



JFHOD
WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021



Palais des Congrès de Paris

PAYS INVITÉ : *Belgique*

La prévention



L'ulcère solitaire du rectum: une prise en charge multidisciplinaire ?

Dr Damien SOUDAN
Cabinet de Proctologie Saint Herblain
Clinique Jules Verne
Nantes



DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts sur le site des JFHOD.

Liens d'intérêt

Aucun

Objectifs pédagogiques

Connaître l'épidémiologie et les causes de l'USR

Connaître les manifestations cliniques et endoscopiques de l'USR

Connaître les modalités du diagnostic de l'USR

Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique de l'USR

Définition

- Pathologie chronique, bénigne, le plus souvent ulcéreuse et unique, limitée au rectum
- Chez un patient ayant une constipation terminale
- Sans prolapsus rectal extériorisé

Epidémiologie

physical examination, sigmoidoscopy, digital rectal examination in the squatting position looking for evidence of prolapse and review of response to treatment. Of the remaining 7 patients, 1 has died of unrelated causes, 3 have left the province and 3 have failed to attend. Previous medical documentation was considered adequate for these 7 patients to be included in the series. The current rate of diagnosis is 1

tenesmus (95 per cent) were almost inv (Table I). Evaluation of bowel habit was This related particularly to patients' in what constituted diarrhoea, of which m On closer questioning, complaints of di arose because of frequent passage of mu

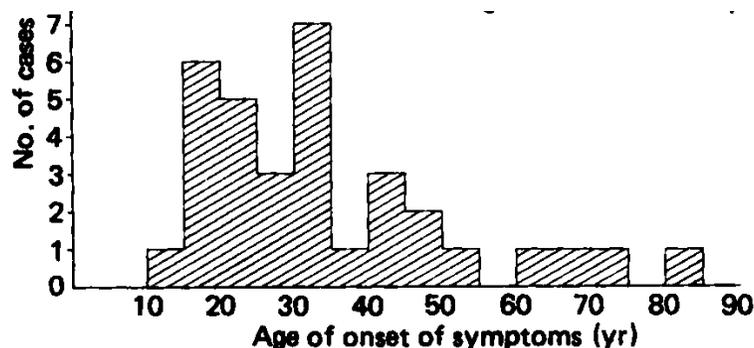
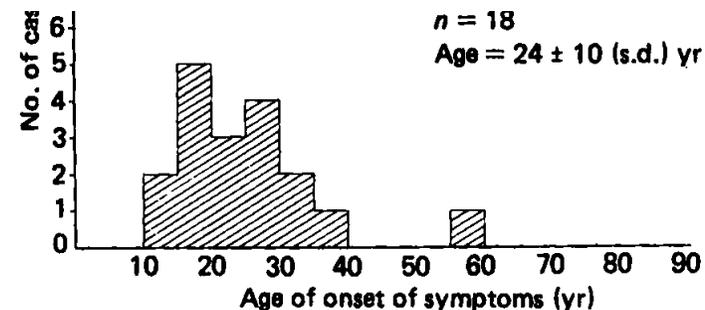
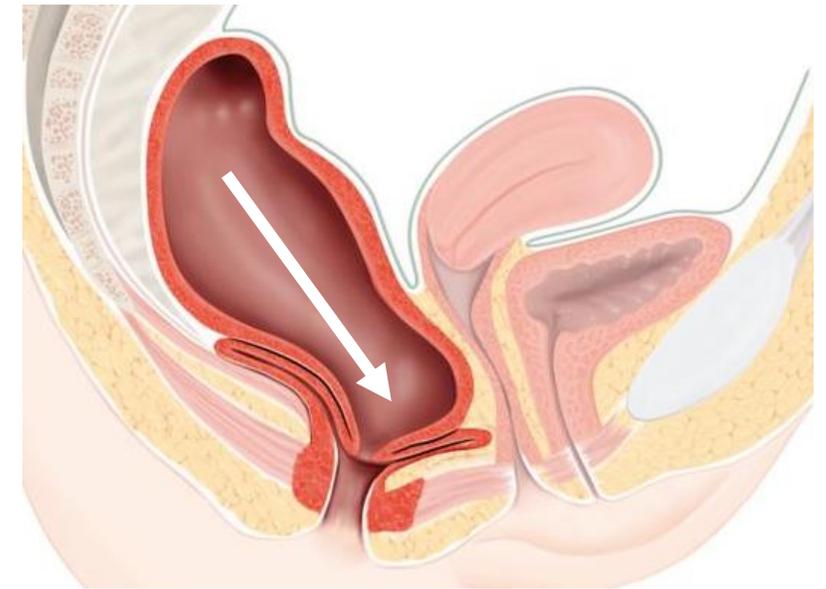
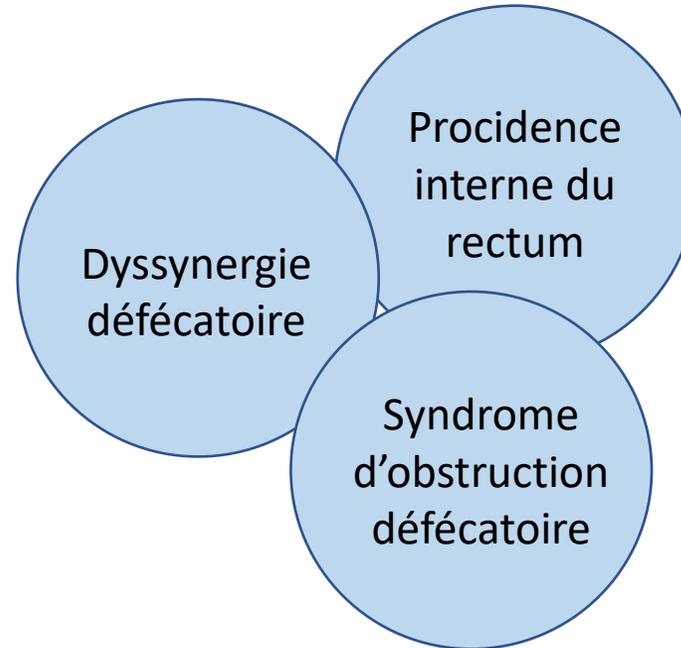
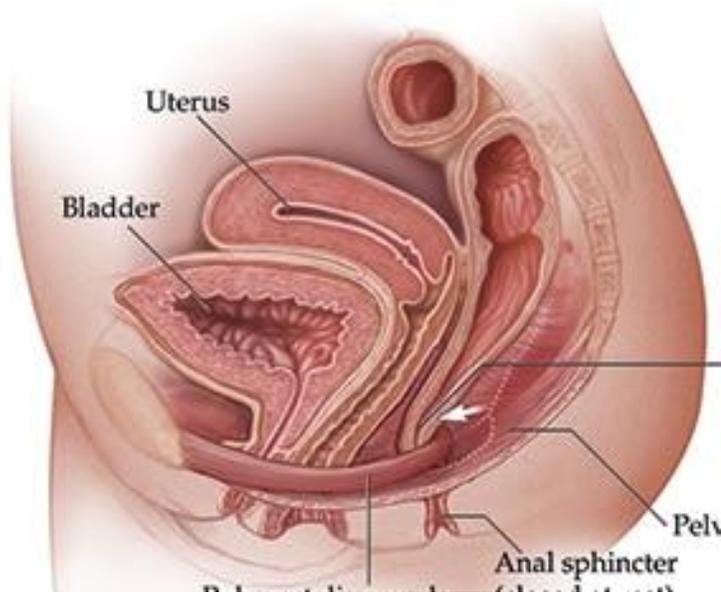


Fig. 1. Age incidence of patients with solitary rectal ulcer syndrome.



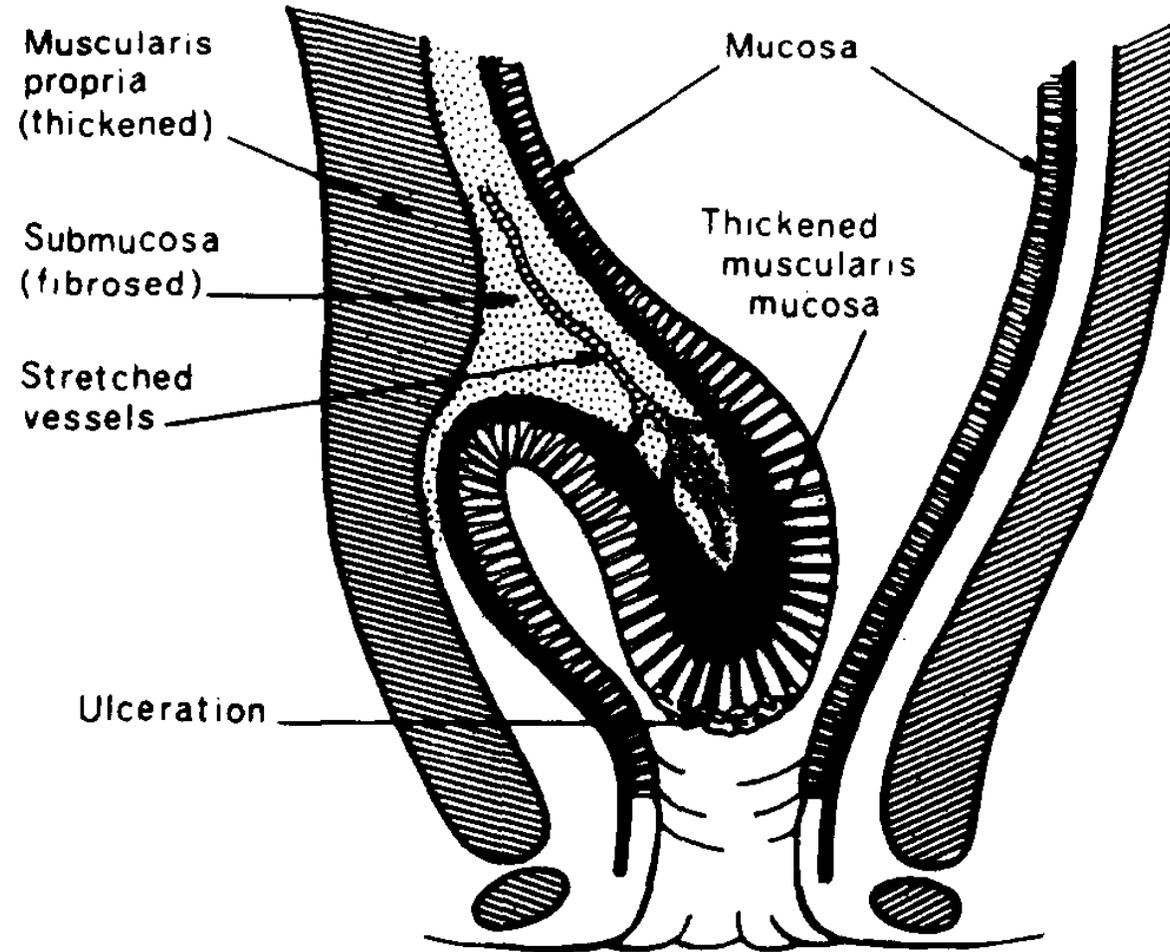
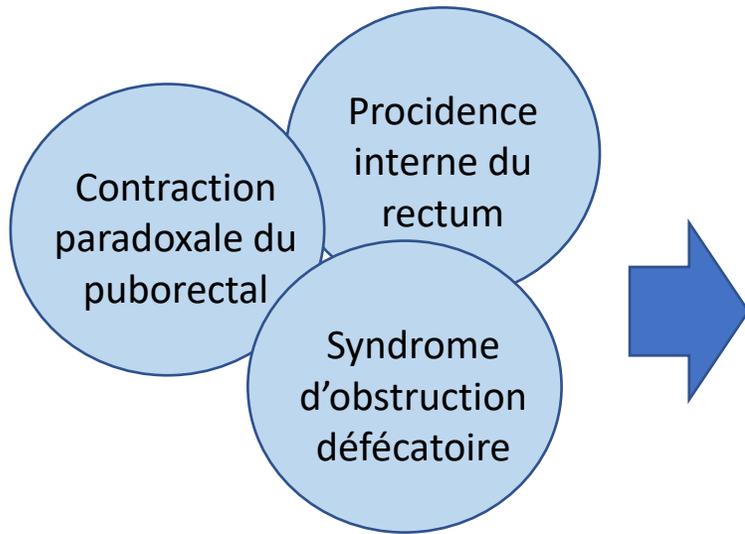
- > 1 / 100 000 habitants par an
- Très sous estimée
- Durée moyenne d'évolution des symptômes = 5 ans

Physiopathologie



Rao et col. 2006
Morio et col. 2008
Sharma et col. 2014

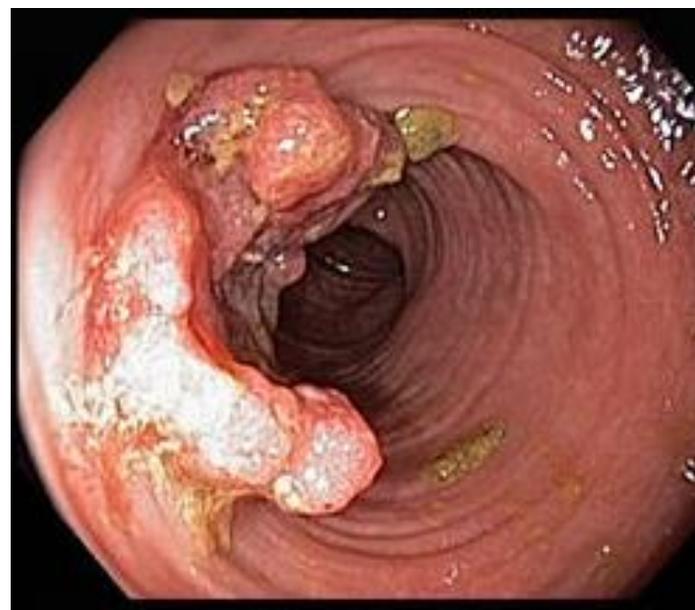
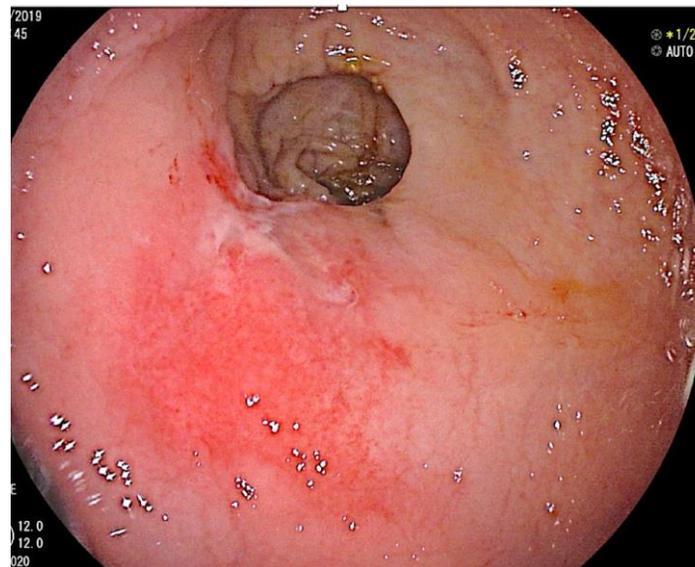
Physiopathologie



Madigan, Morson, 1969
Levine et col. 1987

Signes cliniques

Symptôme	Fréquence
Rectorragie	>80%
Constipation	25-50%
Douleurs	25-50%
Dyschésie	30%
Glares	17-28%
Diarrhée	20%
Ténesme	10-20%
Anémie	10-20%
Manœuvres digitales	10-37%
Asymptomatique	2-20%

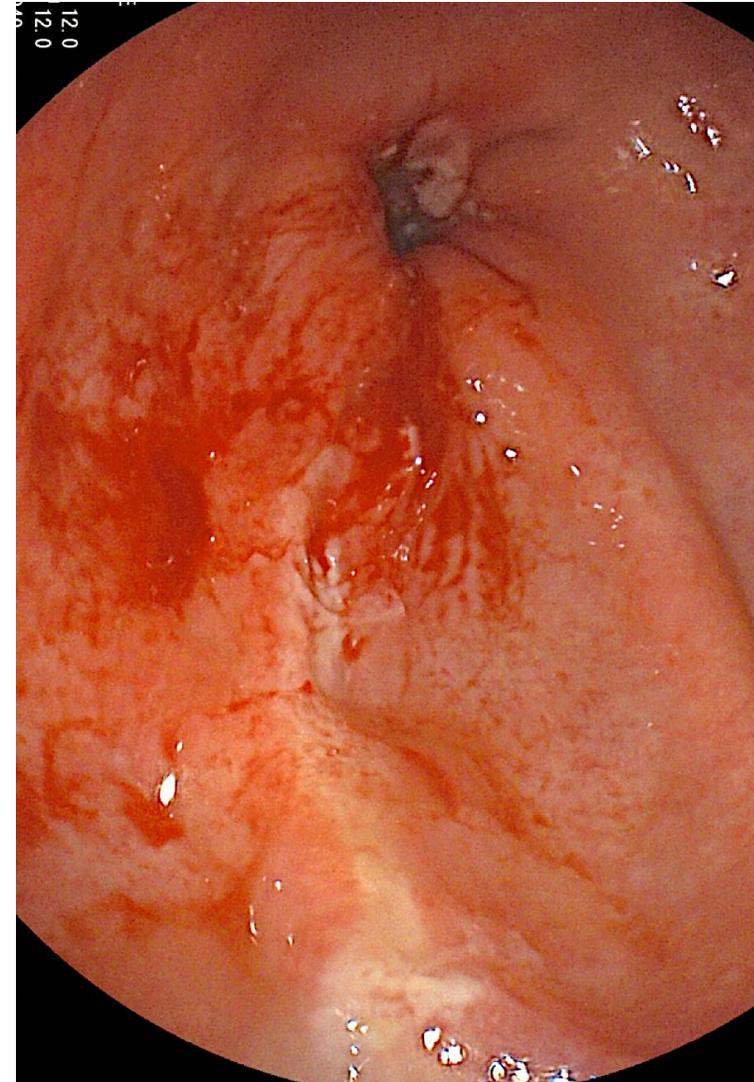


Abid et col. 2020
Behera et col. 2015

Coloscopie totale

Table 2: Endoscopic finding of patients with solitary rectal ulcer syndrome(n=92)

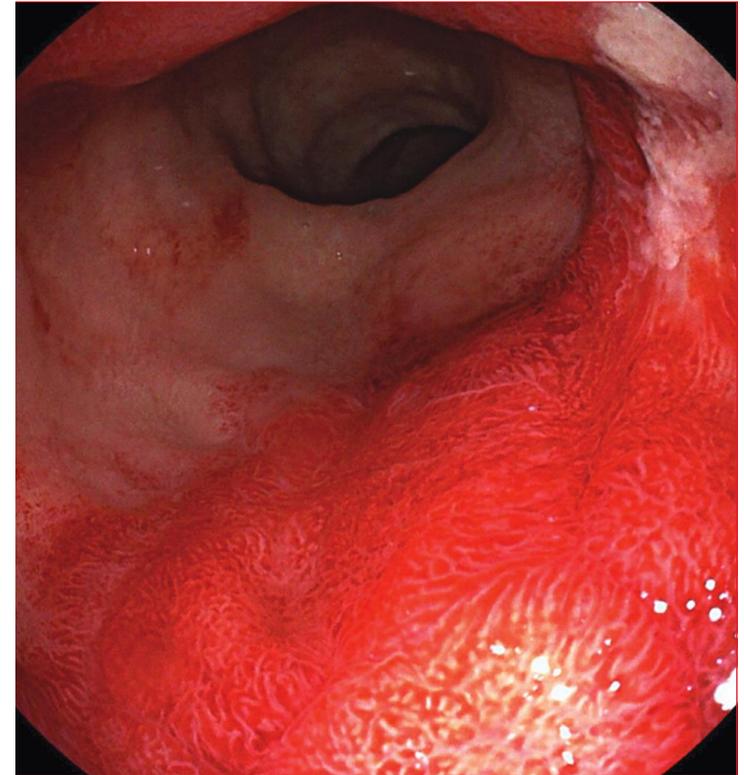
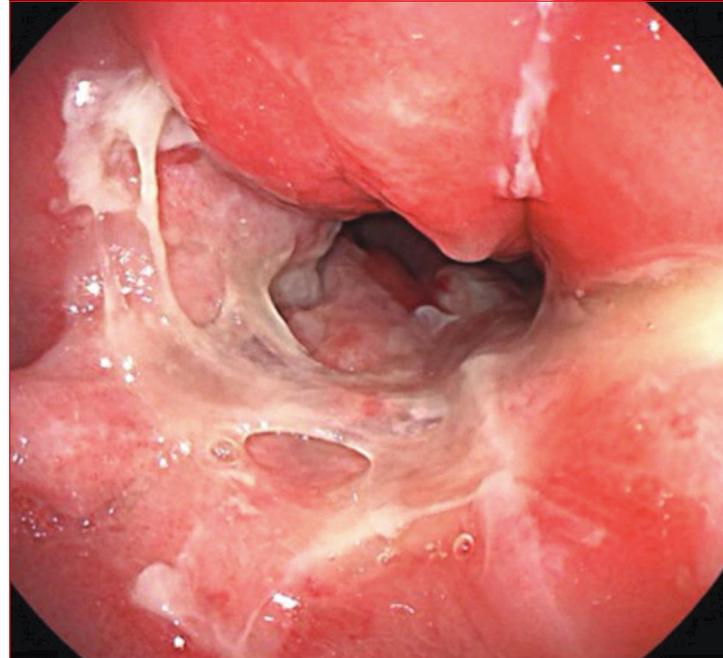
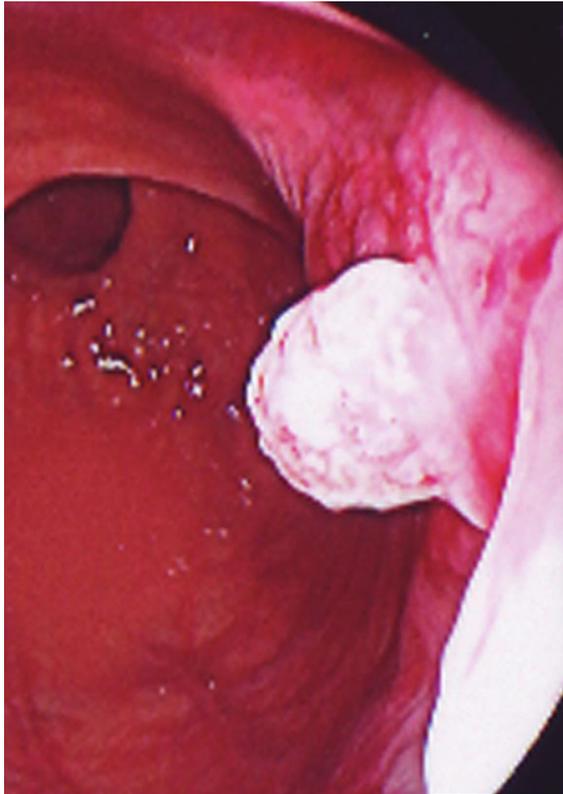
Endoscopic findings (%)	Number of patients	Percentage (%)
Ulcerative	77	85
• Solitary	41	44.6
• Multiple	36	39
Location of ulcer (n=77)		
• Anterior	45	58.4
• Posterior	22	28.5
• Right lateral	4	5.1
• Left lateral	3	3.8
• Circumferential	3	3.8
Polypoidal	16	17.4



Behera et col. 2015

Images Dr Spindler, Dr Fathallah, Dr de Parades

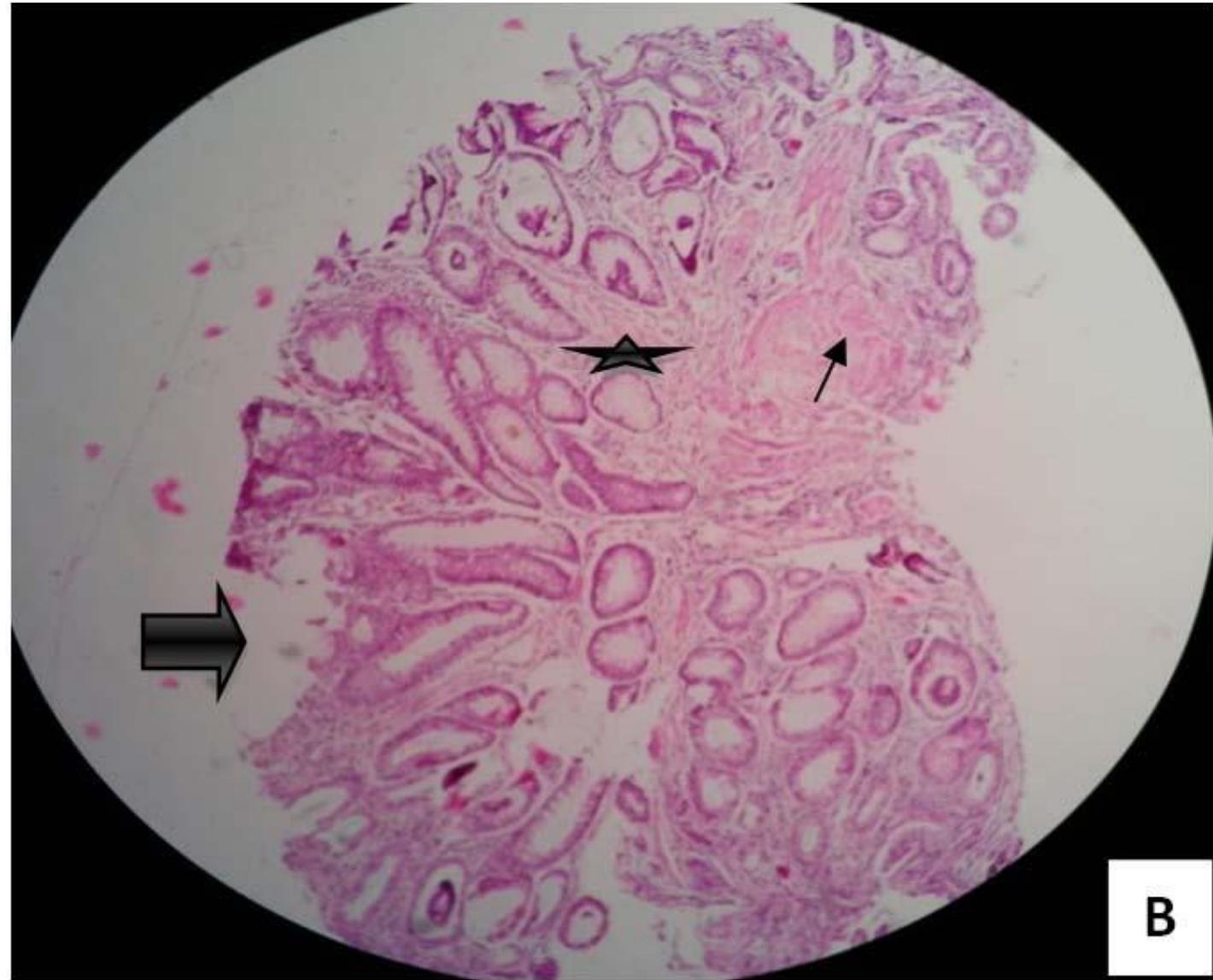
Coloscopie totale



Images Dr Spindler, Dr Fathallah, Dr de Parades

Biopsies systématiques

- Oblitération de la lamina propria par de la fibrose +++
- Epaissement de la musculaire muqueuse
- Ulcération de surface



B

Eliminer un diagnostic différentiel

TUMEUR ?

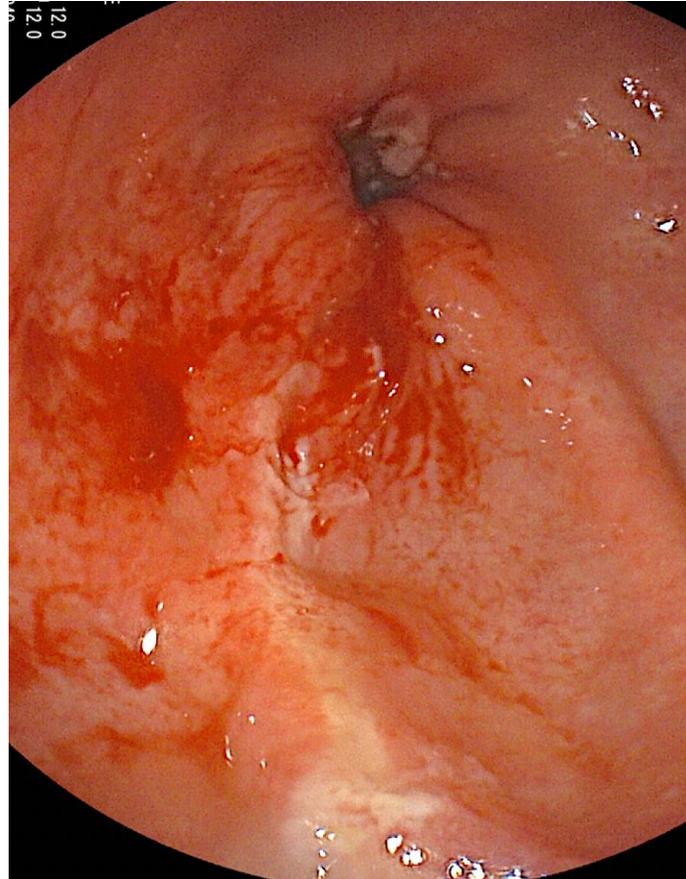
Adénocarcinome
Lymphome

IST ?

Gonocoque,
Chlamydia,
Syphilis

Post Radique ?

Colite
Ischémique ?



Anti
Inflammatoires ?

Lésion
traumatique ?

MICI ?

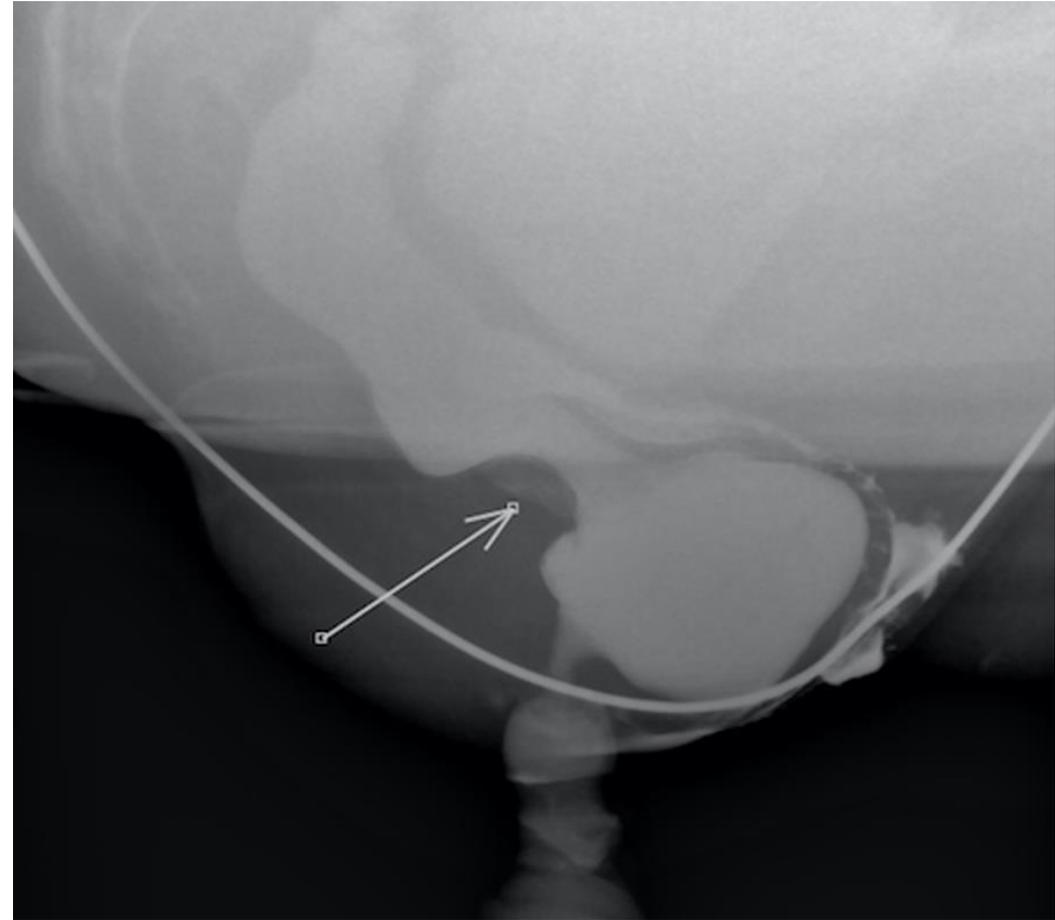
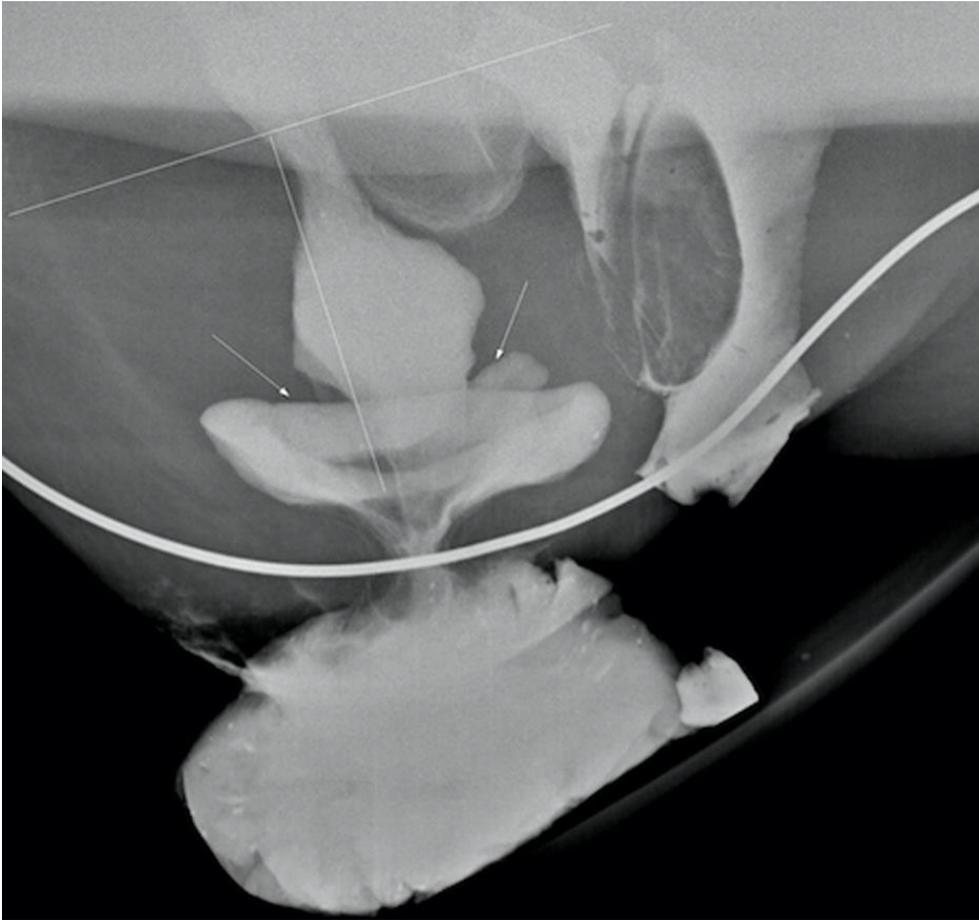
Quels examens prescrire ?

- Manométrie anorectale
 - Recherche d'un asynchronisme ou anisme
 - Anomalies dans 60 à 80 % des cas
- Etude manométrique comparant USR et contrôles
 - Dyssynergie fréquente si USR
 - Augmentation des pressions anales en poussée et défaut de relaxation
 - Signes d'hypersensibilité rectale

Table 2. Manometric Data, Rectal Sensory Thresholds, and Balloon Expulsion Time in Controls and Patients with SRUS (mean \pm SD)

	Controls n = 15	SRUS Patients n = 11	p Value
Anal resting pressure (mmHg)	69 \pm 24	58 \pm 27	0.24
Number of patients with dyssynergia	0	9 (82%)	<0.0001
Rectal pressure during straining (mmHg)	63 \pm 22	67 \pm 27	0.66
Anal residual pressure during straining (mmHg)	34 \pm 14	57 \pm 35	0.06
Percentage of anal relaxation	46 \pm 20	23 \pm 26	0.02
Defecation index	2.12	1.06	0.34
Threshold for first sensation (cc)	19 \pm 5.4	14.5 \pm 5.2	0.04
Threshold for desire of defecate (cc)	123 \pm 64	52 \pm 20	0.0007
Threshold for urge to defecate (cc)	199 \pm 55	116 \pm 63	0.0025
Balloon expulsion time (s)	37 \pm 77	68 \pm 83	0.35

- Défécographie (à défaut déféco IRM)
 - Recherche d'une empreinte du muscle puborectal en poussée (asynchronisme)
 - Recherche d'un trouble de la statique rectale



Procidence interne du rectum

- La fréquence de la procidence interne du rectum atteint 40% en cas d'USR
- La procidence interne est observée chez 50% de la population générale en poussée (limitée à la paroi antérieure de faible grade)
- Seule une procidence CIRCONFÉRENTIELLE et/ ou de GRADE III-IV (dans le canal anal) doit donner lieu à un traitement spécifique

Quelle prise en charge en 2020?

Guidelines

Management of solitary rectal ulcer syndrome: Results of a french national survey

Société Nationale Française de Coloproctologie SNFCP, France

Claire Gouriou^a, Marion Chambaz^{a,b}, Alain Ropert^{b,c}, Guillaume Bouguen^{a,c,d},
Aurélien Venara^{e,f}, Guillaume Meurette^{f,g}, Laurent Siproudhis^{a,b,d,f},
Charlène Brochard^{a,b,c,d,f,*}

June 9, 2020

- Objectif thérapeutique =
 - Diminuer les symptômes et améliorer la qualité de vie
 - Replacer le patient dans une situation de confort défécatoire

Le traitement médical

- Mesures de lutte contre la constipation +++
- Utilisation des laxatifs +++

- Place des traitement locaux (Sucralfate ++, 5ASA, Corticoïdes) ?
 - Données de faibles niveau de preuve
 - Usage répandu
 - Corticoïdes non recommandés

Brandt-Gradel et col. 1984



La rééducation périnéale

- Mesure clef de correction des dyssynergies anorectales
- Efficacité prouvée :
 - Amélioration des scores de qualité de vie 60-75%
 - Amélioration du flux sanguin muqueux
 - Cicatrisation de l'ulcère 30%
 - Amélioration des résultats manométriques
 - Amélioration de la constipation terminale
- Limites principales:
 - Efficacité limitée dans le temps > 90% de rechute à 3 ans
 - Acceptabilité ?
 - Inefficace sur les procidences internes de haut grade

Jarett et col. 2004

Rao et col. 2006

Forootan et col. 2018



Autres approches

- Plasma Argon
 - Deux études randomisées
 - Efficacité sur le saignement (100%)
 - Amélioration des autres symptômes NS
 - Cicatrisation rapportée après des séances répétées.
- Neuromodulation des racines sacrées
 - Aucune donnée dans l'USR et non indiquée pour la constipation
- Toxine Botulinique
 - Aucune donnée dans l'USR



Zergani et al. 2017
Somani et col 2010



Une pathologie chirurgicale en dernier recours.

- Rectopexie ventrale ?
 - Efficacité démontrée en présence d'un prolapsus de grade III à V circonférentiel
 - Amélioration des symptômes d'obstruction défécatoire
 - Cicatrisation > 50% des cas
 - Résultats durables dans le temps
- Abord périnéal (Delorme, Altmeier)
 - En cas de contre indication ou en échec d'abord abdominal
- Resection locale
 - Si forme polypoïde volumineuse +++
- Dérivation
 - Formes réfractaires invalidantes

Tweedie et col. 2005
Badrek et col. 2013
Evans et col. 2014



Quel suivi ?

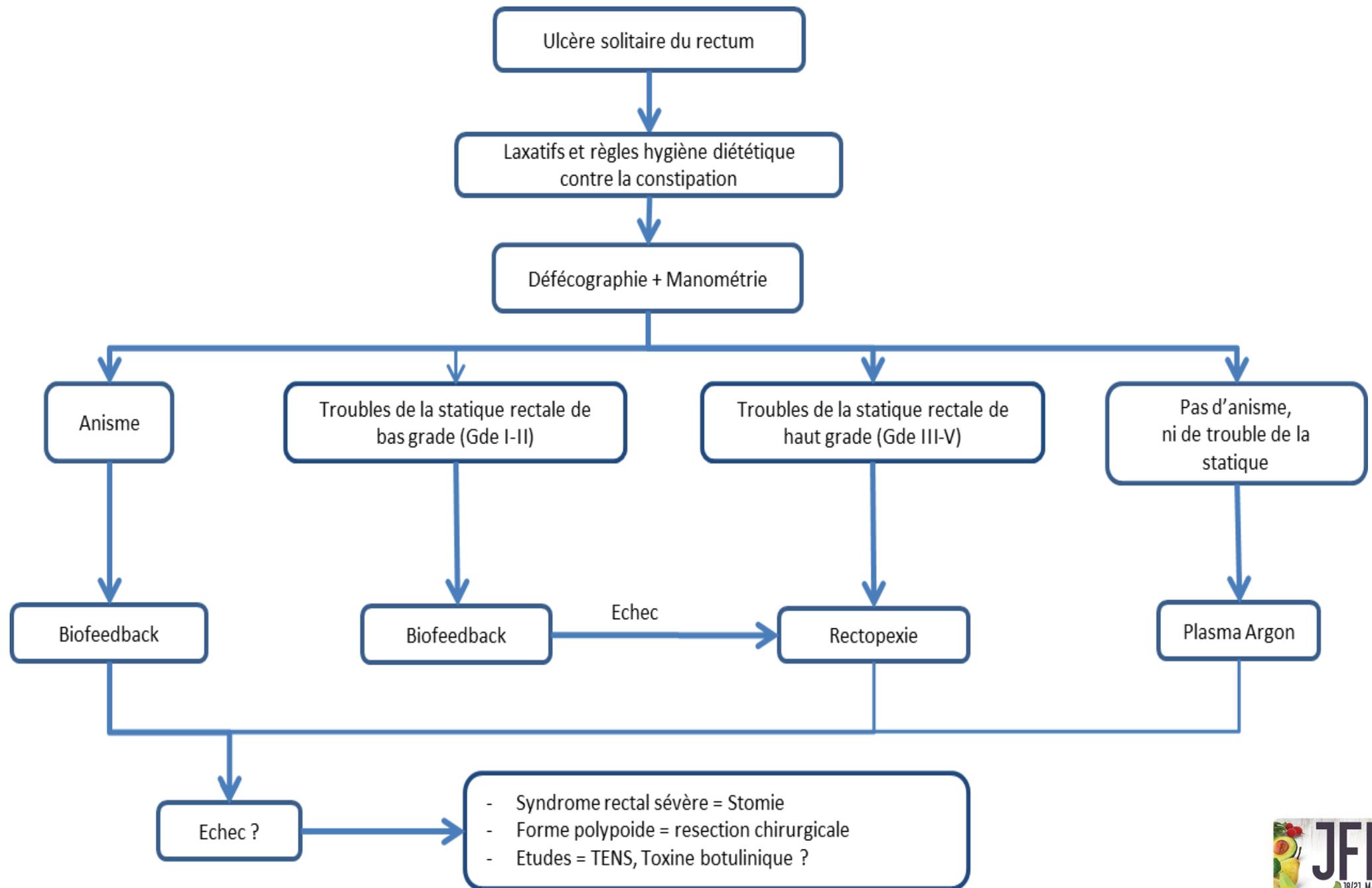
- Suivi au long cours au moins 1 fois / an
 - Examen clinique
 - Endoscopie si nouveaux symptômes
- Evolution chronique marquée par des phases de rechutes et une altération importante de la qualité de vie.
 - Soutien psychologique

Poor symptomatic relief and quality of life in patients treated for “solitary rectal ulcer syndrome without external rectal prolapse”

G. Meurette • L. Siproudhis • N. Regenet • E. Frampas •
M. Proux • P. A. Lehur

Int J Colorectal Dis (2008) 23:521–526





Points forts

- Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum peut avoir un impact très négatif sur la qualité de vie.
- Le symptôme le plus fréquent est la rectorragie, le diagnostic repose sur l'endoscopie et l'histologie
- La défécographie et la manométrie ano-rectale sont les examens de première intention pour orienter la prise en charge
- La prise en charge est multidisciplinaire et a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de vie