

# Constipation terminale: Diagnostic et traitement

G. Staumont, GCB 2006

Edouard Chabrun  
Bordeaux

Tursac, octobre 2006

# Généralités

- ▶ Appartient au syndrome de constipation fonctionnelle.  
= **Dyschésie** = difficulté à l'évacuation des selles.
- ▶ Plusieurs symptomes ou sensations subjectives.
- ▶ 13 à 20% de la population générale.
- ▶ Altération de la qualité de vie.

# Généralités

- ▶ Principale cause = troubles de la statique rectale.
- ▶ 80% des malades ont au moins 2 anomalies.
- ▶ Etiologie fonctionnelle ou anatomique.
- ▶ Examen pelvi-périnéal complet puis établissement du lien de causalité.
- ▶ Examens que si utiles pour la prise en charge.

# Etiologies

► Anisme = cause fonctionnelle dynamique.

- H=F
- Facteurs psychologiques (abus sexuels)
- Aggrave les troubles de la statique rectale.

► Rectocèle = hernie de la partie basse du rectum.

- Très fréquente, exclusivement chez la femme.
- Favorisée par trauma obstétricaux ou chir pelvienne.
- Physio / pathologique.

# Etiologies

- ▶ Prolapsus rectal exteriorisé.
- ▶ Syndrome de l'ulcère solitaire.
- ▶ Procidence rectale interne.
- ▶ Elytrocèle.
- ▶ Syndrome du périnée descendant.

# Diagnostic : Histoire clinique

- ▶ Symptômes de dyschésie et troubles du transit.
- ▶ TFI = facteur pronostic défavorable.
- ▶ ATCD obstétricaux et chirurgicaux.
  
- ▶ Manœuvres digitales dans 1 cas sur 3:
  - Endo-vaginale.
  - Maintien du périnée.
  - Endo-rectale.
  
- ▶ Extériorisation d'un prolapsus.
- ▶ Troubles de la continence fécale.
- ▶ Troubles fonctionnels du périnée antérieur.

# Diagnostic: Examen clinique

- ▶ Genu pectoral, au repos et lors de la poussée.
  - Toucher rectal
    - Selles dans le rectum ou fécalome.
    - Anisme : mauvaise VPP (conditions d'examen)
  - Anuscopie et rectoscopie
    - Ulcère solitaire ou prolapsus rectal interne.
- ▶ Décubitus dorsal, lors de la poussée.
  - Rectocèle (TR avec index en crochet)
  - Prolapsus extériorisé, élytrocèle.

# Au terme de la consultation

## ► Simple:

- Rectocèle isolée
- Prolapsus rectal extériorisé

=> Orientations thérapeutiques

## ► Complexé si association entre troubles de la statique pelvienne et données subjectives.

=> Causalité??

# Diagnostic: Examens complémentaires

## Défécographie ou IRM dynamique pelvienne

- Echec du ttt médical, bilan pré-opératoire, anisme suspecté cliniquement ou en manométrie.
- Cinétique d'évacuation rectal
- Troubles de la statique pelvienne
- Rectocèle pathologique si  $>3\text{cm}$  et baryte

## Temps de transit colique

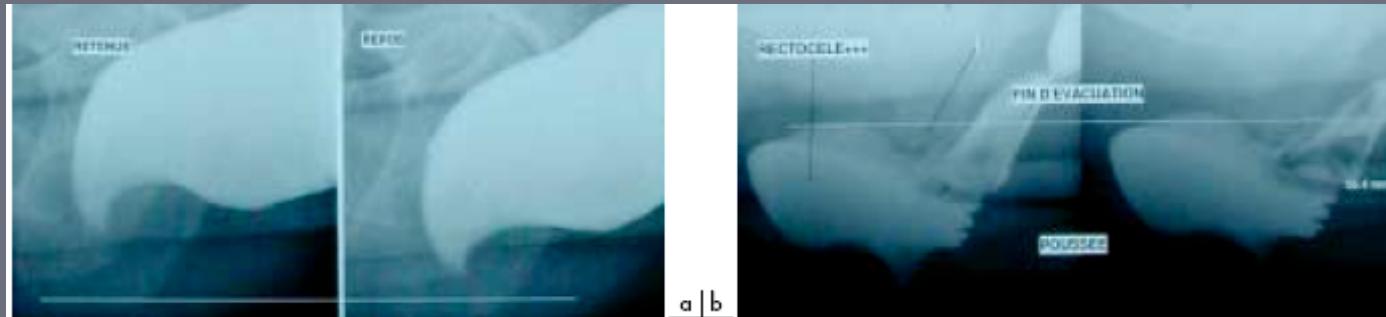


Fig. 1 – Rectocèle vue en défécographie : a) rectum au repos et en retenue, b) rectocèle en poussée et en fin d'évacuation.

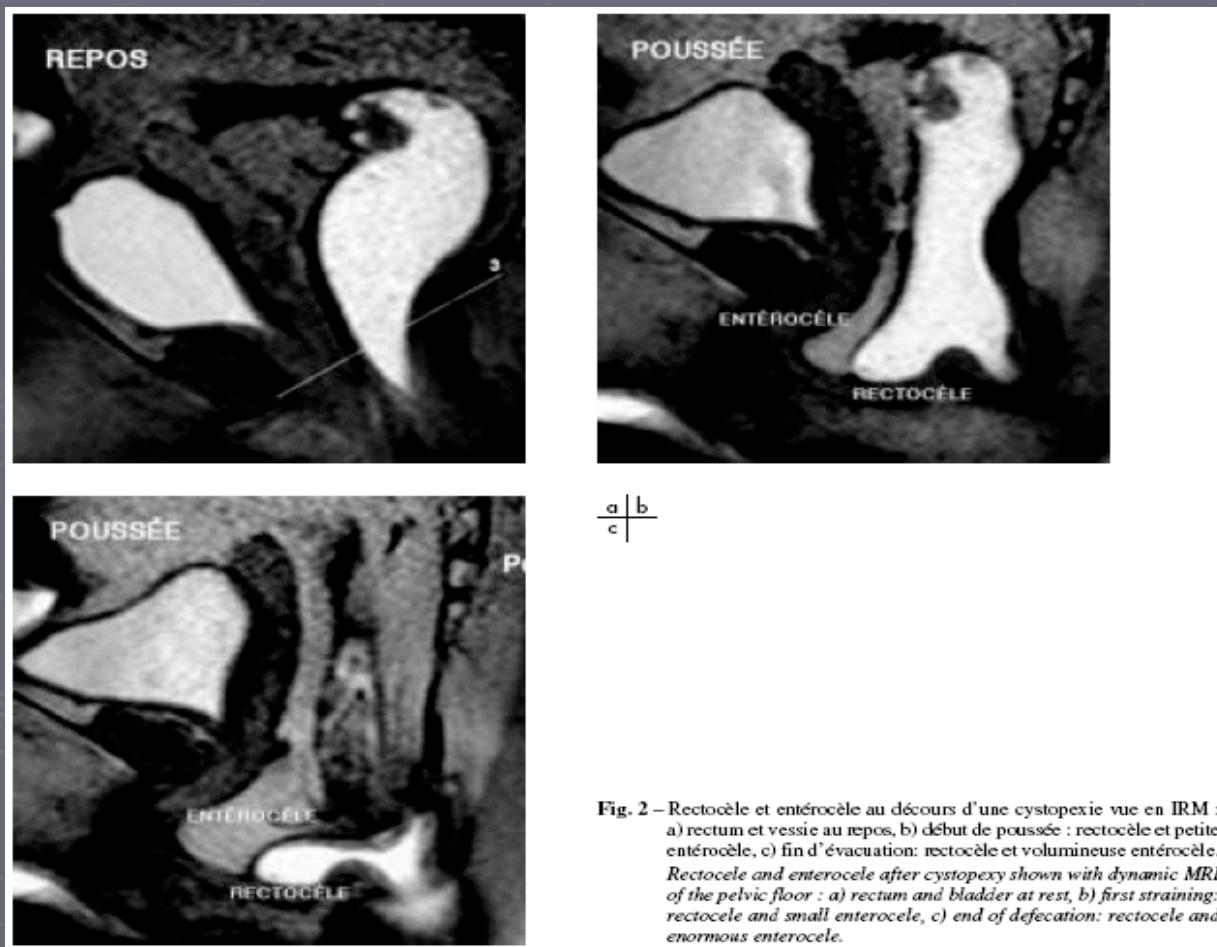


Fig. 2 – Rectocèle et entérocele au décours d'une cystopexie vue en IRM : a) rectum et vessie au repos, b) début de poussée : rectocèle et petite entérocele, c) fin d'évacuation: rectocèle et volumineuse entérocele. *Rectocele and enterocele after cystopexy shown with dynamic MRI of the pelvic floor : a) rectum and bladder at rest, b) first straining: rectocele and small enterocele, c) end of defecation: rectocele and enormous enterocele.*

# Diagnostic: Examens complémentaires

## Manométrie anorectale:

- Pressions anales au repos et lors d'une contraction.
- Troubles de la perception rectale et de la coordination anorectale.
- Anisme: excellente VPN (Dq manométrique chez 15% des volontaires sains).
- Suspicion d'anisme
- Paramètres de référence avant biofeedback

# Traitements médicaux

- ▶ But: obtenir des selles régulières et de consistance facilitant leur évacuation par mucilages ou laxatifs osmotiques.
- ▶ Exonération déclenchée par des suppositoires ou lavements.
- ▶ Explications+++

# Rééducation par biofeedback

- ▶ Technique de conditionnement.
- ▶ Prise de conscience de la fonction d'exonération.
- ▶ Apprendre à « bien pousser ».
- ▶ **A associer au traitement médicamenteux.**
- ▶ Globalement, 18 à 90% de succès.
- ▶ Dans l'anisme, 60% de succès à moyen terme.

# Traitement chirurgical

But: amélioration de la plainte du malade sans en créer de nouvelles.

## ► Rectocèle :

- Isolée
- 70% de bons résultats à moyen terme.
- Disparition anatomique  $\neq$  amélioration clinique.
- Voie basse trans-anale (Sullivan ou STARR).
- Échec: constipation de transit, anisme, élytrocèle méconnue.
- Incontinence secondaire.

# Traitement chirurgical

## ► Prolapsus extériorisé

- Rectopexie
- Récidive à long terme < 10%
- Survenue ou aggravation d'une constipation (40-80% des cas).

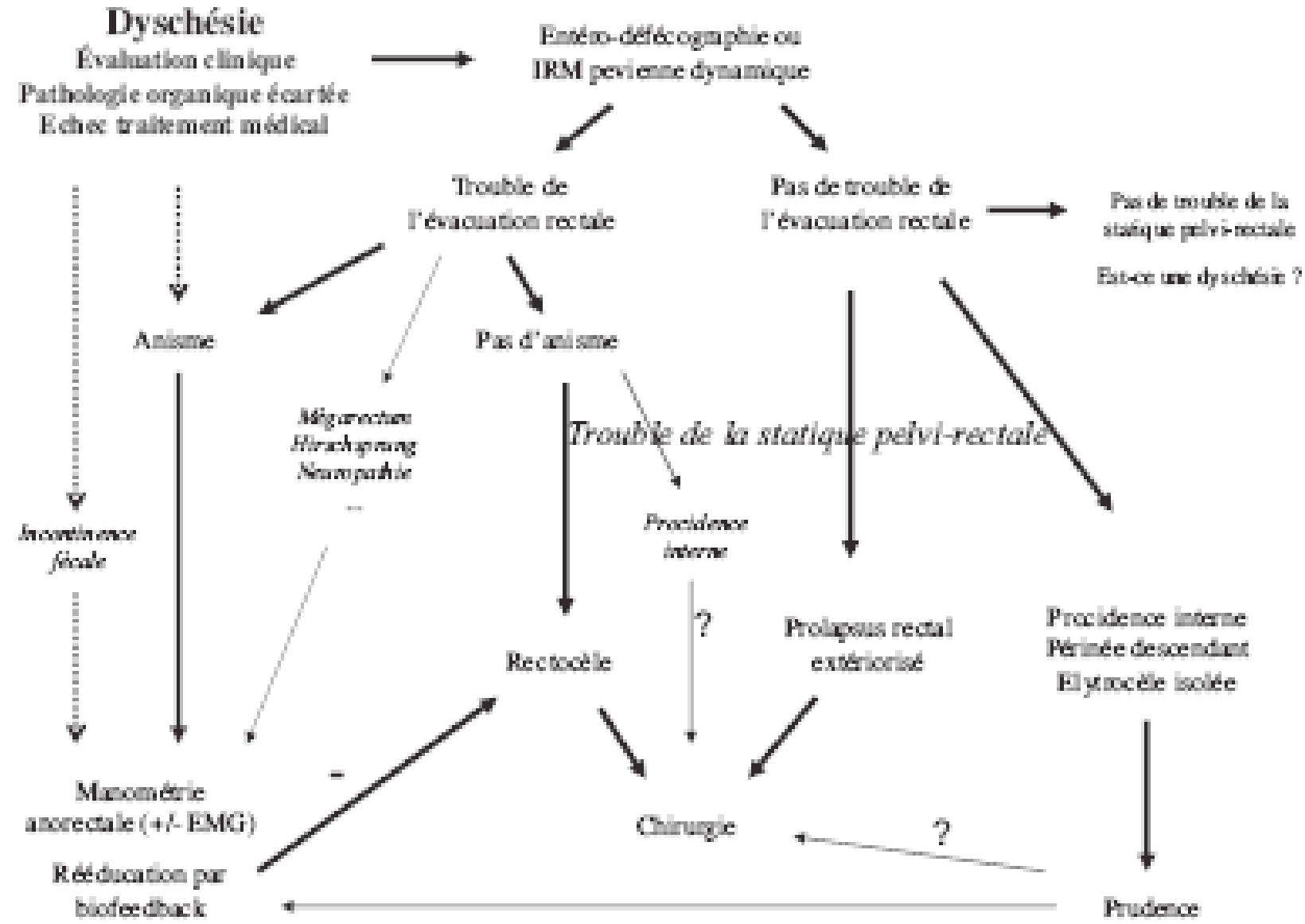
## ► Ulcère solitaire = PRUDENCE

- Rectopexie / ttt médical puis résection localisée.

## ► Elytrocèle

- Isolée : pas de traitement chir
- Associée: correction car facteur de récidive.

# Ce n'est pas simple !!



# Conclusion

- ▶ Symptômes très fréquents dans la population générale.
- ▶ Étiologies fonctionnelles et/ou organiques pouvant s'associer.
- ▶ Traitement médical, biofeedback et psychologie.
- ▶ Traitement chirurgical après moultes réflexions!!!