

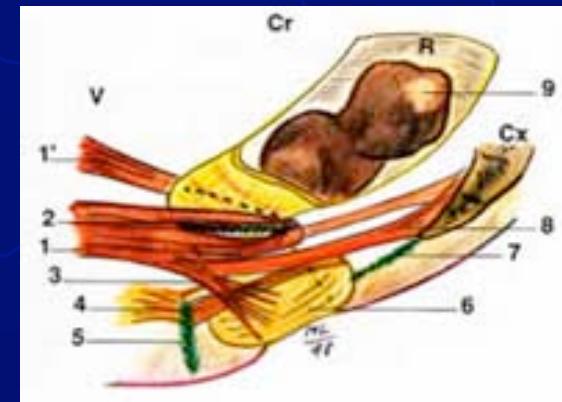
PROLAPSUS RECTAL

Diagnostic , traitement

PHYSIOPATHOLOGIE

► SOUTIEN

- Plancher pelvien
 - ▶ Profond
 - Releveurs anus
 - Pubo-rectal
 - ▶ Superficiel
 - Muscles périnéaux
 - Noyau central périnée

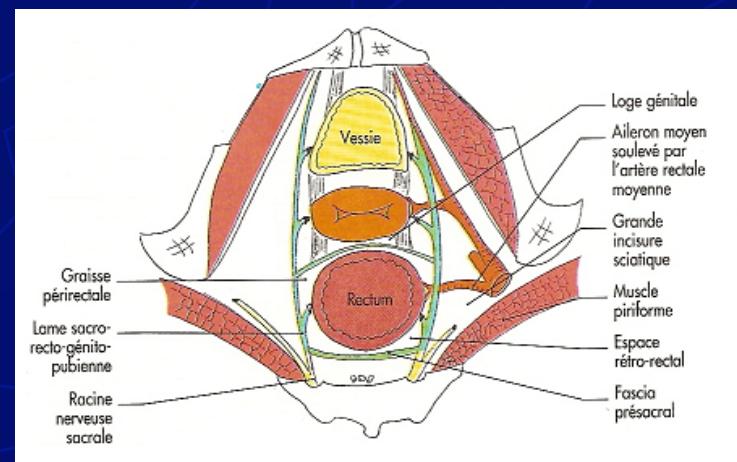


► AMARRAGE

- ▶ Ailerons viscéraux
- ▶ Mésorectum
- ▶ Lames fibreuses sacro-recto-génito-pubiennes
- ▶ Aponévrose pelvienne

► COHESION

- Fascias pré/rétro-vaginaux
- Fascia rétro-prostataque



PHYSIOPATHOLOGIE

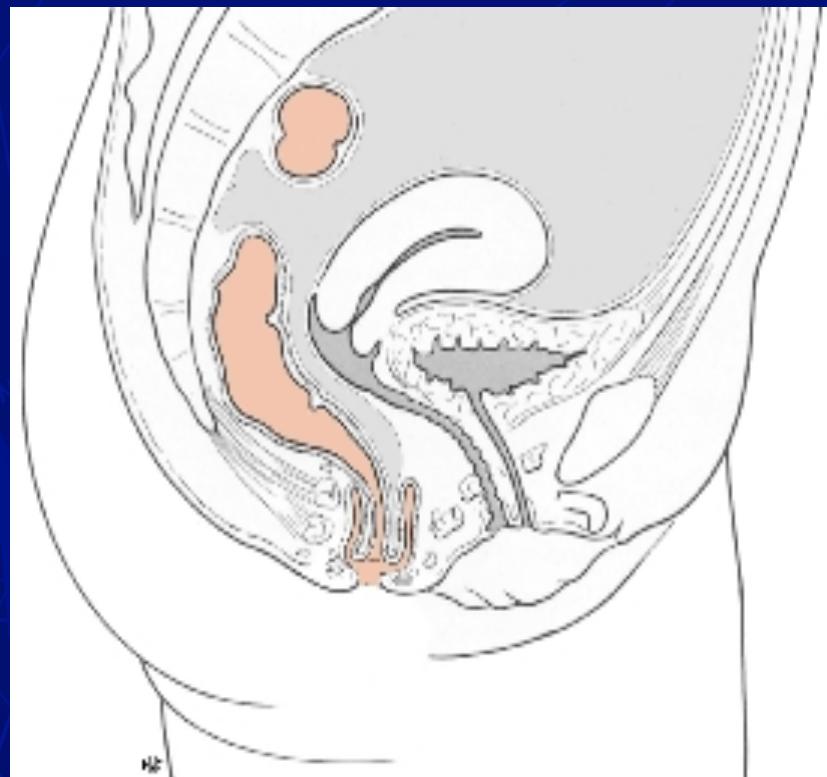
- ▶ Facteurs responsables d'un trouble de la statique ano-rectale
 - Efforts de poussée répétés
 - Accouchements par voie basse
 - ▶ Action sur la musculature/moyens de suspension
 - Vieillissement , ménopause
 - ▶ Altération des tissus
 - Chirurgie
 - ▶ Lésion nerveuse
 - ▶ Étirement des troncs nerveux

DEFINITIONS

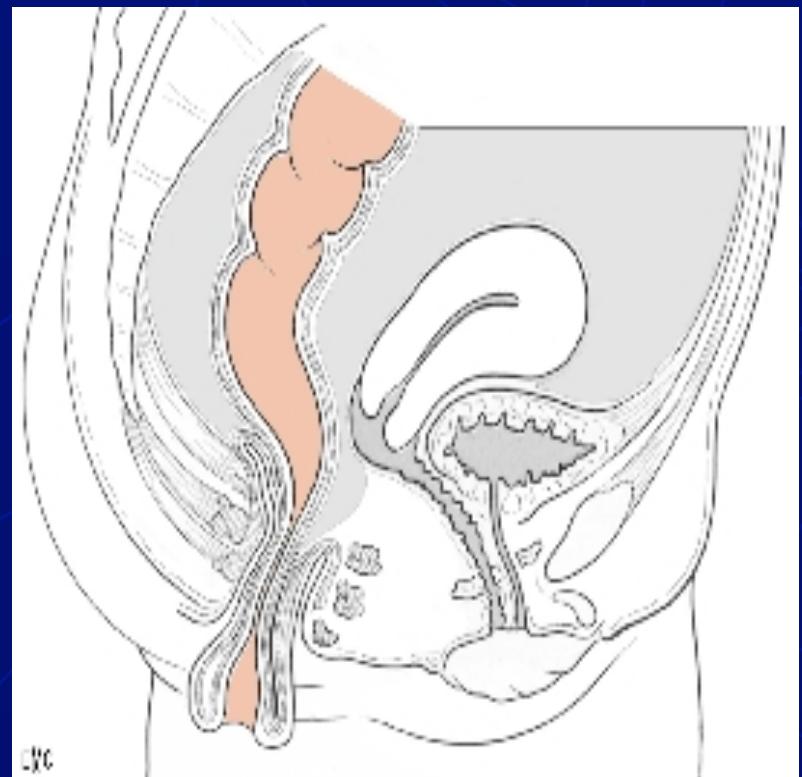
► 2 formes cliniques

- 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 , élythrocèle (44% cas)
 - ▶ Périnée descendant
 - ▶ Anisme
 - ▶ Prolapsus génito-urinaire (27% cas)

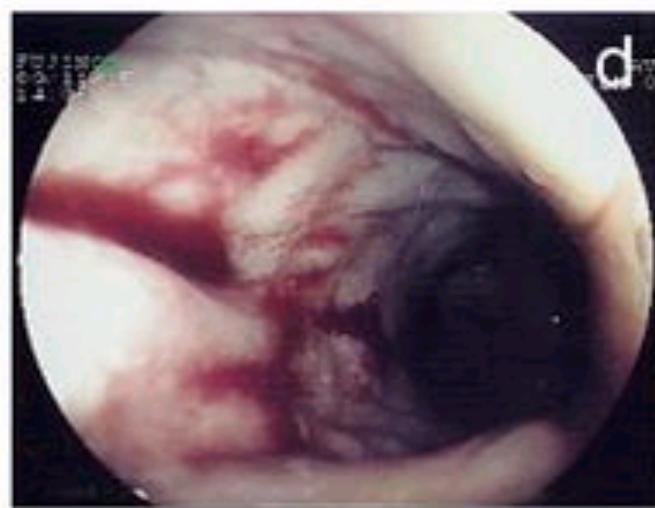
- ▶ Prolapsus rectal isolé
 - Périnée solide
 - Sujet jeune
 - Anomalie structurelle collagène
 - Et/ou
 - Anomalie congénitale mésorectum
 - Et/ou
 - Anomalie musculature pelvi-périnéale

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 épaisse
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 hémoroidaire
- 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

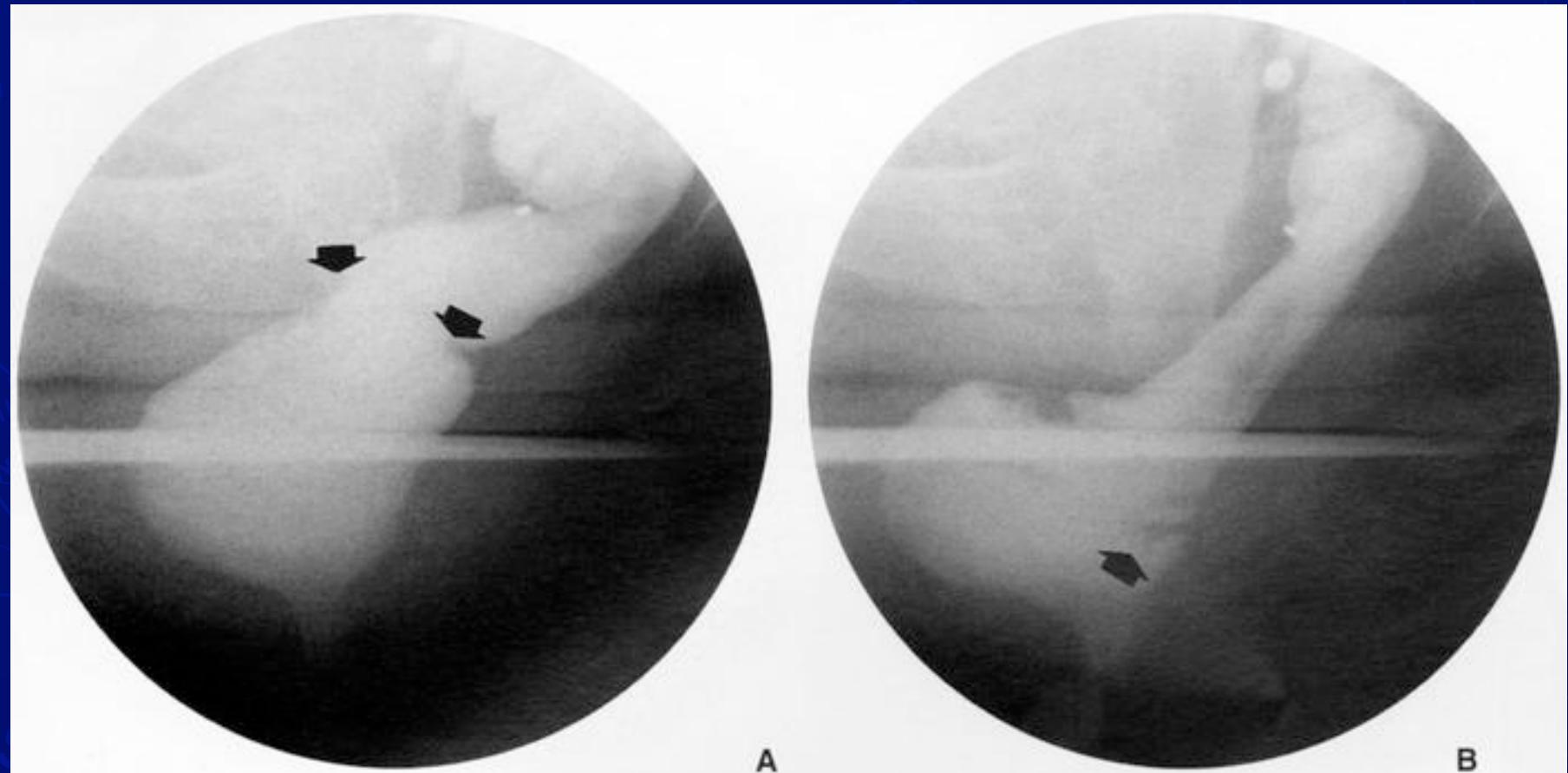
DEFECOGRAPHIE

- ▶ 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

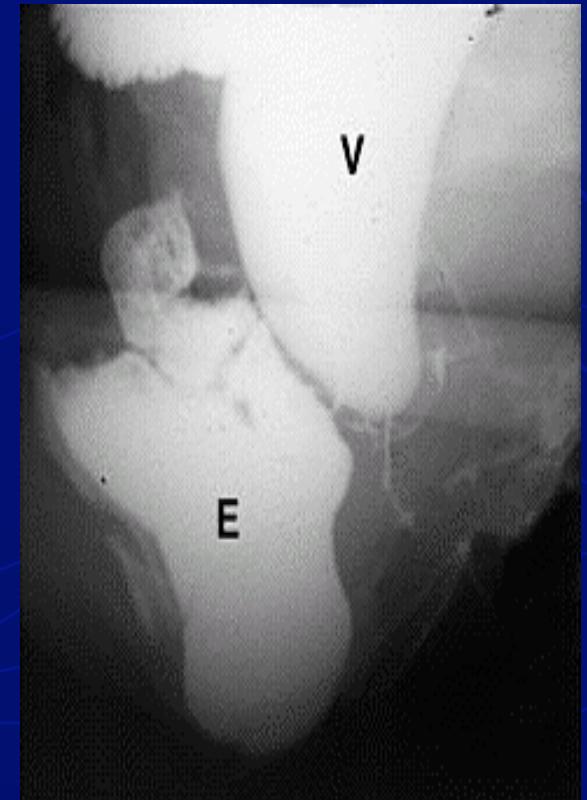
Procidence interne



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

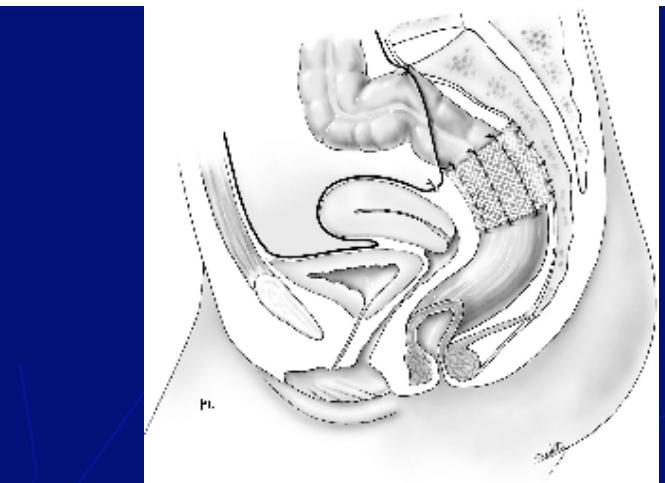
Prolapsus rectal extériorisé

► RECTOPEXIE : chirurgie de référence

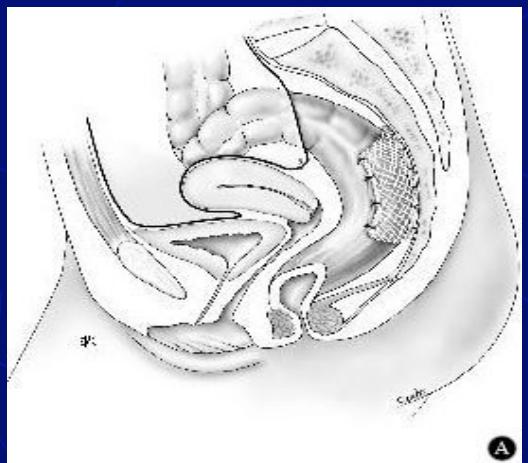
- Variantes concernant la fixation
 - ▶ Promontofixation de Orr-Loygue
 - ▶ Fixation à la concavité sacrée de Wells
 - ▶ Fronde (bandelette synthétique) de Ripstein
- Récidive post-op : 0-4%
- Isolée +/- colectomie gauche
- Laparotomie / coelioscopie

► Voie transanale

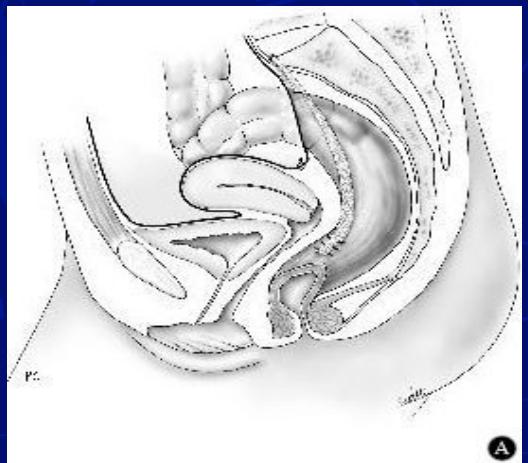
- Technique de Delorme
- Proctectomie d'Altemeïer



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 sigmoidienne 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

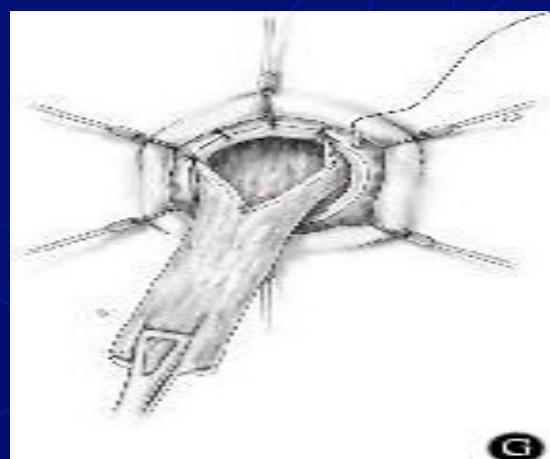
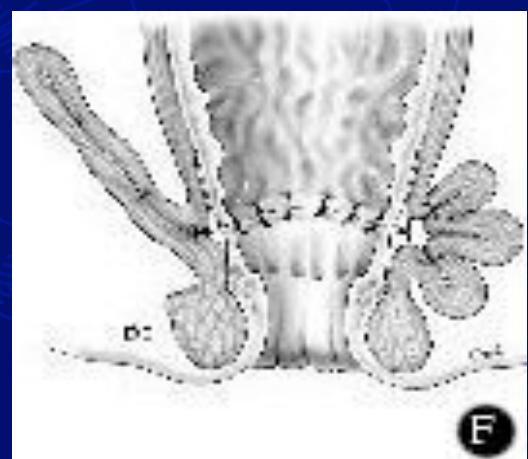
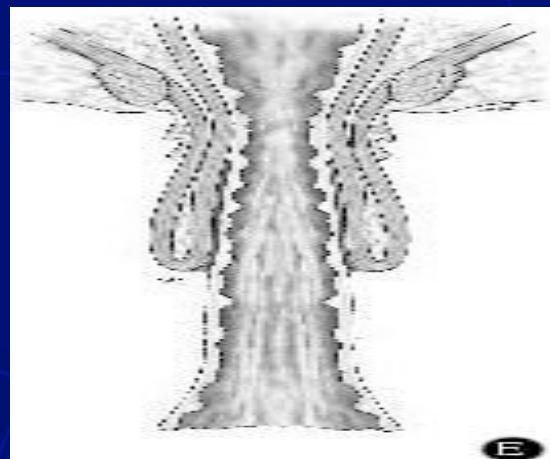
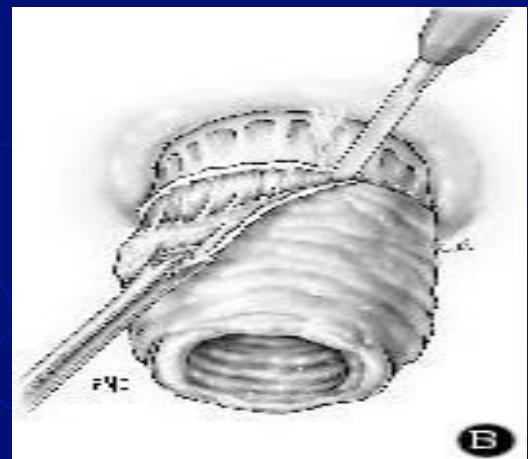
- ▶ Sous-groupe de patients présentant un trouble moteur colique objectivé par un temps de transit colique pré-op

Prolapsus rectal extériorisé

- ▶ Alternative : chirurgie par voie basse
 - Technique de Delorme
 - ▶ Résection de la muqueuse en excès et plication de la muscleuse rectale déhiscente
 - ▶ Récidives + élevées : 5-15%
 - ▶ En l'absence d'élythrocèle / 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 récidive et d'incontinence anale

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

Technique de Delorme



PROCIDENCE INTERNE

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
 - ▶ entérocèle associée

Tsiaouassis 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 entérocèle
 - ▶ 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