



# Pathologies anorectales et obésité

 **Charlène BROCHARD**

 Service des Explorations Fonctionnelles Digestives CHU Rennes Pontchaillou, 2 Rue Henri le Guilloux, 35000 RENNES (France)  
 [charlene.brochard@chu-rennes.fr](mailto:charlene.brochard@chu-rennes.fr)

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître l'impact de l'obésité sur la physiologie sphinctérienne et la statique pelvienne
- Connaître le risque de troubles de la statique avant et après chirurgie bariatrique
- Connaître le risque d'incontinence anale avant et après chirurgie bariatrique
- Connaître le risque de trouble de la défécation avant et après chirurgie bariatrique

## LIENS D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation

## MOTS-CLÉS

Incontinence anale ; Chirurgie bariatrique ; Obésité

## ABRÉVIATIONS

IMC : Indice de Masse Corporelle  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 OR : Odd Ratio  
 OFEO : Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité

## Épidémiologie de l'obésité dans le monde et en France

### Définition de l'obésité

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité est une maladie chronique définie par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui présente un risque pour la santé. Pour diagnostiquer l'obésité, l'indicateur communément utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), reposant sur le poids et la taille de la personne. Chez l'adulte, un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> définit le surpoids ; un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> définit l'obésité ; un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> définit l'obésité de type II et un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> définit l'obésité de type III. Même si cet indicateur a des limites, il est simple et est celui utilisé dans les études qui seront mentionnées dans nos propos. Dans ce travail, nous ne traiterons pas des troubles anorectaux en lien avec l'obésité de l'enfant.

### Épidémiologie de l'obésité dans le monde

En 2022, 2,5 milliards d'adultes étaient en surpoids dont 890 millions d'obèses (OMS). En termes de pourcentages,

43 % des adultes étaient alors en surpoids et 16 % des adultes étaient obèses dans le monde. Entre 1990 et 2022 (1), la prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial chez les adultes et a quadruplé chez les enfants-adolescents (5-18 ans). La Chine, l'Inde et les États-Unis sont les 3 pays ayant les taux d'adultes en surpoids ou obèses les plus élevés. Selon une étude récente (2), ces taux pourraient continuer d'augmenter en Asie mais également en Afrique (Nigeria notamment). Selon le *World Obesity Atlas 2024*, le nombre d'adultes obèses pourrait atteindre 1,53 milliard en 2035. L'obésité est ainsi devenue la forme de malnutrition la plus fréquente dans la majorité des pays.

### Épidémiologie de l'obésité en France

Selon l'étude épidémiologique OFEO (Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité), en 2024, 26,5 millions de personnes étaient en surpoids (48,8 %) dont 9,8 millions d'obèses (18,1 %). La prévalence de l'obésité en France n'a cessé d'augmenter ; elle est passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012 et 17 % en 2020. Les régions Hauts-de-France, Centre-Val-de-Loire et Normandie sont les régions où les prévalences de l'obésité sont les plus élevées (respectivement 22,2 % ; 21,6 % et 20,2 %). Chez les plus de 65 ans, la prévalence de l'obésité est de 16,9 %.

## Facteurs associés à l'obésité

L'obésité est une maladie chronique multifactorielle, influencée par des facteurs génétiques, comportementaux, culturels, sociaux et économiques. On peut distinguer 3 types de mécanismes permettant d'expliquer l'obésité : des facteurs médicaux, le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques et des facteurs socio-environnementaux. Les facteurs médicaux comprennent les maladies et prédispositions génétiques, les dysfonctionnements endocriniens, les modifications hormonales, les troubles du sommeil, les médicaments, le stress, les troubles anxieux et les troubles de la sensibilité (hypersensibles, émotifs...). Le déséquilibre entre des apports caloriques excessifs (alimentation trop riche en quantité et en calories, grasse, sucrée, pauvre en fibres, prise d'alcool...) et des dépenses énergétiques insuffisantes (inactivité physique, sédentarité, déplacement en voiture...) contribue également à la survenue de l'obésité. Enfin, les facteurs socio-environnementaux sont souvent associés aux autres mécanismes : aliments ultra-transformés, facilement accessibles aux personnes à revenu faible ou intermédiaire, travail de bureau, loisirs passifs (écrans, jeux vidéos...), urbanisation avec réduction des espaces verts, motorisation, transition nutritionnelle des populations immigrées. Selon l'étude OFEO, la prévalence de l'obésité atteint 24,7 % des personnes ayant des difficultés économiques dans leur foyer.

*L'obésité est un enjeu de santé publique. La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter dans le monde et en France.*

## Incontinence anale et obésité

### Risque d'incontinence anale chez les patients obèses

L'incontinence anale est définie par la perte involontaire de gaz ou de selles solides ou liquides. Elle peut être active, passive ou mixte. Dans les études ayant évalué la prévalence de l'incontinence anale chez les patients obèses, les définitions de l'incontinence sont diverses (déclaration du patient, utilisation de questionnaires, utilisation de scores) et le type d'incontinence anale n'est souvent pas précisé. Les études disponibles pour préciser la prévalence de l'incontinence anale chez les patients obèses sont le plus souvent réalisées sur des cohortes de patients obèses consultant pour réduction pondérale ou pour une chirurgie bariatrique (3). Dans ces cohortes, **la prévalence de l'incontinence anale varie entre 16 et 68 %** (3,4). Dans une population de patientes (âge moyen= 39,8 ans) ayant une obésité morbide, la prévalence de l'incontinence anale était de 32 % : 45,6 % pour l'incontinence aux gaz isolée, 21,1 % pour l'incontinence aux selles liquides isolée et 8,8 % aux selles solides isolée (5). Selon une autre étude, le risque d'incontinence anale augmenterait avec l'IMC (toutes les 5 unités d'IMC) (6). Une

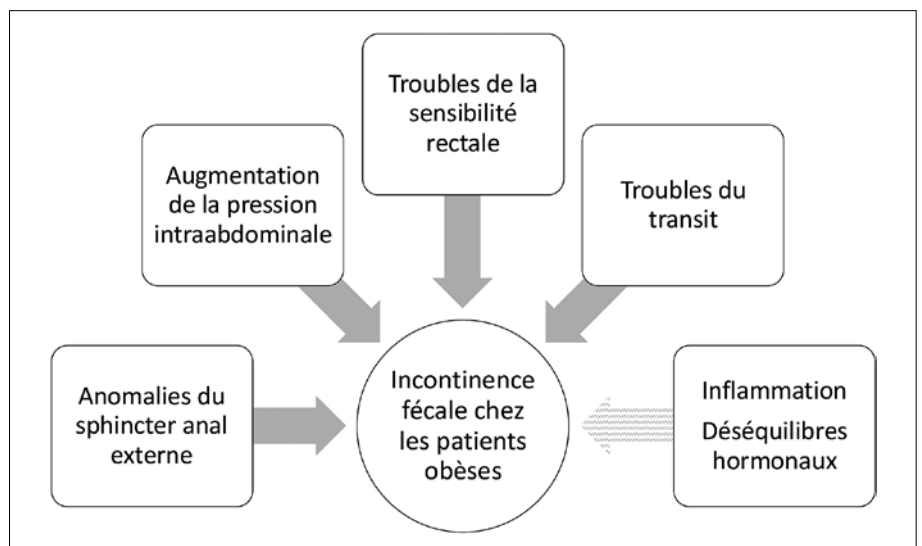
étude récente (7) montre que la distribution de l'adiposité, en utilisant le rapport circonférence abdominale/taille, est un marqueur associé à l'incontinence anale de façon plus forte que l'IMC. Dans une étude française (8), la prévalence de l'incontinence anale était évaluée à 16,4 % dans une population de patients obèses avant chirurgie bariatrique. Dans une cohorte de patients ayant une incontinence anale et/ou des troubles anorectaux autres, la prévalence de patients ayant une obésité de classe II ou III étaient significativement plus élevée (31,7 % vs. 13,2 %,  $p= 0,0024$ ) que chez les patients non obèses ou ayant un IMC inférieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> (8). Enfin, dans une large cohorte de patients ayant une incontinence anale et/ou des symptômes de constipation (10), **les patients obèses avaient un risque significativement plus élevé d'incontinence anale aux selles liquides** (69,9 vs. 47,8 %, odds ratio [OR] 1,96), **d'impériosités** (74,6 vs. 60,7 %, OR 1,54) **et d'incontinence anale active** (63,4 vs. 47,3 %, OR 1,68) **que les patients non obèses.**

*La prévalence de l'incontinence anale chez les patients obèses est plus élevée que chez les patients non obèses. Chez les patients obèses et incontinents, l'incontinence anale est plus souvent de type active et aux selles liquides.*

### Physiopathologie (figure 1)

La physiopathologie de l'incontinence anale chez les patients obèses est très probablement **multifactorielle**. Il a été montré que la pression intra-abdominale est plus élevée chez les patients incontinents et obèses que chez les patients incontinents et non obèses (11). **L'augmentation de la pression intra-abdominale** liée à l'obésité abdominale exerce une contrainte sur le plancher pelvien ainsi que sur les muscles impliqués dans la continence anale. Cette hypothèse est également soutenue par le fait que l'adiposité abdominale (rapport circonférence abdominale/taille) est fortement associée à l'incontinence anale chez les patients obèses (7). Il est intuitif de penser que l'augmentation de pression abdominale puisse **impacter les fonctions sphinctériennes**. Des données sont en faveur d'une atteinte du **sphincter anal externe** ; l'amplitude de la contraction anale est plus faible chez les patients obèses (12) que chez les non-obèses. **L'atteinte du sphincter anal interne, repré-**

Figure 1 : Figures pathologies anorectales et obésité



**senté par les pressions anales de repos en manométrie anorectale, est moins certaine.** Les études ayant évalué les compétences sphinctériennes chez les patients incontinents obèses ont plus souvent montré que les pressions anales de repos étaient comparables (12) ou plus élevées que chez les patients incontinents non obèses (10,11,13).

Par ailleurs, l'augmentation de pression permanente appliquée sur le plancher pelvien peut être responsable d'un effet de glissement des muscles et ligaments du plancher pelvien et entraîner un trouble de la statique pelvienne. L'existence d'un trouble de la statique pelvienne associé (prolapsus) pourrait également participer aux troubles de la continence.

Des **troubles de la sensibilité rectale** sont décrits chez les patients incontinents obèses et rapportés comme associés de façon significative à l'obésité. Il est rapporté une augmentation du seuil de première sensation (9) et une augmentation du volume rectal maximal tolérable (11).

Par ailleurs, des **troubles du transit** (diarrhée, selles liquides) sont également décrits chez les patients incontinents obèses et rapportés comme associés de façon significative à l'obésité (11).

D'autres hypothèses physiopathologiques pour expliquer l'incontinence anale chez les patients obèses sont proposées. Il est effectivement décrit, en cas d'obésité, une **inflammation systémique** et locale de bas grade pouvant entraîner des atteintes musculaires et nerveuses du plancher pelvien les rendant plus fragile pour maintenir une continence (14). Des hypothèses **hormonales** sont également avancées. La leptine, hormone produite par le tissu graisseux est à un taux élevé et pourrait altérer la fonction du système nerveux autonome. Des niveaux élevés d'œstrogène et de progestérone peuvent également interférer avec la tonicité des muscles pelviens et affecter la contraction du sphincter anal. Le lien entre ces anomalies et l'incontinence anale en cas d'obésité reste encore à préciser.

*La physiopathologie de l'incontinence anale chez les patients obèses est multifactorielle. Les facteurs associés à l'incontinence anale chez les patients obèses sont : l'augmentation de la pression intraabdominale, l'insuffisance sphinctérienne anale, les troubles de la sensibilité rectale et les troubles du transit.*

### Évolution de la continence anale après chirurgie bariatrique

Il est bien établi que la chirurgie bariatrique permet d'améliorer l'incontinence urinaire (15). L'effet de la chirurgie bariatrique sur l'incontinence anale est plus difficile à préciser. **Certaines études suggèrent une amélioration de l'incontinence anale après chirurgie bariatrique.** Dans une étude prospective (16) ayant évalué la prévalence de l'incontinence anale chez 101 femmes, avant et après chirurgie bariatrique de type bypass gastrique en Y, il est rapporté une amélioration significative de l'incontinence anale (symptôme rapporté par le patient) de 19,4 % en préopératoire à 9,1 % à 6 mois, puis 8,6 % à 12 mois. Dans une méta-analyse récente (17), l'amélioration de l'incontinence anale après bypass gastrique n'était pas significative dans la population globale de plus de 1 000 patients tous sexes confondus. **D'autres études ne montrent pas d'amélioration significative** de l'incontinence anale après sleeve gastrectomie ou bypass (15,18,19). Une

étude a montré que l'existence de troubles du transit à type de diarrhée en post opératoire augmentait par 4 le risque de trouble de la continence anale après chirurgie bariatrique (20).

Il est rapporté des **modifications des fonctions anales après chirurgie bariatrique**, notamment une diminution des pressions anales de repos et une diminution de l'amplitude de la contraction anale (18).

**Certains facteurs semblent impacter le devenir** de la continence anale après chirurgie bariatrique. **La chirurgie de type bypass** est plus souvent associée à une amélioration de l'incontinence anale, par rapport à la sleeve gastrectomie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la perte de poids est souvent plus importante. **Le sexe féminin** est associé également à une amélioration des troubles après chirurgies, sous réserve des antécédents obstétricaux. **La consistance des selles** (20) est également un facteur associé à l'évolution de la continence anale ; l'existence de diarrhée étant un facteur de risque d'incontinence anale.

*L'impact de la chirurgie bariatrique sur l'incontinence anale est controversé. L'amélioration de la continence anale est probablement plus fréquente après une chirurgie de type bypass, chez la femme et en l'absence de troubles du transit. Des études longitudinales, sur des périodes de suivi plus longues pourraient être utiles.*

## Constipation et obésité

### Risque de constipation chez les patients obèses

Selon l'OMS, la constipation est définie par l'émission de moins de 3 selles par semaine. Selon les critères de Rome IV (21), la constipation chronique est définie par l'association de deux ou plus des symptômes suivants, sur une durée de trois mois, apparus lors des 6 derniers mois :

- (i) Moins de 3 évacuations spontanées par semaine ; dans 25 % des défécations ou plus : efforts de poussée, et/ou selles dures ou fragmentées (Bristol 1 ou 2), et/ou sensation d'évacuation incomplète, et/ou sensation de blocage ano-rectal, et/ou nécessité de manœuvres digitales pour aider à l'exonération ;
- (ii) la présence de selles molles rares sans l'usage de laxatifs ;
- (iii) le manque de critères diagnostiques pour le syndrome de l'intestin irritable.

L'échelle de Bristol (22), permettant d'évaluer la consistance des selles et étant corrélée au temps de transit, peut également être utilisée. Dans les études ayant évalué la prévalence de la constipation chez les patients obèses, les définitions de la constipation sont souvent diverses (déclaration du patient, utilisation de l'échelle de Bristol, utilisation de la classification de Rome III) et le type de la constipation (transit, évacuation ou mixte) n'est pas précisé. Dans une étude iranienne de 386 patients (23) ayant une constipation définie selon les critères de Rome III, 229 patients (59,3 %) étaient en surpoids dont 73 (18,9 %), étaient obèses. Cette étude rapporte également une association entre la constipation, l'IMC, le sexe féminin et un faible niveau socioéconomique. Dans une popu-

lation de patients brésiliens (24) ayant une obésité de type II ou III, la prévalence de la constipation, définie selon Rome III, était de 24,7 %. Les autres facteurs associés à la constipation dans cette population étaient l'âge jeune, le tabac, la polymédication. Il n'était pas retrouvé d'association significative avec l'alimentation même si une tendance était observée avec la non-consommation de graines entières. Il n'existe pas d'étude française ayant évalué la prévalence de la constipation chez les patients obèses. L'étude comparative, américaine, de Delgado *et al.* (25) met en évidence une prévalence de la constipation plus élevée chez les obèses que chez les non obèses mais, après ajustement avec les facteurs confondants, le lien de causalité entre obésité et constipation n'est pas établi significativement. Une méta-analyse (26) a des conclusions comparables.

*La prévalence de la constipation chez les patients obèses est élevée, avec des différences selon les pays. Le lien de causalité entre obésité et constipation n'est pas certain.*

### Constipation, obésité et facteurs confondants

Selon la définition de la constipation (consistance ou fréquence des selles), les facteurs associés à la constipation et l'obésité peuvent être différents (27). Selon Hong *et al.*, en cas d'obésité, **la polymédication** est un facteur de risque associé à la constipation dans les 2 définitions, ce qui est concordant avec d'autres travaux (24). **Le sexe féminin, la faible consommation de fibres, un faible niveau d'éducation, l'existence d'un syndrome dépressif** peuvent être associés à la constipation en cas d'obésité. Si on s'intéresse aux indicateurs d'obésité (28), une étude récente montre que le risque de constipation augmenterait en cas d'IMC > 28 kg/m<sup>2</sup>, de rapport taille/stature ou de « Lipid accumulation product (LAP) » élevés. Même si ces conclusions ne sont pas confirmées dans une étude plus récente (29), il peut être suggéré que la distribution de la graisse corporelle pourrait influencer le transit.

*Le lien de causalité entre obésité et constipation n'est pas certain car de nombreux facteurs liés à l'obésité peuvent influencer le transit : la polymédication, l'alimentation, le niveau d'éducation, la distribution de la graisse corporelle.*

### Évolution de la constipation après chirurgie bariatrique

**Certaines études rapportent une aggravation de la constipation après chirurgie bariatrique** (30–32). L'aggravation de la constipation est décrite à 2 semaines (32), et à 6–12 mois (30,31). Dans l'étude d'Afsahr *et al.* (30), il est décrit à 6 mois, une diminution de la fréquence des selles et une modification de la consistance des selles. Dans l'étude de Rossoni (31), les patients sont suivis pendant 5 ans et la constipation est plus importante sur la période d'évaluation de 6–12 mois et de 1–5 ans par rapport à la période de 1–6 mois. D'autres études ne mettent pas en évidence de modification de transit après chirurgie bariatrique après 2 et 3 ans de suivi (32,33). Ces études utilisent une échelle quantitative globale sur les fonctions digestives et l'évaluation de la constipation n'est pas détaillée. L'impact du type de chirurgie bariatrique sur l'évolution de la constipation n'est pas étudié dans de grandes cohortes.

*Une aggravation de la constipation est possible après chirurgie bariatrique. Le caractère transitoire de l'aggravation de la constipation reste à préciser.*

---

## Troubles de la statique rectale et obésité

---

### Risque de troubles de la statique rectale chez les patients obèses

Les troubles de la statique rectale comprennent la rectocèle, le prolapsus rectal interne et le prolapsus rectal extériorisé. **La rectocèle** est une hernie formée dans le rectum par le vagin. Elle peut être symptomatique et se manifester par une procidence vaginale, une constipation d'évacuation (sensation d'évacuation incomplète, manœuvres endovaginales, utilisation de laxatifs locaux) ou une pesanteur pelvienne. Le diagnostic de la rectocèle est clinique et est réalisé lors d'un examen pelvien statique et dynamique bien conduit. La défécographie ou la déféco-IRM permettent de préciser la taille de la rectocèle et son retentissement sur la vidange rectale. Les études ayant évalué la prévalence des troubles de la statique rectale ont souvent des limites. D'une part, la prévalence de la rectocèle chez les patients obèses est variable selon les études, notamment de par la définition utilisée (clinique, imagerie...). D'autre part, l'association entre les symptômes des patients et les anomalies anatomiques observées n'est pas toujours établie, ce qui est pourtant essentiel dans la prise en charge des rectocèles (34). Enfin, certaines études ne distinguent les troubles de la statique pelvienne ni en fonction de l'étage (antérieur, moyen, postérieur) ni en fonction du type d'organe impliqué (35). Dans une large cohorte de patients ayant des troubles anorectaux (10), la prévalence de la rectocèle (évaluation clinique) était significativement plus élevée chez les obèses (34,4 %) que chez les non obèses (20,6 %) (OR 2.62 [1.51–4.55]). Dans une cohorte italienne de patients obèses (36), la prévalence de la rectocèle était élevée (34/46 ; 73,9 %) mais l'examen clinique était réalisé chez moins de la moitié de la cohorte (46/100), ce qui constitue un biais important. Dans une étude longitudinale évaluant la survenue de troubles de la statique pelvienne en fonction de l'évolution du poids, il est rapporté un risque augmenté de rectocèle de 37 % chez les patientes en surpoids et de 58 % chez les patientes obèses (37).

**Le prolapsus rectal** est l'invagination endoluminale d'une partie ou de toute la paroi du rectum par l'anus. Lorsque le front d'invagination ne s'extériorise pas, on parle de prolapsus rectal interne ou de procidence rectale interne. En cas d'extériorisation, le terme utilisé est celui de prolapsus rectal complet extériorisé. Il se manifeste par des symptômes variés et peu spécifiques : difficultés d'évacuation avec sensation d'évacuation incomplète, syndrome rectal, faux besoins, incontinence fécale. Son diagnostic est clinique, lors d'un examen statique et dynamique, mimant l'effort de poussée défécatoire. La défécographie ou la déféco-IRM permet de préciser le degré d'invagination, le caractère circonferentiel en cas de prolapsus rectal interne et son retentissement sur la vidange rectale. Il n'existe pas d'étude s'étant intéressée à la prévalence du prolapsus rectal chez les patients obèses. La cohorte italienne rapporte une prévalence d'intussusception

rectale (prolapsus rectal interne) de 50 % (23/46 patients) avec une surestimation très probable.

*La prévalence des troubles de la statique rectale chez les patients obèses est peu documentée. La rectocèle n'est pas rare chez les patientes obèses.*

## Évolution des troubles de la statique rectale après chirurgie bariatrique

### Les données sur l'évolution des troubles de la statique rectale après chirurgie bariatrique sont peu nombreuses.

Les études portent le plus souvent sur l'évolution des troubles de la statique pelvienne, ce qui comprend les troubles de la statique antérieur, moyen et postérieur. L'évaluation repose souvent sur des scores symptomatiques évaluant l'ensemble des troubles de la statique et ne sont pas spécifiques de la sphère rectale. Une étude française (19) ne rapporte pas d'amélioration des symptômes en lien avec des troubles de la statique pelvienne après chirurgie bariatrique. D'autres études (36,38) et la méta-analyse de Zhao (39) montre **une amélioration des symptômes en lien avec un trouble de la statique pelvienne après chirurgie bariatrique**, à partir de l'évaluation de scores symptomatiques globaux, à court terme (3-6 mois) et à 12 mois. Une diminution moyenne de 10 kg/m<sup>2</sup> d'IMC permet d'améliorer significativement les symptômes avec une amélioration significative de la qualité de vie (36). L'étude italienne (36) rapporte une amélioration des symptômes chez 74 % des patientes mais les données de l'examen clinique dédié à la statique rectale (chez 20 % de la population) rapportent un taux identique de troubles de la statique rectale (rectocèle, procidence rectale interne) avant et après chirurgie bariatrique. L'impact du type de chirurgie bariatrique ne semble pas intervenir sur ces données (19,39).

*Une amélioration des symptômes en lien avec les troubles de la statique pelvienne est attendue après chirurgie bariatrique. L'amélioration des symptômes liés aux troubles de la statique rectale est à préciser. La correction anatomique du trouble n'est pas documentée.*

## Conclusions

L'incontinence anale est fortement associée à l'obésité et ses mécanismes physiopathologiques sont multifactoriels. La constipation et la rectocèle sont fréquents chez les patients obèses mais le lien de causalité reste à préciser. La chirurgie bariatrique ne permet pas de corriger les symptômes anorectaux préexistants.

## Références

- GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 8 mars 2025;405(10481):813-38.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 16 mars 2024;403(10431):1027-50.
- Poylin V, Serrot FJ, Madoff RD, Ikramuddin S, Mellgren A, Lowry AC, *et al*. Obesity and bariatric surgery: a systematic review of associations with defecatory dysfunction. *Colorectal Dis*. juin 2011;13(6):e92-103.
- Altman D, Falconer C, Rossner S, Melin I. The risk of anal incontinence in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. nov 2007;18(11):1283-9.
- Richter HE, Burgio KL, Clements RH, Goode PS, Redden DT, Varner RE. Urinary and anal incontinence in morbidly obese women considering weight loss surgery. *Obstet Gynecol*. déc 2005;106(6):1272-7.
- Erekson EA, Sung VW, Myers DL. Effect of body mass index on the risk of anal incontinence and defecatory dysfunction in women. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2008;198(5):596.e1-4.
- Hiramoto B, Flanagan R, Muftah M, Shah ED, Chan WW. Centrally Distributed Adiposity as a Modifiable Risk Factor for Fecal Incontinence: United States Population-based Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. sept 2024;22(9):1908-1916.e1.
- Postillon A, Buisset C, Parvanescu A, Bihain F, Quilliot D, Brunaud L. Anal incontinence incidence is high in patients with obesity prior to bariatric surgery: Prevalence, risks-factors. *Prog Urol*. mars 2023;33(4):207-16.
- Lodhia NA, Hiramoto B, Horton L, Goldin AH, Chan WW. Obesity Is Independently Associated With Increased Risk of Fecal Incontinence and Altered Rectal Sensitivity. *Am J Gastroenterol*. 1 oct 2025;120(10):2373-81.
- Chaichanavichkij P, Vollebregt PF, Keshishian K, Knowles CH, Scott SM. The Clinical Impact of Obesity in Patients With Disorders of Defecation: A Cross-Sectional Study of 1,155 Patients. *Am J Gastroenterol*. 1 déc 2023;118(12):2247-57.
- Brochard C, Vénara A, Bodère A, Ropert A, Bouguen G, Siproudhis L. Pathophysiology of fecal incontinence in obese patients: A prospective case-matched study of 201 patients. *Neurogastroenterol Motil*. août 2017;29(8).
- Neto IJFC, Pinto RA, Jorge JMN, Santo MA, Bustamante-Lopez LA, Ceconello I, *et al*. Are Obese Patients at an Increased Risk of Pelvic Floor Dysfunction Compared to Non-obese Patients? *Obes Surg*. juill 2017;27(7):1822-7.
- Ellington DR, Polin MR, Szychowski JM, Deng L, Richter HE. The effect of obesity on fecal incontinence symptom distress, quality of life, and diagnostic testing measures in women. *Int Urogynecol J*. oct 2013;24(10):1733-8.
- Pellegrinelli V, Rouault C, Rodriguez-Cuenca S, Albert V, EDOM-Vovard F, Vidal-Puig A, *et al*. Human Adipocytes Induce Inflammation and Atrophy in Muscle Cells During Obesity. *Diabetes*. sept 2015;64(9):3121-34.
- Ait Said K, Leroux Y, Menahem B, Doerfler A, Alves A, Tillou X. Effect of bariatric surgery on urinary and fecal incontinence: prospective analysis with 1-year follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. févr 2017;13(2):305-12.
- Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol*. nov 2007;110(5):1034-40.
- Mohamed F, Jeram M, Coomarasamy C, Lauti M, Wilson D, McCormick AD. Does Bariatric Surgery Improve Faecal Incontinence? A Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. juill 2021;31(7):2942-53.
- Pelletier AL, Boukris A, Karunakaran S, Dib F, Laouénan C, Hansel B, *et al*. A prospective study of anal symptoms and continence among obese patients before and after bariatric surgery. *Tech Coloproctol*. déc 2020;24(12):1263-9.
- Mazoyer C, Treacy P, Turchi L, Lehur PA, Benizri E, Iannelli A. Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass Versus Sleeve Gastrectomy on Pelvic Floor Disorders in Morbidly Obese Women: a Prospective Monocentric Pilot Study. *Obes Surg*. févr 2019;29(2):609-16.
- Roberson EN, Gould JC, Wald A. Urinary and fecal incontinence after bariatric surgery. *Dig Dis Sci*. sept 2010;55(9):2606-13.

21. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.* 30 avr 2017;23(2):151-63.
22. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* sept 1997;32(9):920-4.
23. Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, *et al.* Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran. *J Gastrointestin Liver Dis.* juin 2009;18(2):151-5.
24. Silveira EA, Santos ASEA de C, Ribeiro JN, Noll M, Dos Santos Rodrigues AP, de Oliveira C. Prevalence of constipation in adults with obesity class II and III and associated factors. *BMC Gastroenterol.* 12 mai 2021;21(1):217.
25. Delgado-Aros S, Locke GR, Camilleri M, Talley NJ, Fett S, Zinsmeister AR, *et al.* Obesity is associated with increased risk of gastrointestinal symptoms: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* sept 2004;99(9):1801-6.
26. Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. *Obes Rev.* mai 2012;13(5):469-79.
27. Hong Y, Chen X, Liu J. Analysis of Factors Associated with Constipation in the Population with Obesity: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Obes Facts.* 2024;17(2):169-82.
28. Xiang N, Xu L, Qian H, Zhang D. Multiple obesity indices suggest a close relationship between obesity and constipation: evidence from NHANES. *BMC Public Health.* 9 mai 2024;24(1):1273.
29. Zhuang Y, Li L, Sun J, Zhang Y, Dai F. Association of body roundness index with chronic diarrhea and constipation, NHANES 2005-2010. *J Health Popul Nutr.* 28 févr 2025;44(1):50.
30. Afshar S, Kelly SB, Seymour K, Woodcock S, Werner AD, Mathers JC. The Effects of Bariatric Procedures on Bowel Habit. *Obes Surg.* oct 2016;26(10):2348-54.
31. Rossoni C, Bragança R, Santos Z, Viveiros O, Ribeiro R. OAGB Bowel Function in Patients With up to 5 Years Follow-Up: Updated Outcomes. *Obes Surg.* janv 2024;34(1):141-9.
32. Campbell M, Conaty EA, Attaar M, Wu H, Wong HJ, Kuchta K, *et al.* Patient-reported bowel and bladder function is not adversely impacted by bariatric surgery. *Surg Endosc.* sept 2022;36(9):6896-902.
33. Kyang LS, Hines I, Thomas E, Seal A, Harrison R, Simond D, *et al.* Gastrointestinal Symptoms and Health-Related Quality of Life Following Metabolic Bariatric Surgery: A Prospective Cohort Study. *Obes Surg.* août 2025;35(8):3038-46.
34. Siproudhis L, Dautrème S, Ropert A, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL, *et al.* Dyschezia and rectocele--a marriage of convenience? Physiologic evaluation of the rectocele in a group of 52 women complaining of difficulty in evacuation. *Dis Colon Rectum.* nov 1993;36(11):1030-6.
35. Li Z, Xu T, Li Z, Gong J, Liu Q, Wang Y, *et al.* An epidemiologic study on symptomatic pelvic organ prolapse in obese Chinese women: a population-based study in China. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2018;11:761-6.
36. Cuicchi D, Lombardi R, Cariani S, Leuratti L, Lecce F, Cola B. Clinical and instrumental evaluation of pelvic floor disorders before and after bariatric surgery in obese women. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9(1):69-75.
37. Kudish BI, Iglesia CB, Sokol RJ, Cochrane B, Richter HE, Larson J, *et al.* Effect of weight change on natural history of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* janv 2009;113(1):81-8.
38. Leshem A, Shimonov M, Amir H, Gordon D, Groutz A. Effects of Bariatric Surgery on Female Pelvic Floor Disorders. *Urology.* juill 2017;105:42-7.
39. Tian Z, Wang X, Hu X, Sun Z. Effect of Surgically Induced Weight Loss on Pelvic Organ Prolapse: A Meta-analysis. *Obes Surg.* nov 2023;33(11):3402-10.

# 5

## Les cinq points forts

- L'obésité (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>) dont la prévalence augmente dans le monde et en France a des répercussions procrologiques.
- Un tiers des patients obèses a une incontinence anale, le plus souvent active et aux selles liquides.
- Les facteurs associés à l'incontinence anale chez les patients obèses sont : l'augmentation de la pression intraabdominale, l'insuffisance sphinctérienne anale, les troubles de la sensibilité rectale et les troubles du transit.
- La prévalence de la constipation et de la rectocèle chez les patients obèses est élevée mais le lien avec l'obésité n'est pas certain.
- Après une chirurgie bariatrique, une amélioration des symptômes en lien avec les troubles de la statique pelvienne est possible ; l'amélioration des troubles de la continence est incertaine ; une aggravation de la constipation est possible.