83*

► incontinence au 1er plan

# PROCIDENCE INTERNE

- ▶ Technique de Delorme : voie trans-anale
  - Indiquée en l'absence
    - ▶ d'anomalie associée type entérocele
    - ▶ De mobilité excessive du haut rectum
  - Pas d'aggravation de la dyschésie
  - Risque d'apparition ou d'aggravation d'une incontinence anale
  - CI :diarrhées , périnée descendant
  - Prudence sur l'étendue de la résection muqueuse
    - ▶ Diminution
      - Volume de 1ère sensation
      - Volume maximal tolérable
      - Compliance rectale

*Plusa et al.,Br J Surg 1995;82:1475-78*

# CONCLUSION

- ▶ Fréquent chez les patients dyschésiques ou constipés
- ▶ S'intègre dans un trouble plus global de la statique pelvienne
- ▶ Lien entre constatation anatomique et pathogénicité parfois difficile à établir
- ▶ Faire un inventaire précis des symptômes
- ▶ Objectif du traitement :
  - guérir les plus gênants
  - Ne pas en aggraver ou faire apparaître d'autres