



# Rectocèle, entéroccèle et élytrocèle : diagnostic et prise en charge

Agnès SENEJOUX



**VIVALTO S**ANTE  
**Les Hôpitaux Privés  
Rennais**  
Saint-Grégoire

# LIENS D'INTERET

---

- Aucun

# OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

---

- Connaître les symptômes
- Savoir examiner
- Savoir prescrire les examens complémentaires
- Connaître les principes du traitement médical
- Connaître les indications du traitement chirurgical

# Définitions



Rectocèle: protrusion  
paroi rectale antérieure  
refoulant paroi vaginale  
postérieure

Elytrocèle: hernie du  
cul de sac de Douglas  
s'interposant dans la  
cloison recto-vaginale

Contenu variable:  
Péritonéocèle  
Entérocele  
Sigmoidocèle

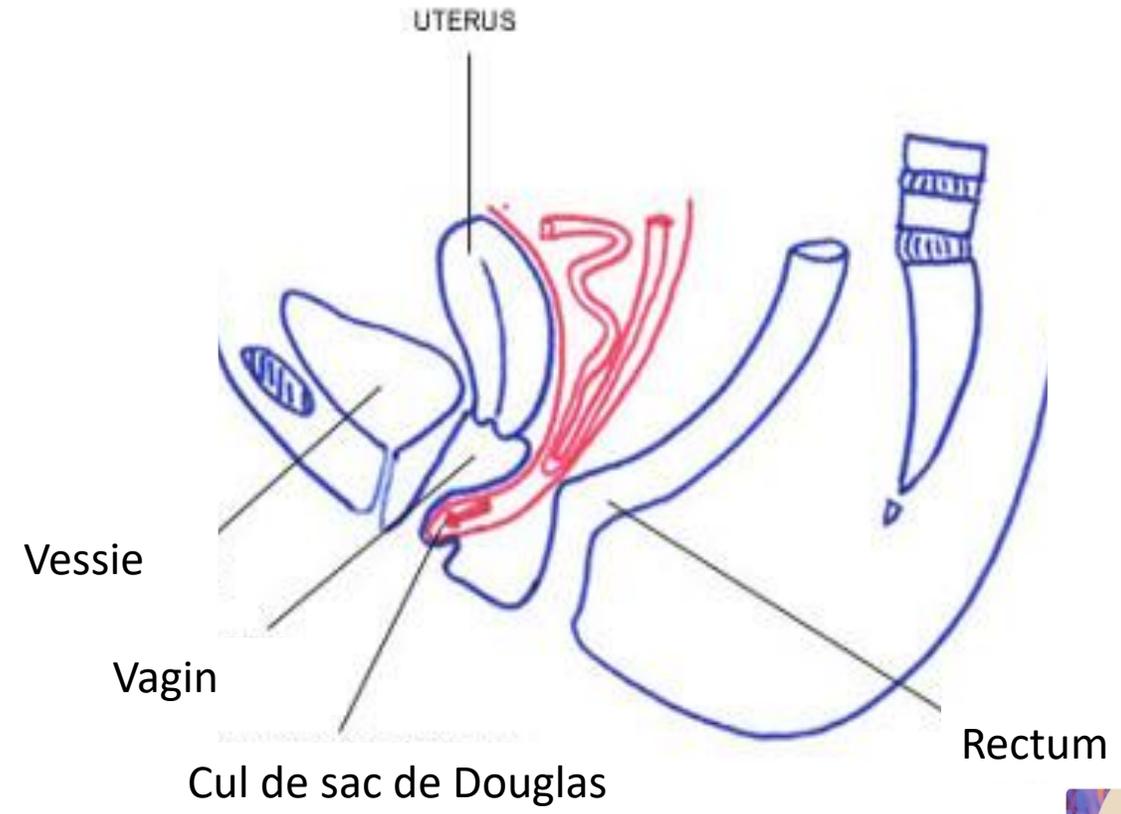
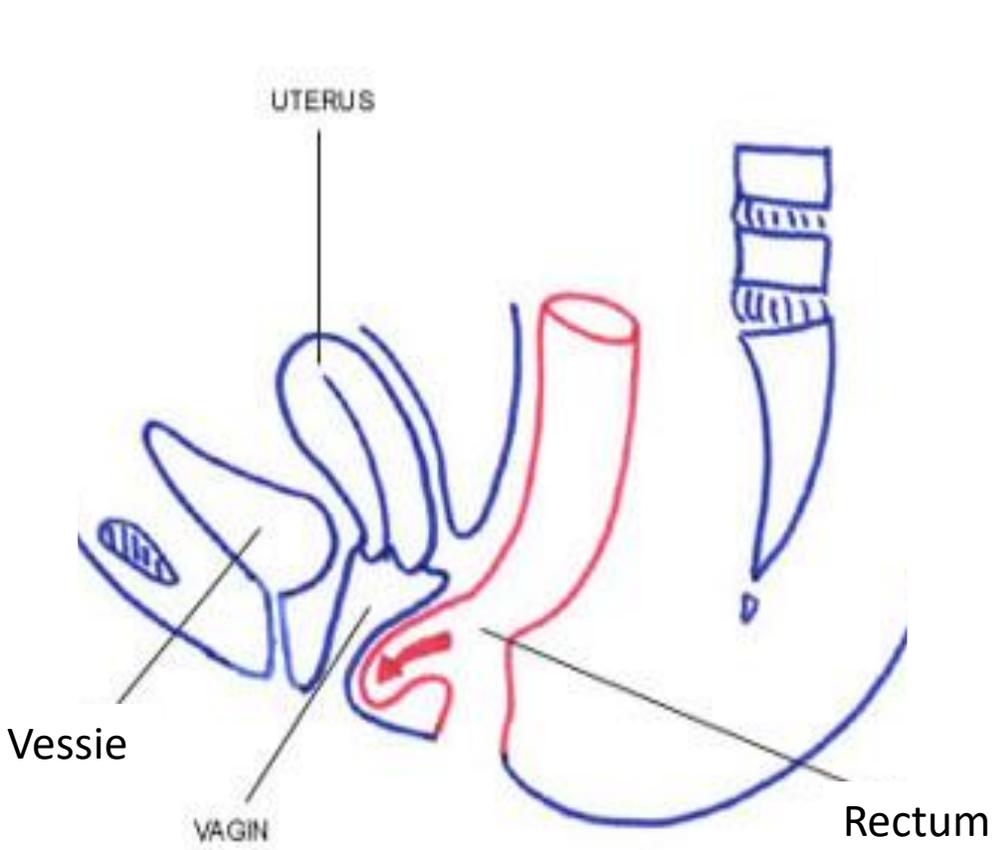
Colpocèle postérieure

# Un cadre plus large les TSP de la femme...



Une rectocèle

Une élytrocèle



# Epidémiologie

- Anomalies peu fréquentes chez la femme jeune et nullipare
- 2/3 des femmes ayant accouché ont des anomalies anatomiques de la statique pelvienne
  - Facteurs de risque: âge, parité, obésité, efforts de poussée excessifs, hystérectomie, hérédité
- Prévalence de la rectocèle chez la volontaire saine en défécographie : 81 à 93%
- Seuil de significativité admis de 2,5 cm
- Entéroçèle moins commune (10%)

Bump RC, Norton PA. Obstet Gynecol Clin North Am. 1 déc 1998;25(4):723-46  
Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Gut. 1 déc 1989;30(12):1737-49



# Quand évoquer? Des symptômes variés...

Tuméfaction  
vulvaire

Constipation  
terminale

Suintements  
fécaux  
passifs

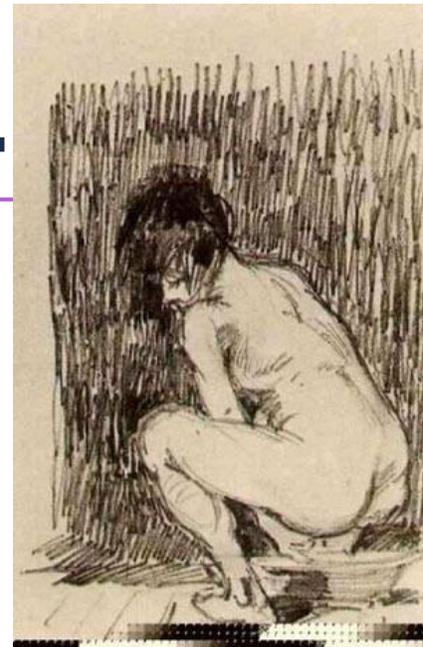
Douleurs  
Pesanteur

Dyspareunie

Dyschésie

Evacuation incomplète ou  
fragmentée

Manœuvres digitales  
endovaginales





## Examen clinique en pratique

- La position gynécologique est préférable
- Examen dynamique : au repos et en poussée
- Caractériser tous les éléments des troubles de la statique pelvienne (spéculum de Collin démonté)



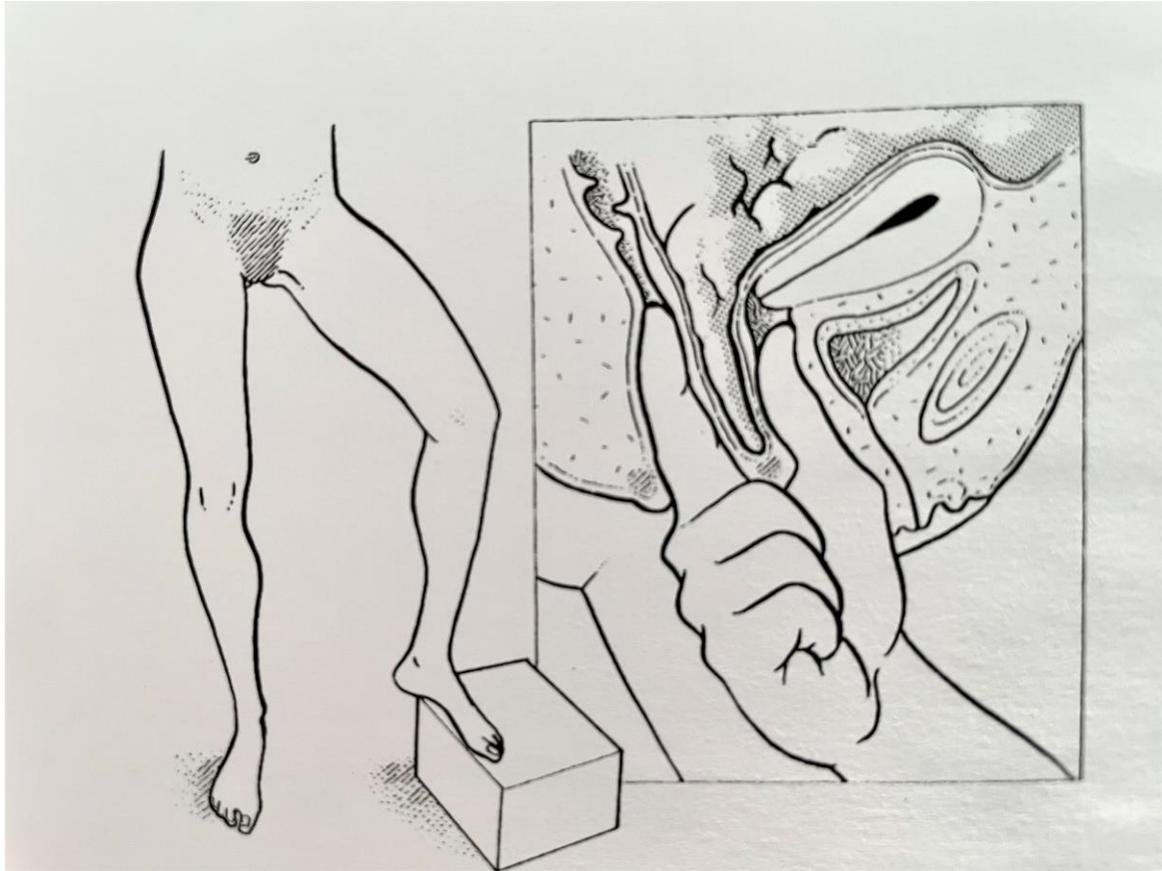
## Examen clinique en pratique

- Saillie de la paroi vaginale à la poussée
- Refouler paroi vaginale, démasquer incontinence urinaire (effet pelote)
- TR: vacuité rectale, asynchronisme
- Bonne corrélation avec l'imagerie pour la rectocèle

# Classification de Baden-Walker des prolapsus

---

Stade	Localisation du prolapsus
1	Intravaginal
2	Affleurant la vulve
3	Dépassant l'orifice vulvaire
4	Complètement extériorisé



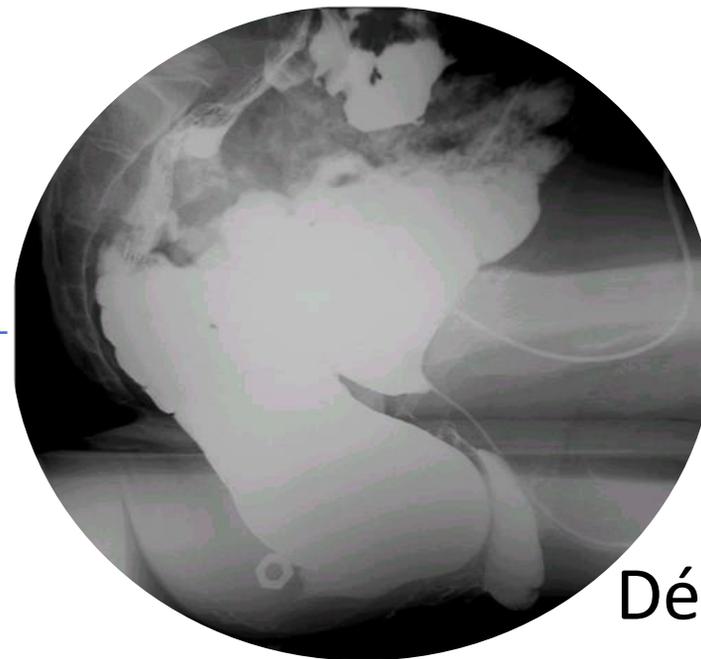
## Le diagnostic clinique d'enterocèle et d'élytrocèle est difficile

Est recherché par le toucher bidigital (sensation d'interposition entre les 2 doigts d'éléments mobiles, gargouillants)

Examen clinique souvent très insuffisant : 50 à 84 % des entérocéles méconnues par l'examen clinique.

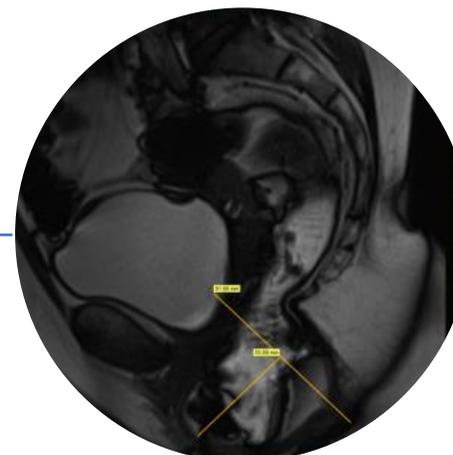
-

# Quand demander un bilan complémentaire?



Défécographie

MAR



IRM

Echographie



## Défécographie

Examen de référence  
Evaluation dynamique  
et morphologique de la  
fonction

Réalisée en position  
physiologique

Pâte barytée introduite  
dans le rectum  
Opacification du vagin et  
du grêle voire de la vessie  
(colpo-cysto-  
défécographie)

Capacité du rectum à se  
vider  
Aptitude du sphincter à se  
relâcher

Taille et vidange de la  
rectocèle

# IRM dynamique: alternative non irradiante

Etudie les différents  
compartiments  
pelviens

Non réalisée en  
position  
physiologique

Acceptabilité  
équivalente

Rectocèle

Sensibilité 90 vs 98%

Spécificité 90 vs 78%

Entérocele

Sensibilité 99 vs 91%

Spécificité 99 vs 96%

# Autres examens

Echographie  
transpérinéale/  
endovaginale

MAR  
Dyssynergie  
rectosphinctérienne

BUD

Echographie  
endoanale

TTC  
Coloscopie

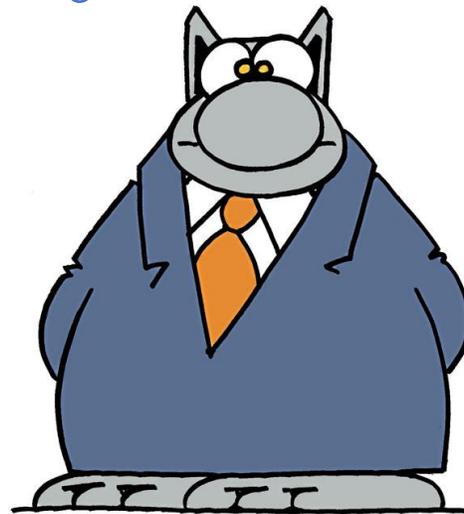
# Que choisir?

---

Selon la  
disponibilité  
dans les  
centres...

Défécographie?  
IRM?  
Echographie?

Selon  
l'expertise de  
l'opérateur  
local...



# Principes du traitement médical

- Traiter la constipation terminale
  - RHD
  - Ramollir les selles
  - Tabouret accroupisseur
  - Suppositoires et minilavements
  - Rééducation d'un assynchronisme
- Efficacité très limitée du pessaire



# Quand adresser au chirurgien?

---

Echec du  
traitement  
médical

lien de causalité entre  
symptômes et anomalies  
anatomiques observées  
non systématiquement  
corrélées



Manifestations  
gynécologiques  
dominantes

# Indications thérapeutiques

---

Rectocèle de grande  
taille

Nécessité de  
manœuvres digitales  
Évacuation incomplète  
en imagerie

Altération de la  
qualité de vie

Absence de facteur  
prédictif du résultat

Risque d'amélioration  
incomplète (1 femme  
sur 2 symptomatique  
à 1 an)

# Objectifs du traitement

---

Améliorer la fonction

Ne pas démasquer  
d'autres troubles

Ne pas engendrer des  
séquelles

Intérêt de RCP  
(atteinte  
multicompartementale)

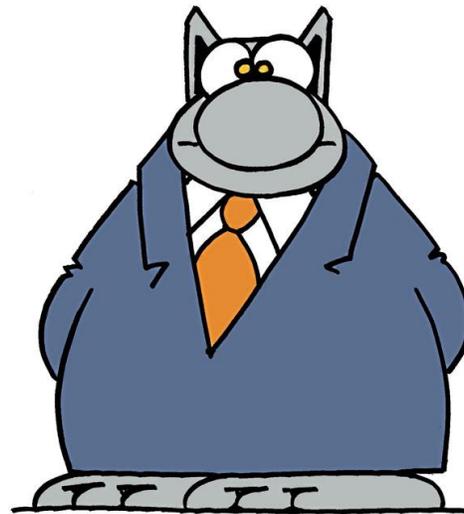
# De multiples techniques sont décrites

---

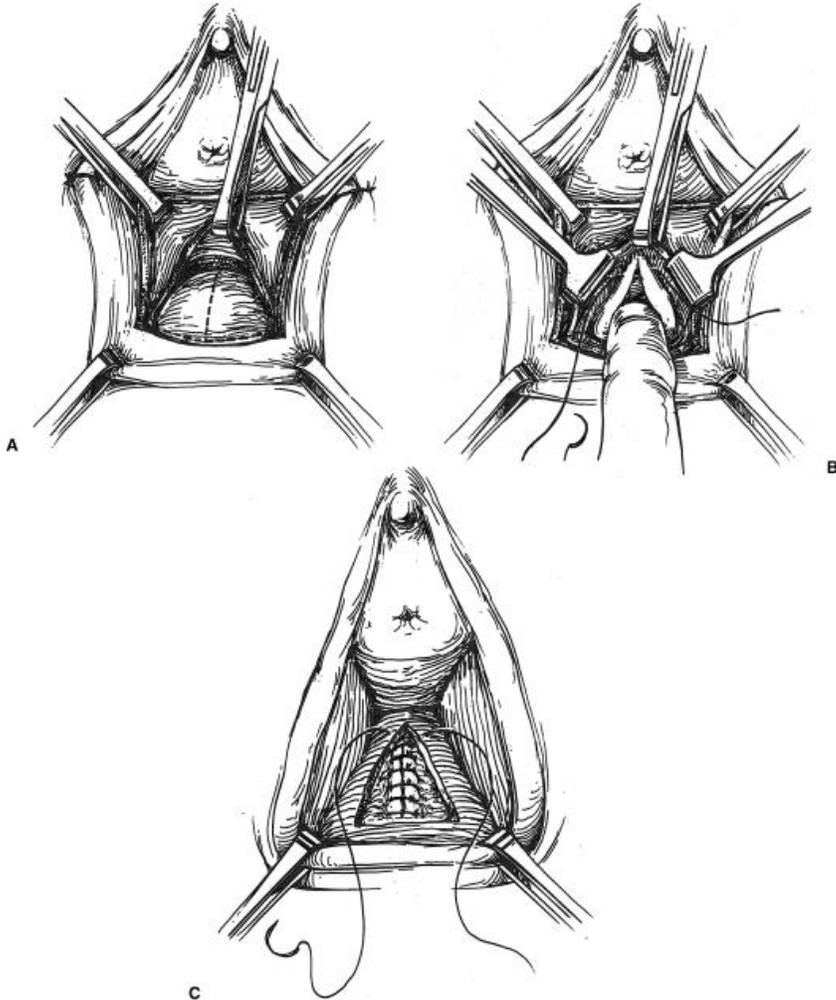
Voie vaginale  
ou  
transpérinéale

La voie d'abord privilégiée  
peut varier selon l'opérateur

Voie transanale  
ou abdominale



# Voie transvaginale



Myorrhaphie des releveurs à éviter chez la femme sexuellement active (risque de dyspareunie)

Interposition prothétique:

Suspension de l'utilisation des prothèses synthétiques

Prothèses biologiques sûres mais pas de gain d'efficacité

# Voie transpérinéale

---

Aborde la cloison  
rectovaginale  
entre l'anus et le  
vagin

Permet une  
réparation  
sphinctérienne  
associée

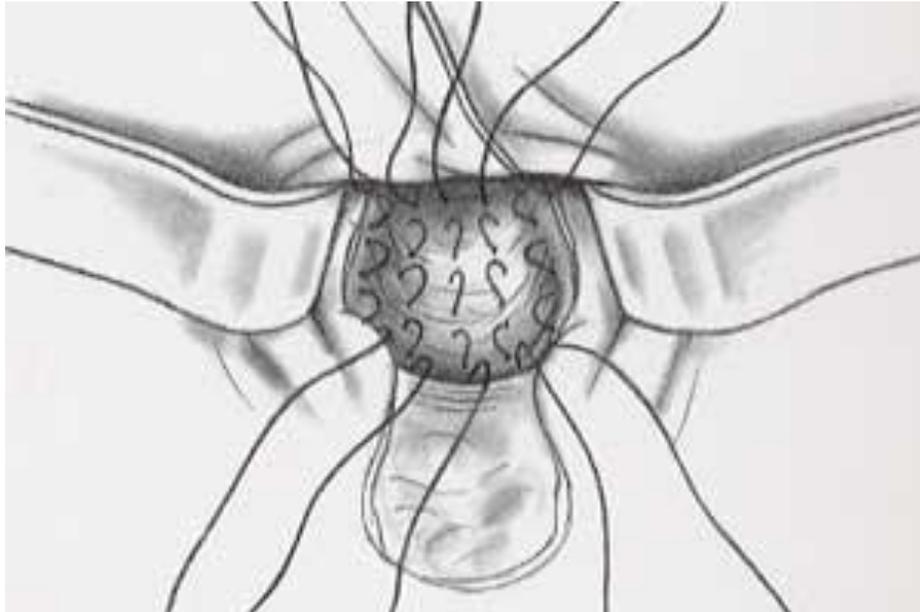
Limite le risque de  
dyspareunie????

Permet d'aborder  
le cul de sac de  
Douglas

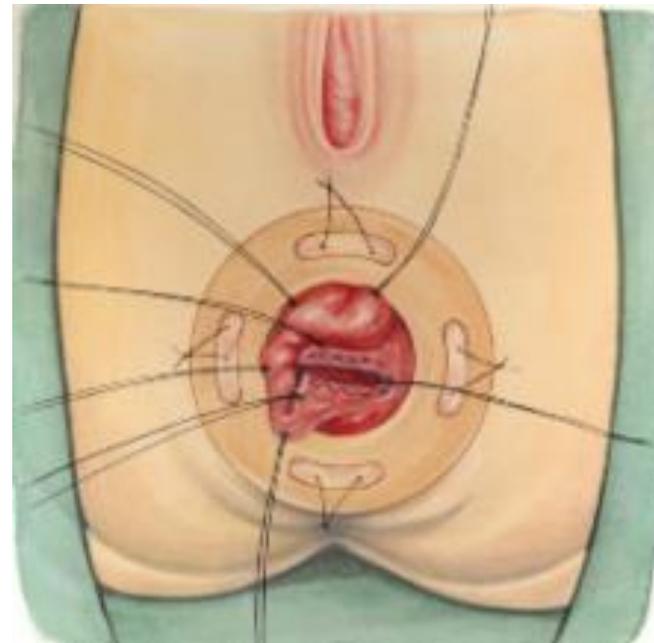
# Voie transanale

---

- Technique de Sullivan



- Technique de STARR (Stapled Transanal Rectal Resection)



# Voie transanale



36% dans le registre européen  
(n=2838)

20% d'urgences défécatoires

1,8% d'incontinence

5% de saignements

4,4% de sepsis

[Cochrane Database Syst Rev.](#) 2018; 2018(3): CD012975.

Published online 2018 Mar 5. doi: [10.1002/14651858.CD012975](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012975)

PMCID: PMC6494287

PMID: [29502352](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502352/)

Surgery for women with posterior compartment prolapse

Monitoring Editor: [Alex Mowat](#), [Declan Maher](#), [Kaven Baessler](#), [Corina Christmann-Schmid](#), [Nir Haya](#),

# Voie abdominale

- Rectopexie ventrale par abord coelioscopique



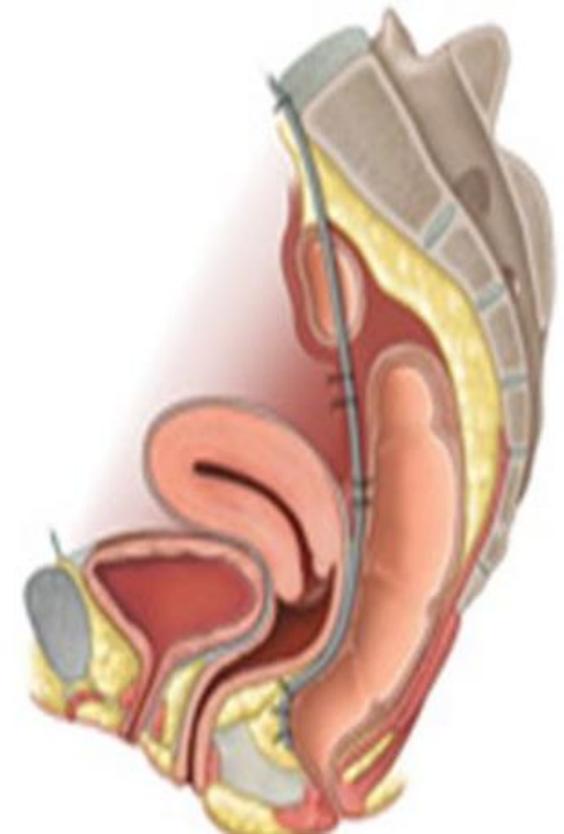
Promontofixation ventrale, prothèse synthétique non résorbable



Permet de traiter entéroccèle, élytroccèle et autres TSP



Efficacité à long terme excellente



Récidive 8,2%



Régression  
dyschésie 74%



Complications en  
rapport avec la  
bandelette 4,6%

## Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy

### An Observational Study of 919 Consecutive Patients

Consten, Esther C.J. MD, PhD<sup>\*</sup>; van Iersel, Jan J. MD<sup>\*</sup>; Verheijen, Paul M. MD, PhD<sup>\*</sup>; Broeders, A. M. J. MD, PhD<sup>\*,†</sup>; Wolthuis, Albert M. MD<sup>‡</sup>; D'Hoore, Andre MD, PhD<sup>‡</sup>

[Author Information](#) 

*Annals of Surgery* 262(5):p 742-748, November 2015. | DOI: 10.1097/SLA.0000000000001401



## L'intervention peut être réalisée par robot

- Gain en terme d'efficacité et de sécurité non démontré
- Durée d'hospitalisation moindre (-0,42 (IC 95% - 0,67-0,17)) \*
- Rapport coût/efficacité à préciser.

# Quelles indications?

Absence de recommandations

La rectopexie ventrale tend à s'imposer

Meilleure efficacité, bonne tolérance

La voie vaginale peut se discuter en cas de manifestations gynécologiques d'une rectocèle isolée

# POINTS FORTS

---

- L'existence d'une rectocèle de petite taille est physiologique chez la femme
- Les examens complémentaires sont habituellement inutiles lors de la prise en charge initiale.
- L'imagerie fait appel à la défécographie ou à l'IRM dynamique.
- La chirurgie est à discuter pour les rectocèles de grande taille, entraînant une dyschésie nécessitant des manœuvres digitales exonératrices, se vidangeant mal en imagerie ou pour celles responsables d'un prolapsus génital invalidant.
- La rectopexie ventrale sous coelioscopie a une excellente efficacité à long terme avec une morbidité faible