

Procidence interne du rectum (syndrome de l'ulcère solitaire du rectum exclu)

Objectifs pédagogiques

- Différencier une procidence interne physiologique d'un processus pathologique
- Savoir rapporter des troubles fonctionnels anorectaux à une procidence interne
- Quel examen privilégier pour faire le diagnostic, qui opérer ?

Nosologie et pathogénie

On définit par prolapsus rectal une invagination endoluminale de tout ou partie de la paroi rectale. Cette invagination naît le plus souvent à 8 cm de la marge anale à l'occasion d'un effort de poussée. Le front de progression (partie basse du prolapsus) peut rester limité à la cavité rectale (on parle de prolapsus rectal interne ou intussusception), s'engager dans le canal anal ou s'extérioriser (prolapsus de haut grade). Il est classique d'individualiser, parmi les prolapsus rectaux internes, ceux qui ne concernent que la muqueuse (le plus souvent sur la face antérieure du rectum), et ceux qui impliquent la totalité de la paroi rectale (souvent circonférentiels) [1-3]. Ces anomalies anatomiques sont à distinguer de la procidence muqueuse du bas rectum (immédiatement sus-anale), contemporaine d'une maladie hémorroïdaire. Les contraintes mécaniques induites par le prolapsus sur la paroi elle-même peuvent être responsables de lésions traumatiques et ischémiques se traduisant macroscopiquement par un aspect inflammatoire, par une ou plusieurs ulcérations.

Le diagnostic de prolapsus rectal extériorisé est un diagnostic clinique dynamique imposant la participation active du patient (effort de poussée). Le diagnostic de prolapsus rectal interne repose au mieux sur les données de l'examen radiologique qui permet de définir s'il s'agit d'un prolapsus muqueux ou complet, s'il intéresse uniquement la paroi rectale antérieure ou s'il est circonférentiel. Ce diagnostic est bien reproductible avec une bonne concordance inter-observateur [4]. Néanmoins, un aspect radiologique de prolapsus interne de bas grade est observé près d'une fois sur deux chez les volontaires sains ou chez les patients asymptomatiques. De ce fait, attribuer une valeur pathologique à un prolapsus rectal interne nécessite que plusieurs conditions soient réunies :

- a) la présence de symptômes évocateurs (faux besoins, impression d'évacuation incomplète, incontinence fécale) ;
- b) l'absence d'autre trouble fonctionnel susceptible d'expliquer à lui seul les troubles ;
- c) le caractère circonférentiel du prolapsus interne [5].

Ces données sont illustrées par la Figure 1. La procidence interne (circulaire) du rectum, la dyssynergie anorectale (anisme et/ou contraction inappropriée du muscle puborectal lors de la défécation) et les troubles objectifs de l'évacuation rectale sont

Laurent Siproudhis

souvent associés à divers degrés chez ces malades souffrant de dyschésie chronique. Aucune des anomalies fonctionnelles décrites n'est néanmoins constante ni spécifique.

Présentations symptomatiques

Ces restrictions d'ordre diagnostique conduisent à ne retenir le diagnostic de syndrome de la procidence interne que chez environ 10 % des malades souffrant de troubles de l'évacuation suffisamment préoccupants pour conduire à des explorations fonctionnelles anorectales. Ces données sont partielles et reposent aujourd'hui sur les seules observations de recrutement radiologique ou chirurgical. On dispose de peu de travaux s'attachant à préciser la prévalence des plaintes chez les malades ayant une procidence interne. La constipation est rapportée dans 35 à 75 % des cas, la sensation d'évacuation incomplète et les faux besoins dans 52 à 100 % des cas, les troubles de la continence dans 25 à 56 % des cas et les algies pelviennes dans 16 % des cas [6, 7].

L'affection touche typiquement l'adulte jeune mais peut s'observer à quasiment toutes les périodes de la vie, un peu plus souvent chez les femmes que les hommes dans certaines études.

Les faux besoins sont également très fréquents et les émissions de glaires peuvent survenir à l'occasion d'envies impérieuses ou d'un ténésme. Des

■ L. Siproudhis (✉) SMAD, CHRU Pontchaillou, rue Henri Le Guillou, 35033 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 28 43 11 - Fax 02 99 28 41 89
E-mail : laurent.siproudhis@chu-rennes.fr



Figure 1. Cliché de défécographie lors d'une défécation simulée. Procidence interne du rectum significative sur les critères radiologiques. On observe, lors de l'évacuation rectale une invagination circonférentielle de la paroi rectale formant un plissement concentrique sus-anal. Il n'existe pas d'entéroccèle ni de rectocèle. On note par contre une importante descente périnéale

suintements mucoglaireux sont parfois rapportés : ils sont cependant beaucoup plus rares que chez les malades ayant un prolapsus rectal extériorisé. Ce diagnostic doit être impérativement évoqué chez les personnes qui souffrent d'un syndrome rectal sans anomalie rectosigmoïdoscopique ni prolapsus rectal extériorisé.

Explorations fonctionnelles

La définition et les grands principes qui sous-tendent la pathogénie du syndrome de la procidence interne du rectum justifient la stratégie des explorations fonctionnelles. Lorsqu'une option chirurgicale est planifiée, ces explorations peuvent guider le choix de la stratégie et aider à la prise de décision thérapeutique.

Certaines explorations visent à préciser et quantifier la procidence interne du rectum. La défécographie, la recto-

graphie dynamique ou autre colpocystodéfécographie dynamique tentent de visualiser radiologiquement l'invagination intrarectale ou intra-ale de la paroi rectale lors d'une pseudo-défécation barytée [1, 4, 6]. L'aspect observé chez les malades souffrant d'une procidence interne jugée anormale montre le plus souvent une invagination circonférentielle de la paroi rectale (là où la procidence localisée antérieure est banale chez le volontaire sain) dont le front d'invagination est intrarectal bas ou intra-ale (Fig. 1). C'est souvent au niveau du front d'invagination que se situe la lésion macroscopique lorsqu'elle existe (œdème pariétal, rectite limitée, ulcère). Cette approche du diagnostic radiologique a parfois des limites lorsque l'évacuation rectale n'est pas obtenue pendant l'examen (obstacle anal à l'évacuation). Dans cette situation, aucune procidence interne n'est correctement visualisée. D'autres ano-

malies sont parfois mises en évidence et quantifiées : rectocèle de taille moyenne, périnée descendant, entéroccèle. On dispose aujourd'hui de données suffisantes concernant l'évaluation de la cinétique de défécation par méthode d'IRM chez les malades ayant une procidence interne du rectum. Les contraintes nécessaires à un diagnostic adapté sont comparables à la défécographie [8]. Il est nécessaire de disposer d'un contenu luminal ayant une viscosité adaptée (le gel d'échographie ne suffit pas) et d'obtenir de la part du malade une coopération suffisante en effectuant sur table une évacuation du contenu rectal. Cette méthode d'imagerie est moins performante dans le diagnostic d'une constipation d'évacuation et elle est globalement dix fois plus coûteuse [9]. La sensibilité de cette exploration est souvent limitée dans l'identification et dans la quantification de la procidence interne du rectum [10].

D'autres explorations visent à évaluer et quantifier l'obstacle anal à l'évacuation. La manométrie reste, dans cette indication, la technique la plus couramment réalisée. Après mise en place d'une sonde anale (recueillant les pressions en différents sites) et d'un ballonnet de distension rectale (distensions isovolumiques, recueil des pressions et des volumes lors de distensions progressives), les mesures effectuées chez les malades souffrant d'une procidence rectale interne soulignent des pressions de repos habituellement normales ou subnormales et parfois une augmentation paradoxale des pressions enregistrées dans l'anus lors d'une défécation simulée (dyssynergie anorectale ou anisme). Chez les malades qui souffrent de troubles fonctionnels anorectaux, il a été rapporté une corrélation inverse entre le degré de la procidence interne du rectum et les pressions de repos du canal anal [11]. Ces données sont à rapprocher des anomalies souvent constatées lors de l'endosonographie anale chez ces patients (amincissement du sphincter anal interne en

secteur antérieur et postérieur). Il existe parfois des troubles de la sensibilité et de l'adaptation rectale (compliance diminuée) qui sont interprétées plutôt comme la conséquence d'un processus traumatique que comme un mécanisme pathogénique de leur survenue [12]. Ces données sont à rapprocher des anomalies observées lors de l'endosonographie anale (épaississement et différenciation des couches pariétales du bas rectum). Les moyens radiologiques et manométriques permettent également d'analyser la contraction inadaptée des muscles releveurs lors de la défécation pendant une défécographie (empreinte rectale postérieure du muscle puborectal, anisme manométrique).

Principes thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique du syndrome de la procidence interne n'est pas parfaitement validée. La responsabilité pathogénique de cette seule « anomalie » est discutée. Les résultats de la correction chirurgicale sont d'interprétation souvent difficile. Finalement, lorsque la responsabilité de la procidence interne du rectum est en cause dans un trouble de la continence ou de l'évacuation, un geste chirurgical de correction peut être proposé aux personnes ayant une symptomatologie handicapante. Il existe aujourd'hui deux grands principes d'approche chirurgicale : celui qui consiste à fixer la paroi rectale (promontofixation) et celui qui consiste à le réséquer (résection rectale transanale ou intervention de STARR) ou en faire la plicature (intervention de Delorme). Les résultats à court terme sont favorables avec une amélioration des scores symptomatiques, des anomalies anatomiques et fonctionnelles. Les améliorations techniques et technologiques ont permis un essor important de ces méthodes. La promontofixation cœlioscopique couplée à un plan de dissection limité à la paroi antérieure (ventropexie) a permis d'en diminuer considéra-

ment la morbidité postopératoire notamment en terme de constipation fonctionnelle. La résection transanale agrafée permet aujourd'hui de maîtriser les processus peropératoires. La première technique améliore les troubles de la continence et la seconde agit principalement sur les troubles de l'évacuation.

Chirurgie transanale

L'approche de résection transanale permet de contrôler efficacement les troubles de l'évacuation avec une diminution importante des scores symptomatiques dans les premiers essais publiés ainsi que dans certains essais contrôlés randomisés. Les malades sont opérés pour des symptômes de constipation réfractaire, associés plus souvent d'ailleurs à une rectocèle qu'à une procidence interne du rectum [13]. Ce geste chirurgical est proposé de façon privilégiée aux malades souffrant de troubles de l'évacuation et n'ayant pas de trouble de la continence. L'amélioration des troubles de l'évacuation est notée chez près de huit malades sur dix (registre européen, suivi moyen : 18 mois). Le score ODS moyen postopératoire est dans les limites de la normale. Plus de trois quarts des malades sont satisfaits de l'intervention réalisée [14]. Le temps passé aux toilettes et le recours aux laxatifs sont les symptômes de constipation les mieux corrigés par l'intervention. La sensation d'évacuation incomplète est à l'inverse le symptôme le moins amélioré par le geste. C'est malheureusement souvent un symptôme dominant chez les malades ayant une procidence interne du rectum. La correction anatomique de la procidence interne est acquise 85 % des cas. On ne dispose pas du risque de récurrence de la procidence à long terme. Par analogie avec les techniques de proctectomie transanale proposée chez les malades ayant un prolapsus rectal extériorisé, un malade sur quatre récurrence après un suivi de 5 ans. Il n'a pas été identifié de facteurs pronostiques visant à cibler les

indications de cette méthode. Le niveau du score de constipation pourrait être un facteur de pronostic favorable privilégiant cette approche chez les malades les plus symptomatiques (ODS score > 17).

L'approche transanale avec cette méthode expose en théorie les malades à un risque de troubles de la continence et de lésions sphinctériennes (mise en place d'un dilateur anal). Il existe chez 12 à 20 % des malades des impériosités fécales et une polychésie dans les semaines qui suivent le geste [15]. Dans une évaluation récente des résultats à long terme de cette approche dans le cadre d'une base de données prospective italienne, 13 % souffraient d'impériosités ou de troubles de la continence. Il existait chez ces malades des pressions de repos et de commande volontaire un peu plus faibles que chez les personnes satisfaites (sans que le seuil de significativité soit néanmoins atteint) : aucun ne présentait de lésion sphinctérienne identifiée par échographie endocavitaire. Ces données méritent une veille de la fonction anale chez les malades à qui est proposée cette technique parce qu'on ne dispose pour l'instant pas de recul suffisant lorsqu'on met en perspective l'histoire naturelle des troubles de la continence après accident obstétrical ou chirurgical proctologique.

En définitive, l'approche de résection rectale transanale doit être proposée chez les malades ayant un syndrome rectal et une polychésie prédominante, une impression d'évacuation incomplète liée à une procidence interne de haut grade et n'ayant ni trouble de la continence ni hypotonie anale préopératoire [16].

Promontofixations

Les techniques cœlioscopiques ont modifié mais aussi fortement harmonisé les stratégies de rectopexie au profit d'une approche mini invasive de dissection et d'interposition prothétique antérieure basse appelée également ventropexie. Cette méthode s'est

considérablement développée, notamment dans les approches de cure chirurgicale des troubles de la statique pelvienne [17]. Les données PMSI de l'activité chirurgicale de promontofixation réalisée en France au cours de l'année 2010 (4934 patients) soulignent que ce n'est étonnamment pas le prolapsus rectal extériorisé qui était l'indication la plus fréquente du geste (21 %) mais celle d'une colpocèle postérieure dans plus de trois cas sur quatre. L'approche coelioscopique diminue d'un facteur trois la morbidité per- et postopératoire. La morbidité est plus importante chez les malades obèses et le taux de conversion de la chirurgie laparoscopique est notablement plus important. Les expositions prothétiques sont les principales complications et concernent 1,3 % des malades. Cette complication est aujourd'hui exclusivement observée lorsqu'il existe une approche combinée par voie périnéovaginale et abdominale lors du même temps. Cette stratégie doit donc être évitée. Les constipations *de novo* et les troubles neurologiques sont aujourd'hui exceptionnels. Cette intervention peut également modifier la sexualité des malades traités. Chez les répondants à un questionnaire standardisé et adapté (PISQ12) (64 %), la proportion de malades sexuellement actifs est passée de 71 % avant à 54 % après chirurgie: 13 % et 16 % ont vu leur sexualité altérée ou améliorée respectivement. Ces modifications doivent faire l'objet d'une information auprès des malades avant chirurgie.

Chez les malades ayant un prolapsus extériorisé ou une procidence interne, la correction anatomique est acquise dans la majorité des cas : le risque de correction incomplète ou de récurrence concerne habituellement moins de 5 % des malades [17]. Les troubles de la continence sont améliorés de façon franche lorsque la promontofixation de la procidence interne est motivée principalement par des troubles de la continence. Dans l'expérience toulousaine, les malades ayant une inconti-

nence fécale et une procidence interne du rectum (N = 40, suivi moyen 38 mois) ont vu leur trouble de la continence s'améliorer : leur score symptomatique d'incontinence diminue de façon importante ($3 \pm 3,4$ versus $13,3 \pm 4,3$). Les impériosités et les symptômes de constipation disparaissent dans deux tiers des cas [18]. Le niveau d'amélioration semble néanmoins un peu moins prononcé quantitativement (questionnaire de symptômes) de ce qui est observé après promontofixation pour prolapsus rectal extériorisé. Ces résultats restent finalement stables dans le temps à la différence des approches transanales.

La chirurgie robotisée n'a pas encore donné lieu à des évaluations autres que la publication de séries de cas. En dépit d'un geste un peu plus long que l'approche laparoscopique, les pertes sanguines et les complications postopératoires étaient moindres avec cette technique et le niveau d'amélioration symptomatique sensiblement meilleur lorsqu'il est quantifié par des questionnaires de symptômes validés. Cette méthode reste en phase d'évaluation et de dissémination mais les premiers résultats sont encourageants.

Processus de décisions thérapeutiques de la procidence interne du rectum

L'évolution des concepts plaide aujourd'hui pour une simplification des stratégies de prise en charge des troubles fonctionnels anorectaux. L'approche n'est plus centrée sur des troubles anatomiques ou fonctionnels identifiés mais sur une approche symptomatique des malades souffrant d'un trouble fonctionnel sévère de l'évacuation ou syndrome d'obstruction défécatoire (*obstructed defecation syndrome*).

L'approche manichéenne (sous impulsion de publications nord-américaines et italiennes) invite à proposer une approche chirurgicale aux malades qui

ont échoué à une prise en charge conservatrice associant rééducation et laxatifs sans tenir nécessairement compte de la nature des anomalies fonctionnelles ou anatomiques observées. Sous l'impulsion de l'European Society of Colo Proctology, un travail prospectif randomisé multicentrique européen doit prochainement débiter et comparer la résection rectale transanale (ou intervention de STARR) et la promontofixation per coelioscopique chez les personnes ayant une constipation d'évacuation prédominante en échec du traitement conservateur. L'originalité de ce travail est de sélectionner les malades non pas sur l'existence de troubles de la statique pelvienne [qui peuvent être une procidence interne de haut grade ou une rectocèle mais aussi d'autres troubles moins spécifiques (entéro-cèle)] mais sur des symptômes (constipation avec un score ODS de plus de 10) échappant à un traitement conservateur associant biofeedback et laxatifs. Dans l'attente des résultats de ce travail, seules les données des études ouvertes prospectives et celle des séries de cas sont disponibles. Des propositions d'algorithme de prise en charge sont faites dans la Figure 2.

Conclusions

La prise en charge de la procidence interne du rectum est complexe parce qu'elle repose sur une série d'ambiguïtés à la fois nosologiques, anatomo-fonctionnelles et syndromiques. Il est possible que l'entité pathologique de ce trouble de la statique rectale disparaisse au profit d'un cadre syndromique plus général. L'association des troubles anatomiques et fonctionnels rend en effet difficile l'établissement d'une relation de causalité entre un symptôme et un trouble de la statique rectale. Le choix d'une prise en charge chirurgicale doit être motivé et le choix de la technique chirurgicale repose encore trop souvent sur des convictions d'école. Les résultats d'un grand essai contrôlé randomisé sont attendus.

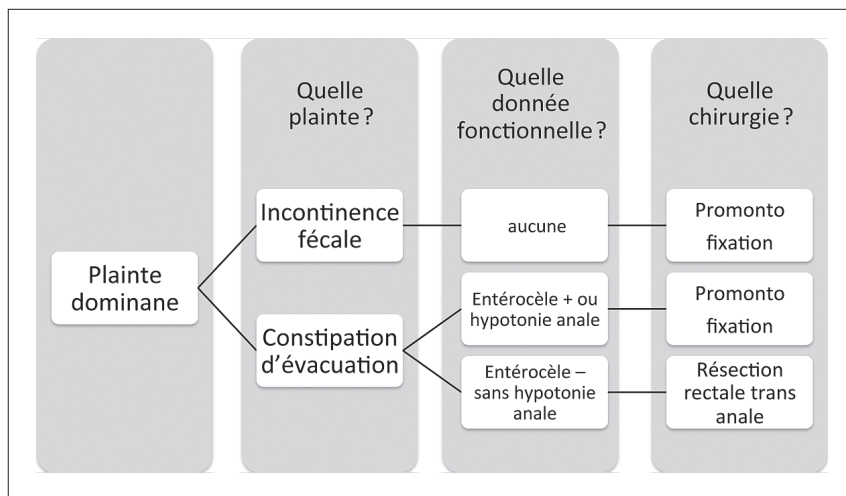


Figure 2. Proposition d'algorithme de prise en charge chirurgicale d'une prociendence interne du rectum responsable de symptômes fonctionnels invalidants et chroniques

Références

4. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737-49.
5. Collinson R, Harmston C, Cunningham C, Lindsey I. The emerging role of internal rectal prolapse in the aetiology of faecal incontinence. *Gastroentérologie clinique et biologique* 2010;34:584-6.
6. Wijffels NA, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. What is the natural history of internal rectal prolapse? *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2010;12: 822-30.
7. Klauser AG, Ting KH, Mangel E, Eibl-Eibesfeldt B, Muller-Lissner SA. Interobserver agreement in defecography. *Diseases of the colon and rectum* 1994;37:1310-6.
8. van Tets WF, Kuijpers JH. Internal rectal intussusception – fact or fancy? *Diseases of the colon and rectum* 1995;38:1080-3.
9. Mellgren A, Schultz I, Johansson C, Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. *Diseases of the colon and rectum* 1997;40:817-20.
10. Wijffels N, Jones O, Cunningham C, Bemelman W, Lindsey I. What are the symptoms of internal rectal prolapse? *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2012.
11. Morren GL, Balasingam AG, Wells JE, Hunter AM, Coates RH, Perry RE. Triphasic MRI of pelvic organ descent: sources of measurement error. *European journal of radiology* 2005;54:276-83.
12. Maglinte DD, Hale DS, Sandrasegaran K. Comparison between dynamic cystocolpoproctography and dynamic pelvic floor MRI: pros and cons: Which is the "functional" examination for anorectal and pelvic floor dysfunction? *Abdominal imaging* 2012.
13. Pannu HK, Scatarige JC, Eng J. Comparison of supine magnetic resonance imaging with and without rectal contrast to fluoroscopic cystocolpoproctography for the diagnosis of pelvic organ prolapse. *Journal of computer assisted tomography* 2009;33:125-30.
14. Harmston C, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. The relationship between internal rectal prolapse and internal anal sphincter function. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2011;13:791-5.
15. Wijffels NA, Angelucci G, Ashrafi A, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. Rectal hyposensitivity is uncommon and unlikely to be the central cause of obstructed defecation in patients with high-grade internal rectal prolapse. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society* 2011;23:151-4, e30.
16. Frascio M, Stabilini C, Ricci B, Marino P, Fornaro R, De Salvo L, Mandolino F, Lazzara F, Gianetta E. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction syndrome: results and follow-up. *World journal of surgery* 2008;32:1110-5.
17. Schwandner O, Furst A. Assessing the safety, effectiveness, and quality of life after the STARR procedure for obstructed defecation: results of the German STARR registry. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* 2010;395: 505-13.
18. Arroyo A, Perez-Vicente F, Serrano P, Sanchez A, Miranda E, Navarro JM, Candela F, Calpena R. Evaluation of the stapled transanal rectal resection technique with two staplers in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Journal of the American College of Surgeons* 2007;204:56-63.
19. Boenicke L, Reibetanz J, Kim M, Schlegel N, Germer CT, Isbert C. Predictive factors for postoperative constipation and continence after stapled transanal rectal resection. *The British journal of surgery* 2012;99:416-22.
20. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *The British journal of surgery* 2004;91:1500-5.
21. Portier G, Kirzin S, Cabarrot P, Queralto M, Lazorthes F. The effect of abdominal ventral rectopexy on faecal incontinence and constipation in patients with internal intra-anal rectal intussusception. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2011;13:914-7.

Les 5 points forts

- ❶ Cette entité s'observe chez des malades souffrant de troubles de l'évacuation et/ou de la continence fécale.
- ❷ La procidence interne du rectum est un constat clinique fréquent pour lequel la responsabilité symptomatique est possible mais non formelle.
- ❸ La correction chirurgicale peut être une résection transanale ou une promontofixation abdominale.
- ❹ La résection rectale transanale doit être réservée aux malades avec une constipation d'évacuation prédominante et qui ont également de bonnes performances sphinctériennes.
- ❺ La promontofixation est efficace sur les troubles de la continence fécale.

Question à choix unique

Question 1

Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux au diagnostic de procidence interne du rectum pathologique ?

- A. Invagination de la face antérieure de la paroi rectale lors de la défécation
- B. Extériorisation transanale de la paroi rectale lors de la défécation
- C. Invagination circulaire de la paroi rectale lors de la défécation
- D. Invagination circulaire de la paroi rectale lors de la défécation chez une personne souffrant de symptômes évocateurs

Question 2

L'identification et la caractérisation d'une procidence interne du rectum sont obtenues au mieux par *(une seule réponse)* :

- A. L'examen clinique avec rectoscopie
- B. L'examen clinique avec anoscopie et manœuvre dynamique de poussée
- C. L'IRM dynamique ou déféco IRM
- D. La défécographie conventionnelle

Question 3

Chez un malade qui souffre d'un syndrome rectal avec une incontinence fécale par impériosité au moins hebdomadaire attribué à une procidence interne du rectum, l'option thérapeutique qui doit être privilégiée est *(une seule proposition)* :

- A. Une promontofixation de type ventrofixation
- B. Des laxatifs osmotiques
- C. Une résection rectale transanale agrafée
- D. Une rééducation instrumentale de type biofeedback