



Atelier FMC : Du bon usage des explorations fonctionnelles anorectales

Dr Charlotte Desprez, Service de Physiologie digestive, CHU Rouen

Liens d'intérêts

- L'orateur a déclaré les liens d'intérêts suivants: Consultant, Coloplast

Conflits d'intérêt

- Coloplast

Question

- Vous demandez-vous souvent si les symptômes anorectaux présentés par vos patients nécessitent une ou plusieurs explorations fonctionnelles ?
- Oui
- Non

Question

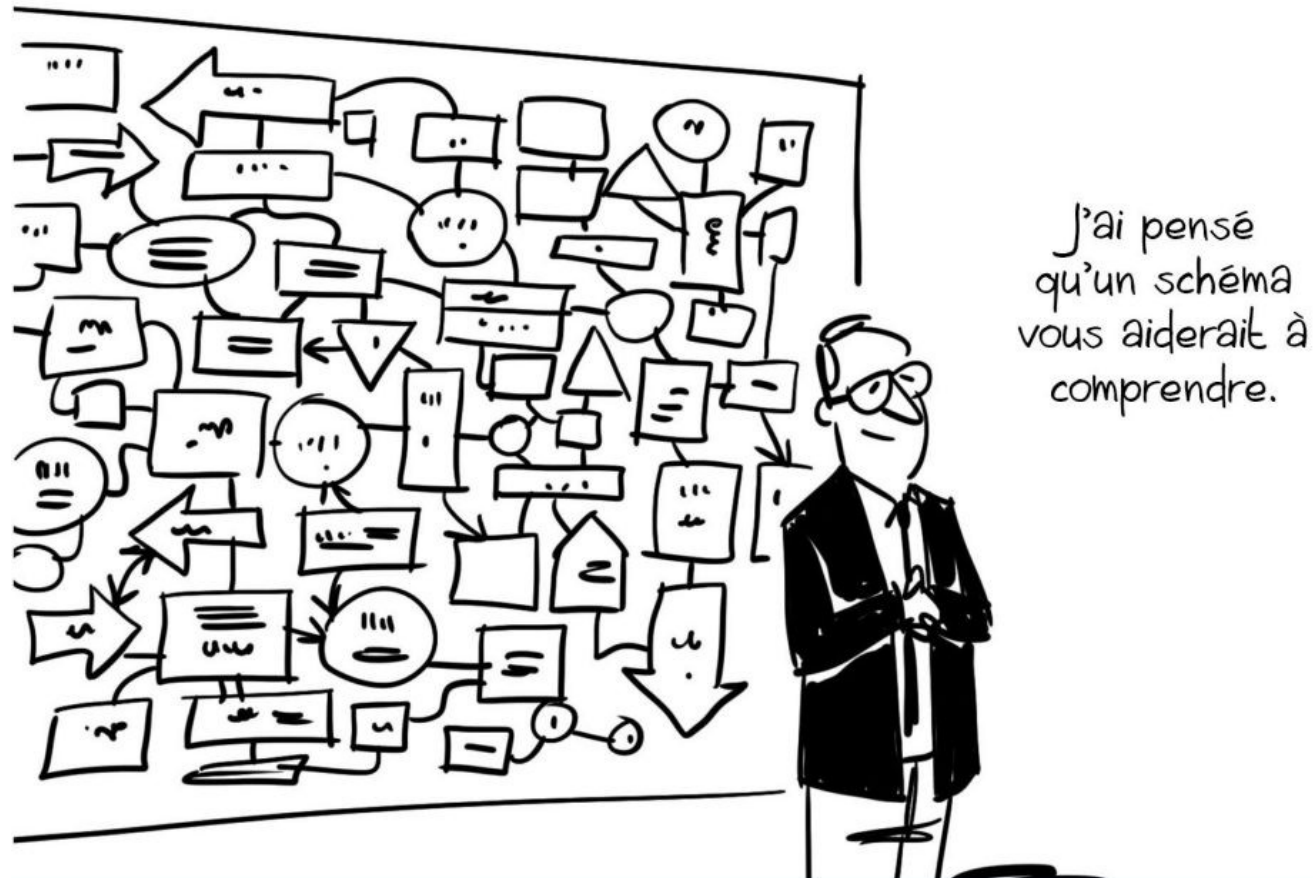
- Vous demandez-vous souvent si les symptômes anorectaux présentés par vos patients nécessitent une ou plusieurs explorations fonctionnelles ?
- Oui

Visite de l'exposition								
14h10		Atelier FMC-HGE Hépatites B et Delta : le traitement au quotidien	Atelier FMC-HGE Diagnostic et prise en charge des manifestations dermatologiques dans les MICI	Symposium scientifique FFCD/GERCOR/ UNICANCER Traitement de 1^{ère} ligne du cancer colorectal métastatique	Atelier FMC-HGE TIPMP : les pièges du diagnostic et de l'évaluation du risque de dégénérescence	Atelier FMC-HGE Du bon usage des explorations fonctionnelles anorectales	Symposium scientifique SFN/SFNCM/SNFGE Actualités 2026 en nutrition pour l'hépto-gastroen- térologue	
15h40								

Vous êtes au bon endroit

Explorations fonctionnelles ano-rectales

- Quand prescrire, ce que l'on peut en attendre ?

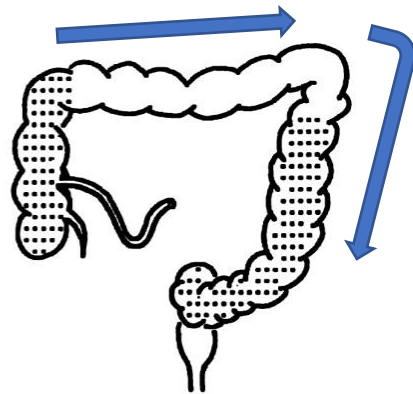


Explorations fonctionnelles ano-rectales

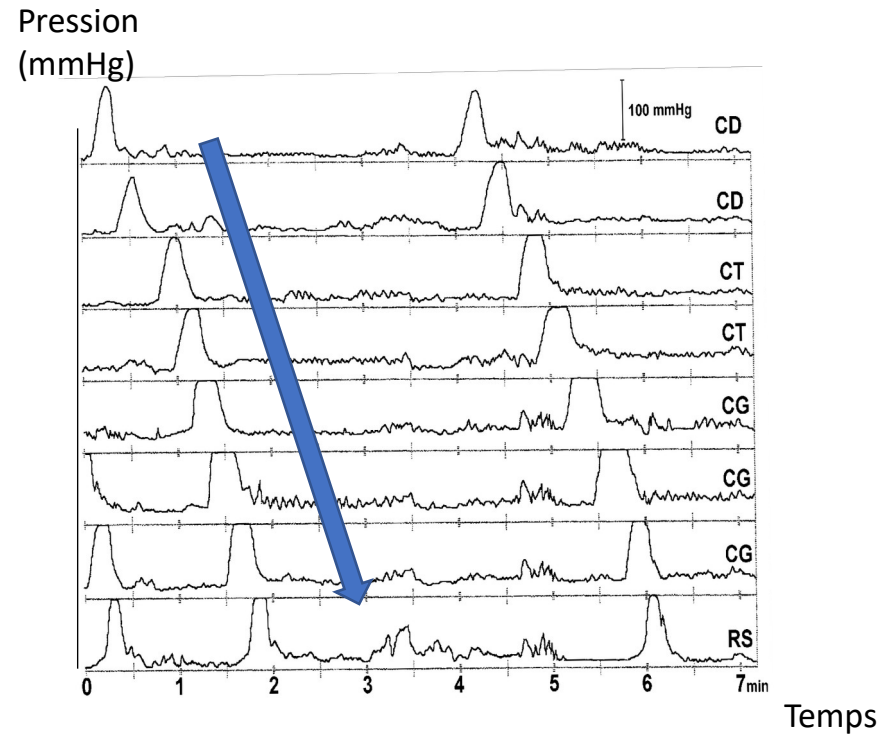
Objectifs

- Savoir poser les indications des explorations fonctionnelles ano-rectales
- Savoir améliorer l'interprétation des résultats pour adapter les stratégies thérapeutiques
- Connaître leurs limites et leurs contre-indications

Rappels sur la physiologie anorectale



Stockage colique



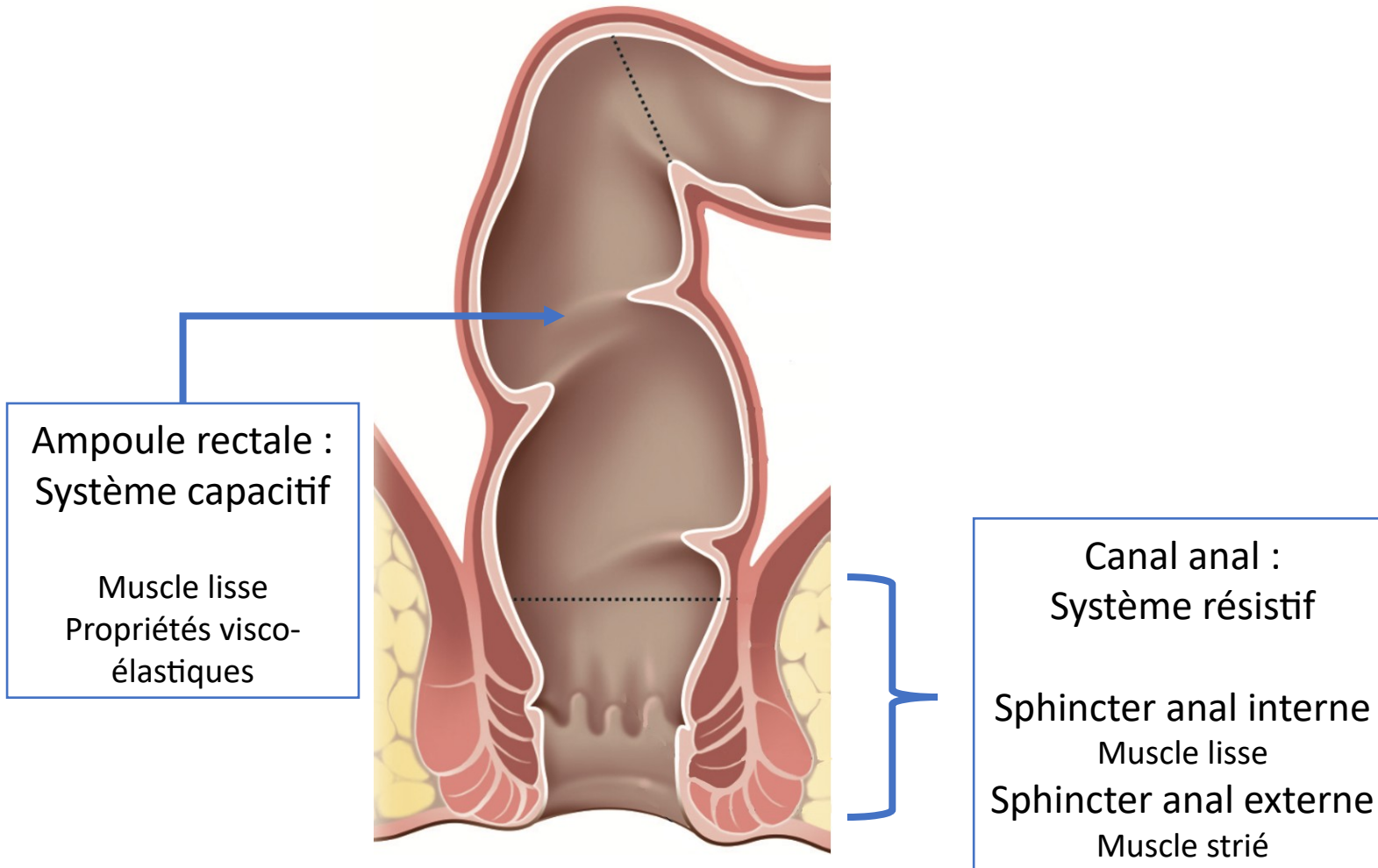
Remplissage du rectum 1 à 3 fois par jour



Besoin exonérateur

Réflexe d'échantillonnage

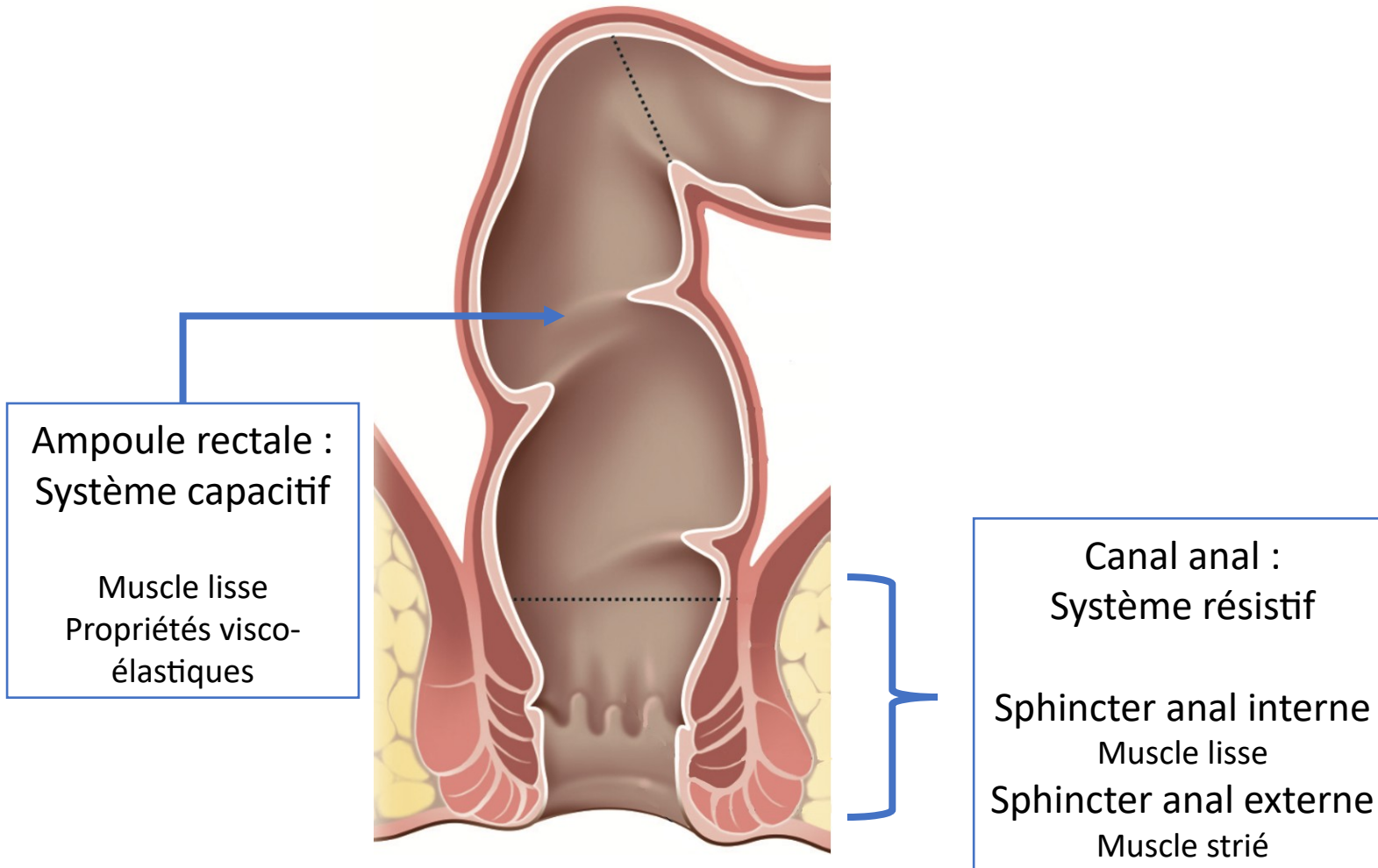
Rappels sur la physiologie anorectale



Maintien d'un gradient de pression



Rappels sur la physiologie anorectale



Maintien d'un gradient de pression



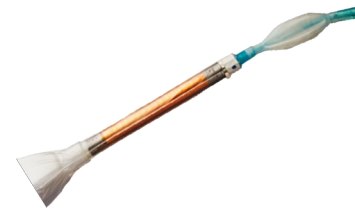
Toute dysfonction :
⇒ Constipation
+/-
=> Incontinence fécale

Qui explore quoi ?



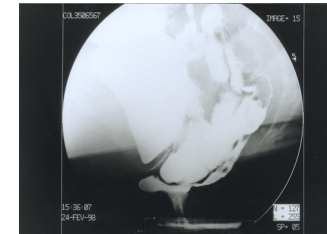
Test expulsion ballonnet

- Vidange rectale



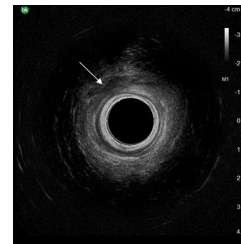
Manométrie anorectale

- Motricité SAE + SAI
 - Sensibilité & Compliance rectale
- Innervation : RRAI



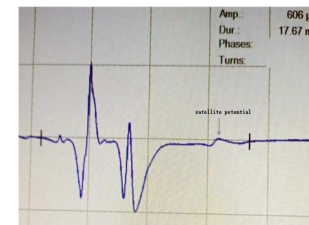
Défécographie
Déféco-IRM

- Trouble statique pelvienne
 - Vidange rectale
- Ouverture canal anal à la poussée



Echographie endo-ale

- Anatomie SAE + SAI



Tests électrophysiologiques

- Innervation : SAE et réflexes

Cas clinique n°1

- Mme C, 42 ans
- Antécédents :
 - Constipation ancienne (adolescence)
 - Appendicectomie
 - Burn-out professionnel, terrain anxieux
 - G2P2, accouchements voie basse sans facteur de risque obstétrical
- Traitement :
 - Macrogol

Cas clinique n°1

- Adressée pour constipation réfractaire au traitement médical
 - Transit : une à deux selles par semaine, Bristol 2
 - Dyschésie : poussée abdominale ++, sensation de blocage, manœuvres digitales, défécation incomplète
- S'y associent des douleurs abdominales 2 fois par semaine, soulagées par l'exonération + ballonnements
- A essayé : laxatifs (Macrogol, Transipeg, Spagulax), suppositoires sans effet, règles hygiéno-diététiques

Cas clinique n°1

Examen clinique :

- Examen abdominal normal
- Périnéal :
 - Marisques
 - Pas de trouble de statique pelvienne
 - Toucher rectal : selles dures dans l'ampoule rectale, sensation de besoin perçue, contraction anale paradoxale à la poussée
- Examens complémentaires
 - Biologie normale
 - Coloscopie normale il y a 3 ans

Cas clinique n°1

Probable SII type constipé, suspicion de trouble fonctionnel de la défécation

Que proposez-vous à la patiente ?

- A. Manométrie anorectale avec test d'expulsion du ballonnet
- B. Aucune exploration
- C. Optimisation du transit (association de laxatifs)
- D. Essai de lavements à l'eau
- E. Rééducation périnéale avec biofeedback anal

Cas clinique n°1

Probable SII type constipé, suspicion de trouble fonctionnel de la défécation

Que proposez-vous à la patiente ?

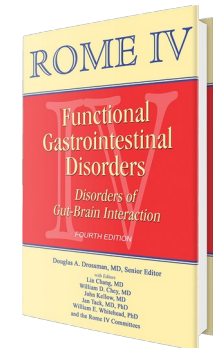
- A. Manométrie anorectale avec test d'expulsion du ballonnet
- B. Aucune exploration
- C. Optimisation du transit (association de laxatifs)
- D. Essai de lavements à l'eau
- E. Rééducation périnéale avec biofeedback anal

Constipation distale

- Echec du traitement de 1^{ère} ligne
- Suspicion clinique de trouble fonctionnel de la défécation (anisme)

Critères de Rome IV

- Diagnostic de trouble fonctionnel de la défécation :
 - Anisme et/ou défaut de propulsion rectale
 - Critères diagnostiques constipation fonctionnelle ou SII-C
- Mauvaise corrélation entre les symptômes évocateurs de constipation distale et les résultats des explorations
- => Nécessité de confirmer la suspicion clinique par les explorations

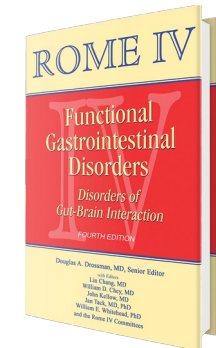


Constipation distale

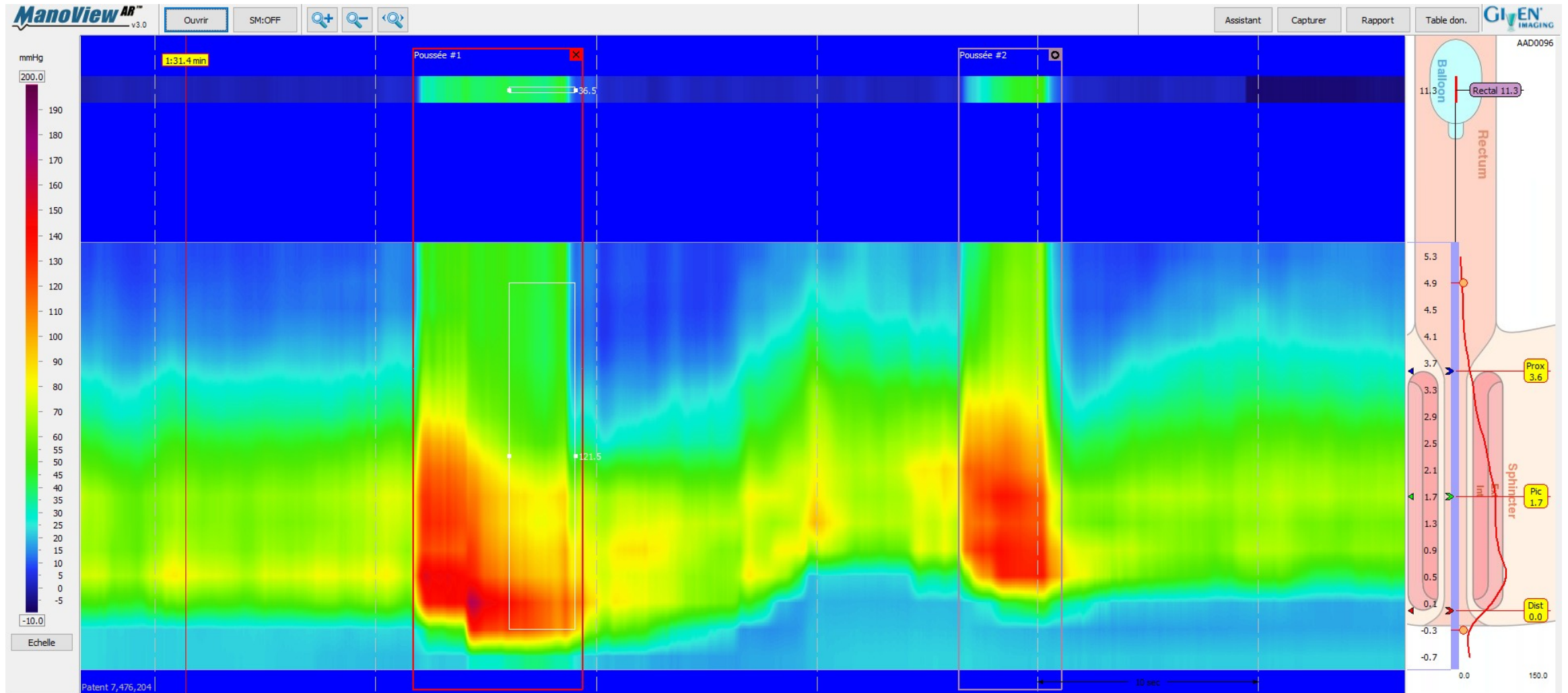
- Echec du traitement de 1^{ère} ligne
- Suspicion clinique de trouble fonctionnel de la défécation (anisme)

Critères de Rome IV

- Diagnostic de trouble fonctionnel de la défécation :
 - Anisme et/ou défaut de propulsion rectale
 - Critères diagnostiques constipation fonctionnelle ou SII-C
 - + Mise en évidence de troubles de la défécation sur **au moins 2 examens** parmi :
 - Test d'expulsion du ballonnet
 - Manométrie anorectale ou EMG de surface
 - Défécographie, IRM dynamique



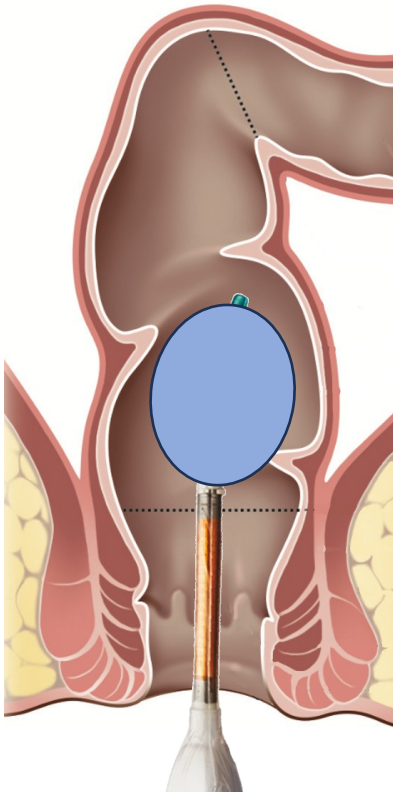
Cas clinique n°1 : Manométrie anorectale HR



Poussée n°1

Poussée n°2

Cas clinique n°1 : Manométrie anorectale HR



Perception	Volume (mL)	Pression (mmHg)	Compliance (mL/mmHg)
Transitoire	20 [médiane=10ml ; 10-30]		
Léger		5	5,0
Moyen	75 [médiane=150 ml; 75-265]		
Fort		12	6.3
Impérieux	150 [médiane = 250ml; 150-340]	20	7,5 [médiane=7,7ml/mmHg ; 4,6-12.5]
Douleur			
Inconfort			

EVA 7/10

Cas clinique n°1

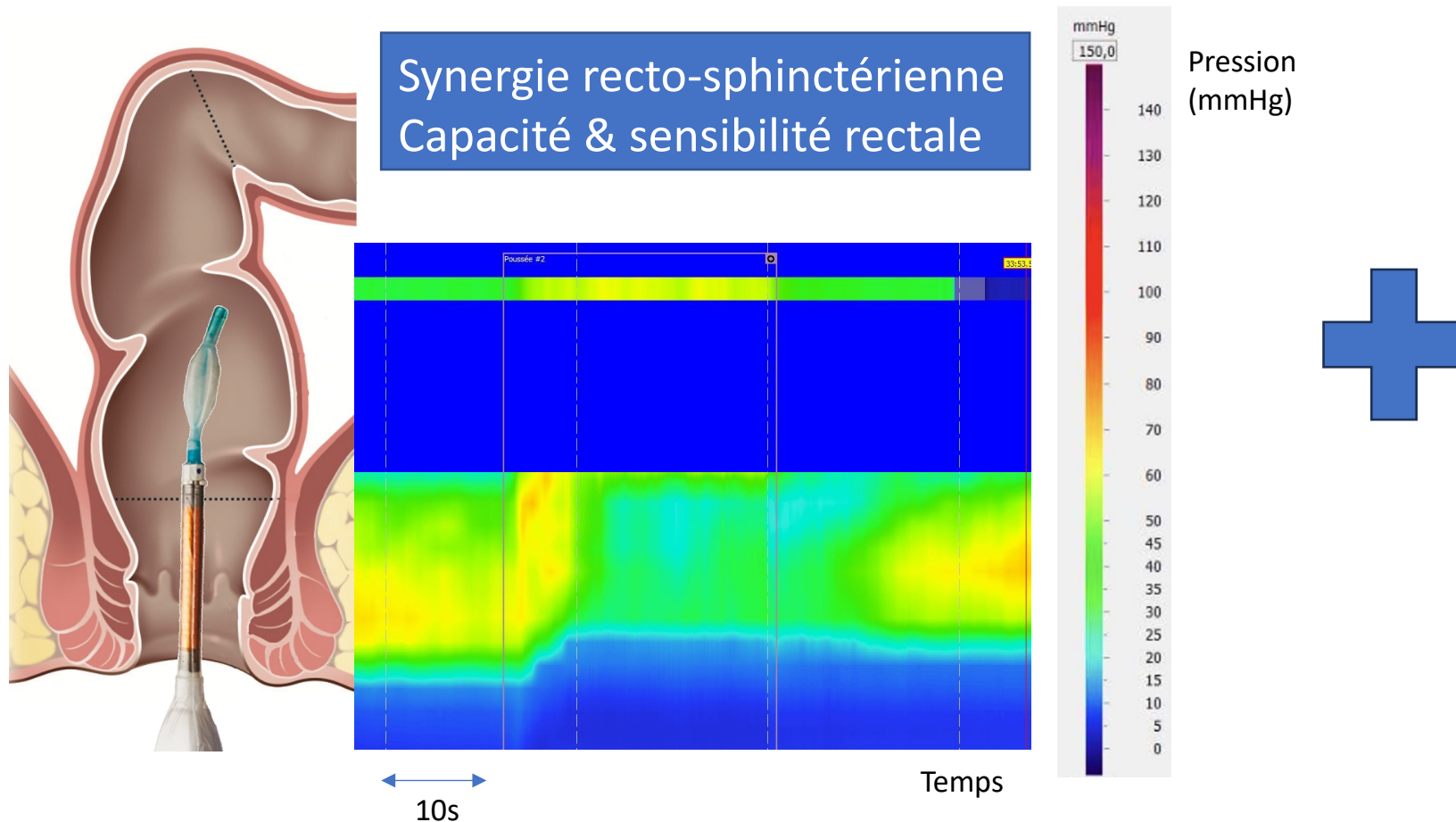
- Test d'expulsion du ballonnet : échec, pas d'évacuation après 3 min
- Question : Quel est le diagnostic final ?
 - A. SII-C avec anisme
 - B. L'anisme n'est pas confirmé
 - C. Défaut isolé de propulsion rectale
 - D. Il faut faire un 3^{ème} examen (défécographie ou EMG anal de surface)
 - E. Le résultat aidera à orienter le traitement de la constipation

Cas clinique n°1

- Test d'expulsion du ballonnet : échec, pas d'évacuation après 3 min
- Question : Quel est le diagnostic final ?
 - A. SII-C avec anisme
 - B. L'anisme n'est pas confirmé
 - C. Défaut isolé de propulsion rectale
 - D. Il faut faire un 3^{ème} examen (défécographie ou EMG anal de surface)
 - E. Le résultat aidera à orienter le traitement de la constipation

Troubles fonctionnels de la défécation

Manométrie anorectale = examen de 1^{ère} intention



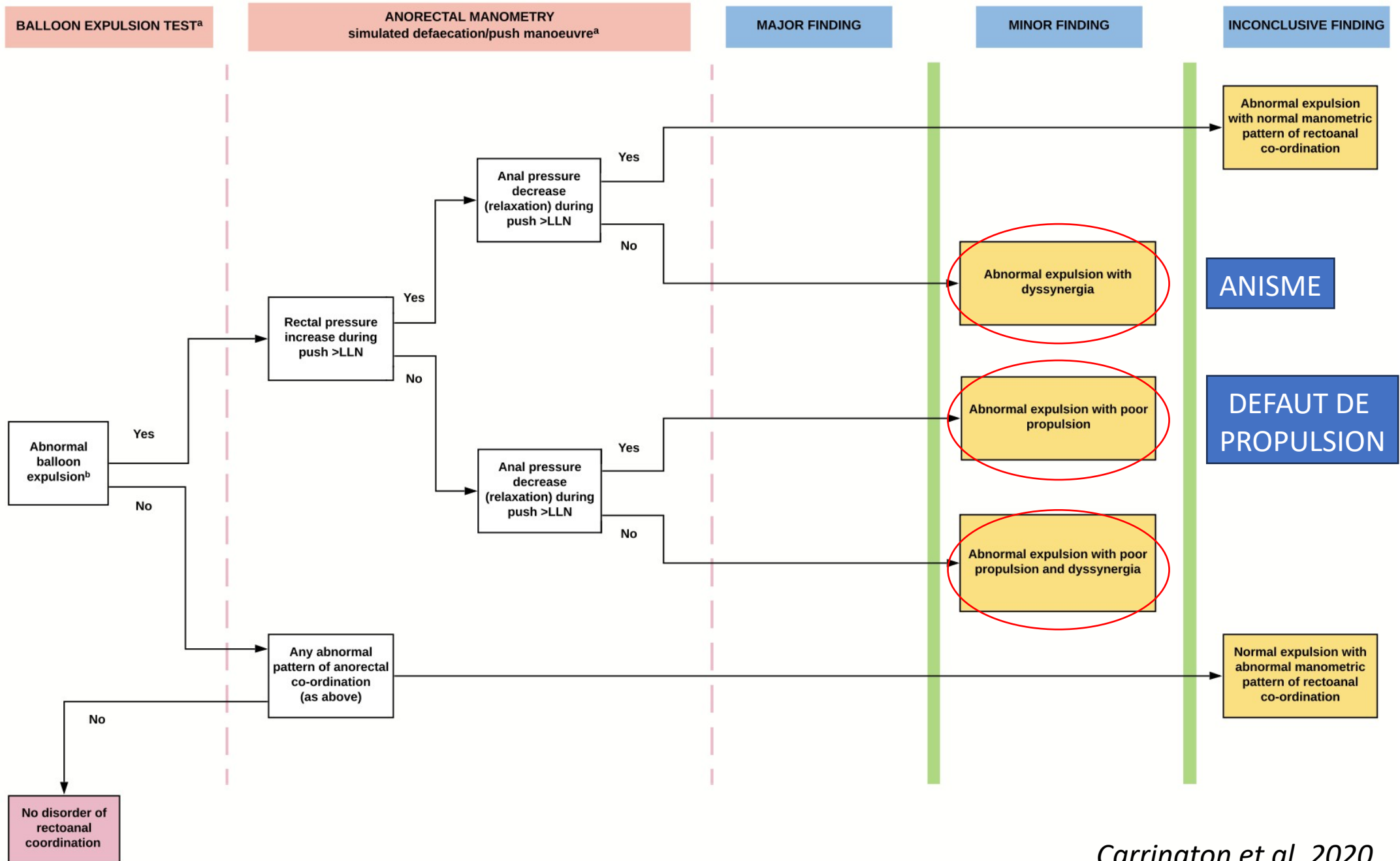
Test d'évacuation du ballonnet :
objective un trouble de vidange



Alternative :
défécographie ou déféco-IRM

Alternative : EMG anal

LONDON CLASSIFICATION PART III: DISORDERS OF RECTOANAL COORDINATION



Intérêt thérapeutique ?

- Guide la rééducation périnéale avec biofeedback anal
- Travail coordination abdomino-périnéale
 - Anisme
 - Défaut de propulsion rectale





Clinics and Research in Hepatology and
Gastroenterology

Volume 49, Issue 7, July–August 2025, 102637



Anorectal physiotherapy in coloproctology: Guidelines of the french national society of coloproctology

Damien Soudan^a  , Amine Alam^b, Gwendoline Basile^c, Christine Bataillon^d,
Sylvie Billecocq^e, Najima Bouta^f, Charlène Brochard^g, Charlotte Desprez^h, Jean-
Luc Faucheronⁱ, Anne-Marie Leroi^h, Martine Loobuyck^j, Diane Mege^k,
Pauline Roumeguere^l, Aurélien Venara^m, Véronique Vittonⁿ

Cas clinique n°2

- Mme J, 32 ans
- Antécédents :
 - G1P1, AVB avec périnée complet LOSA IV il y a 12 mois, réparation sphinctérienne immédiate
 - Pas d'autre antécédent notable
- Pas de traitement

Cas clinique n°2

- Adressée par sa sage-femme pour incontinence fécale active persistante malgré rééducation périnéale bien conduite
- Pas de trouble du transit associé
- Cliniquement : TR : pas de selles, tonus normal, contraction volontaire anale diminuée 1/5, pas d'anisme

Question :

- Fallait-il prescrire une exploration fonctionnelle avant de débiter les séances de rééducation périnéale ?
 - Oui
 - Non

Cas clinique n°2

- Adressée par sa sage-femme pour incontinence fécale active persistante malgré rééducation périnéale bien conduite
- Pas de trouble du transit associé
- Cliniquement : TR : pas de selles, tonus normal, contraction volontaire anale diminuée 1/5, pas d'anisme

Question :

- Fallait-il prescrire une exploration fonctionnelle avant de débiter les séances de rééducation périnéale ?
 - Oui
 - Non

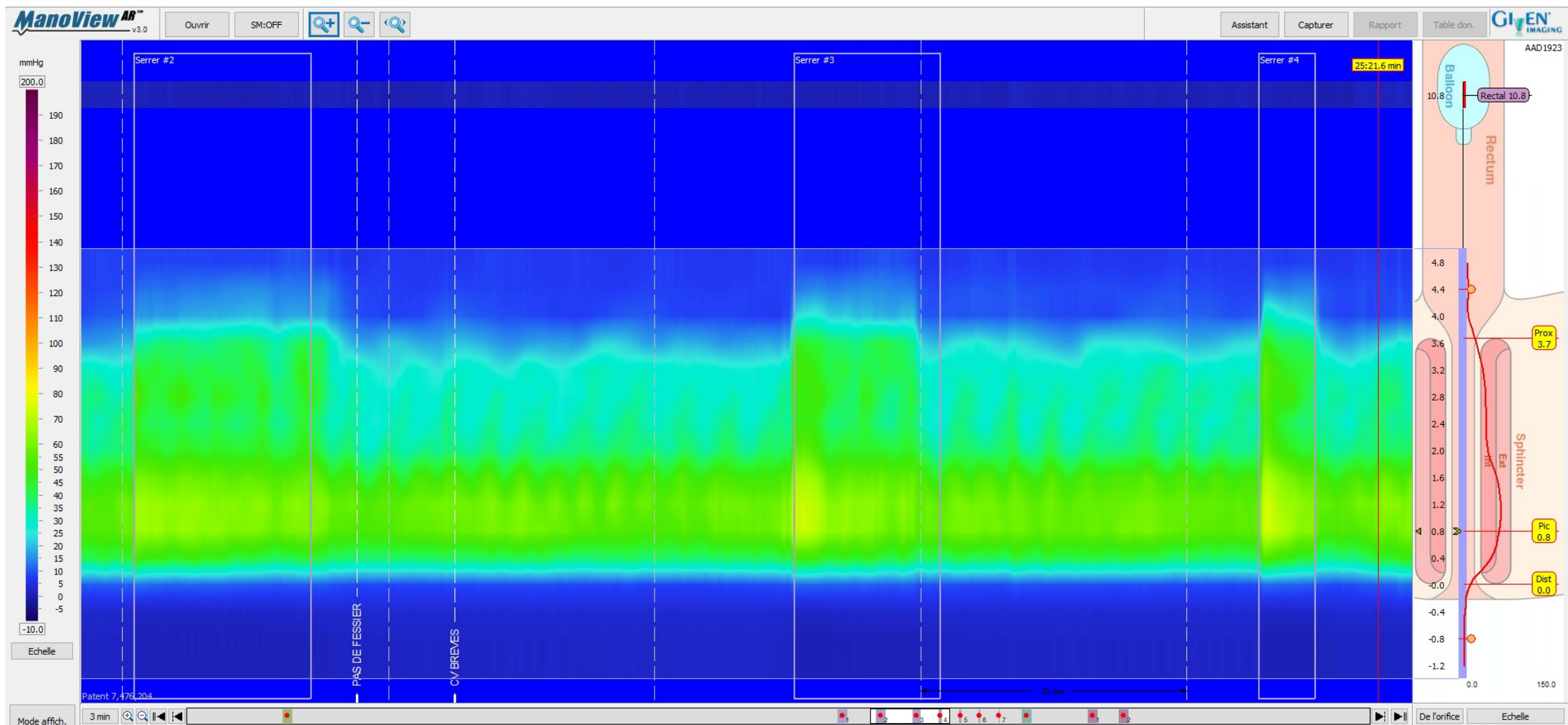
Cas clinique n°2

- Question : que prescrivez-vous comme examen(s) ?
- A. Manométrie anorectale
- B. Test d'expulsion du ballonnet
- C. Temps de transit des marqueurs
- D. Echographie endoanale
- E. Tests électrophysiologiques du périnée

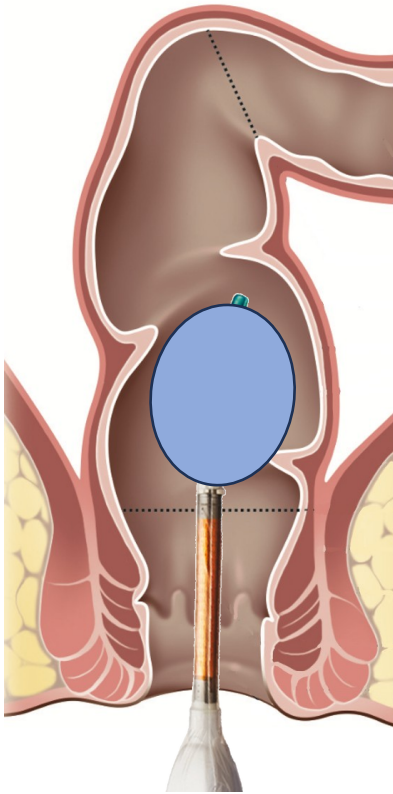
Cas clinique n°2

- Question : que prescrivez-vous comme examen(s) ?
- A. Manométrie anorectale
- B. Test d'expulsion du ballonnet
- C. Temps de transit des marqueurs
- D. Echographie endoanale
- E. Tests électrophysiologiques du périnée

Manométrie anorectale HR



Cas clinique n°2 : Manométrie anorectale HR



Perception	Volume (mL)	Pression (mmHg)	Compliance (mL/mmHg)
Transitoire	20 [médiane=10ml ; 10-30]	5	4,0
Léger			
Moyen	200 [médiane=150 ml; 75-265]	24	8,3
Fort			
Impérieux	300 [médiane = 250ml; 150-340]	53	5,7 [médiane=7,7ml/mmHg ; 4,6-12.5]
Douleur			
Inconfort			

Cas clinique n°2

Que pouvez-vous en conclure ?

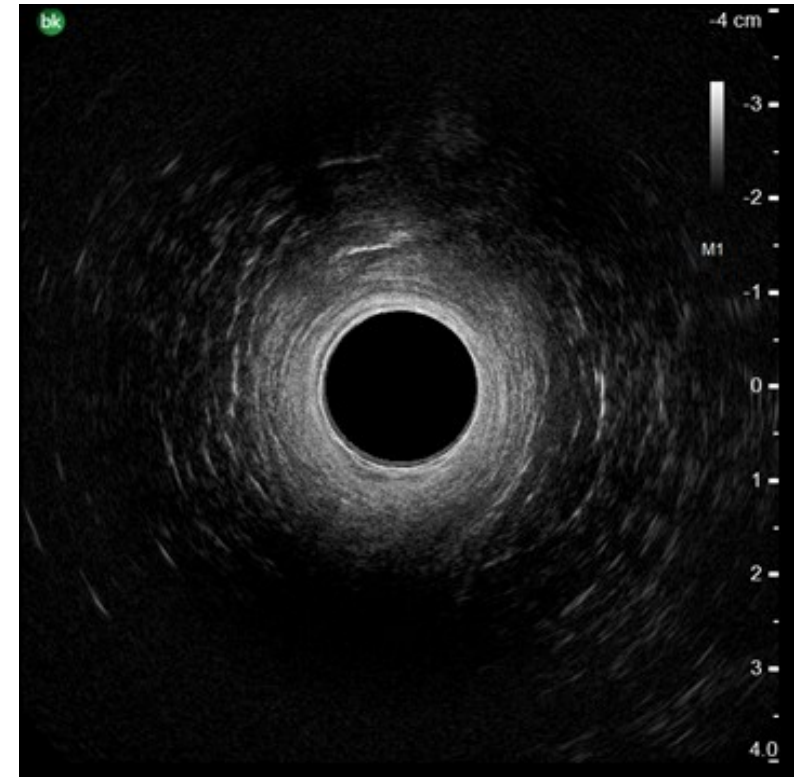
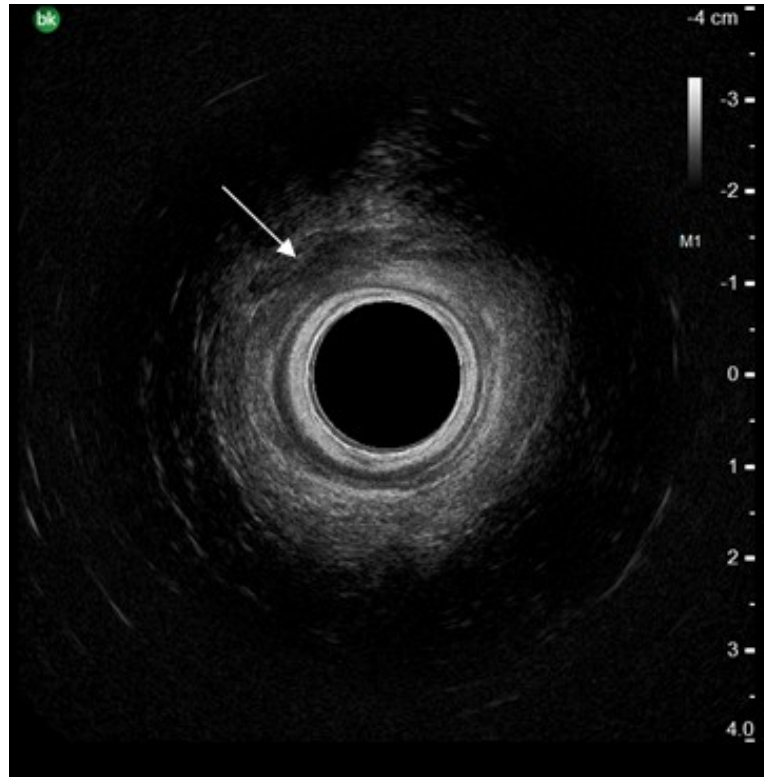
- A. Le tonus anal est normal
- B. L'amplitude de la contraction volontaire est normale
- C. La durée de la contraction volontaire est normale
- D. Le rectum est de capacité normale
- E. Il y a une hypocontractilité anale

Cas clinique n°2

Que pouvez-vous en conclure ?

- A. Le tonus anal est normal
 - B. L'amplitude de la contraction volontaire est normale
 - C. La durée de la contraction volontaire est normale
 - D. Le rectum est de capacité normale
 - E. Il y a une hypocontractilité anale
-
- => Bonne corrélation pour dysfonction sphinctérienne avec l'examen clinique !

Echographie endo-anale



Défect du SAE entre 10h et 12h à la partie moyenne du canal anal
Cicatrice de chirurgie de réparation sphinctérienne

Cas clinique n°3

- Question : L'ensemble des examens :
- A. Retrouve une atteinte isolée du SAE
- B. Retrouve une atteinte isolée du SAI
- C. Retrouve une atteinte des deux sphincters
- D. Un traitement de 2^{ème} ligne est à envisager
- E. Vous revoyez avec la patiente les modalités de réalisation de la rééducation périnéale

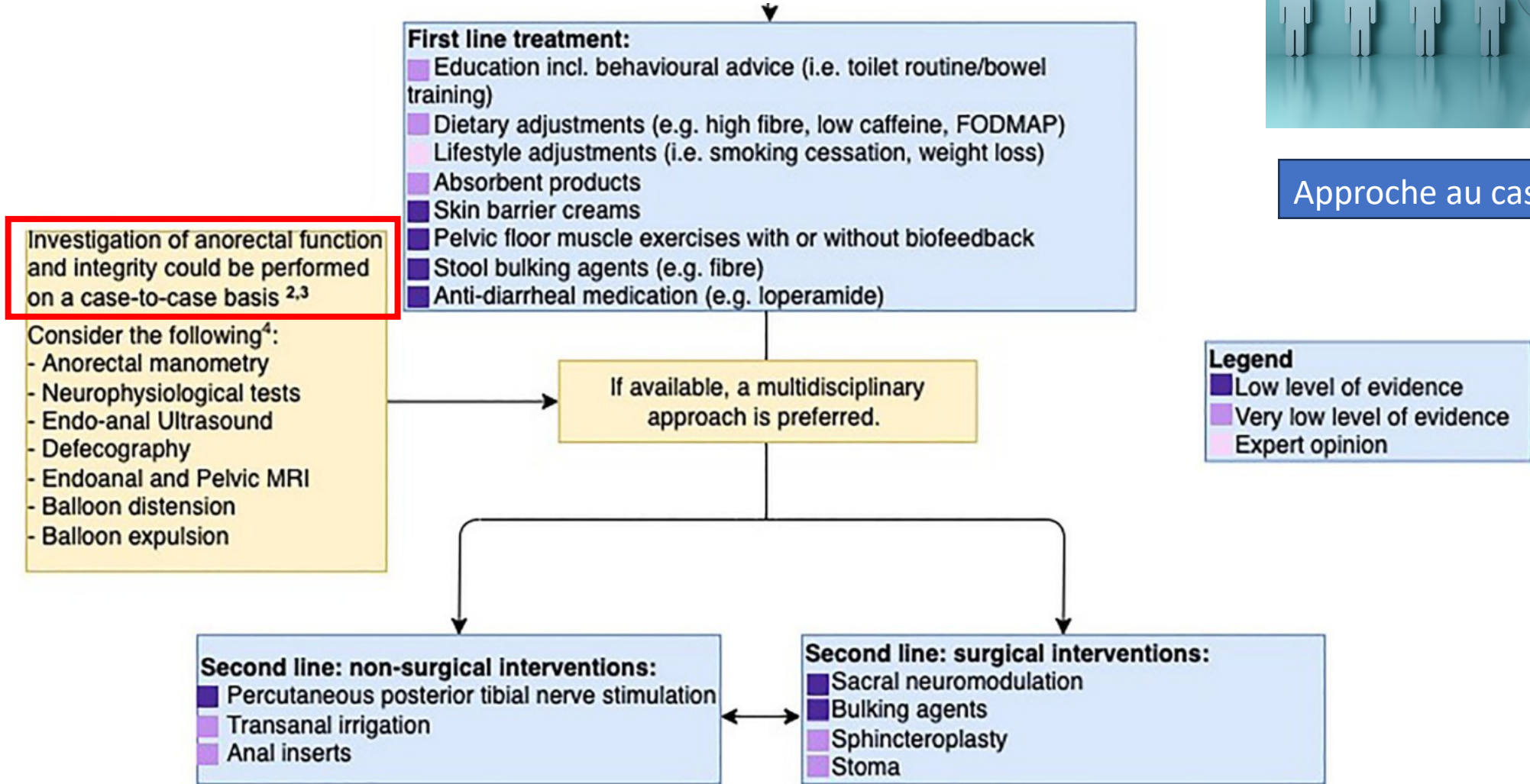
Cas clinique n°3

- Question : L'ensemble des examens :
- A. Retrouve une atteinte isolée du SAE
- B. Retrouve une atteinte isolée du SAI
- C. Retrouve une atteinte des deux sphincters
- D. Un traitement de 2^{ème} ligne est à envisager
- E. Vous revoyez avec la patiente les modalités de réalisation de la rééducation périnéale

Incontinence fécale



Approche au cas-par-cas !!



Incontinence fécale : souvent multifactorielle

- Prise en charge d'un trouble du transit => explo cf. cas précédent
- Exploration en cas d'échec du traitement de 1^{ère} ligne
 - Manométrie anorectale = référence
 - Bonne corrélation tonus et CV versus examen clinique
 - Capacité rectale et sensibilité rectale +++ difficilement évaluables cliniquement
 - Echographie endo-anale : Défect sphinctérien isolé ?
- Permet d'orienter les modalités de la rééducation périnéale
- Résultats non prédictifs de l'efficacité du ttt de 2^{ème} ligne

Cas clinique n°3

- Mme G, 63 ans
- Antécédents :
 - HTA
 - Reflux gastro-œsophagien non érosif
 - Incontinence urinaire non suivie
 - Hernie discale L5-S1 traitement médical (infiltrations)
 - G3P3, AVB, épisiotomie au 1^{er}
 - Pas d'atcd familial digestif
- Traitements :
 - Enalapril, Pantoprazole

Cas clinique n°3

- Adressée pour incontinence fécale et boule vaginale
- Incontinence fécale passive pluri-hebdomadaire
- Abondance faible à moyenne, selles molles
- Transit variable, appuie sur la boule pour faciliter l'exonération
- Perte de la sensation de besoin

Cas clinique n°3

- A l'examen clinique :
 - Rectocèle de grade 2
 - Ampoule rectale pleine Bristol 5 sans sensation de besoin associée
 - Hypotonie anale (sans béance), hypocontractilité anale
 - Sensibilité sacrée et réflexes normaux (anal à la toux et à l'étirement)
- Traitements essayés : Macrogol
- Coloscopie normale



Cas clinique n°3

- Question : Que proposez-vous à la patiente ?
- A. Arrêt Macrogol, switch par laxatif de lest
- B. Essai de suppositoires +/- lavements à l'eau en cas d'échec
- C. Manométrie ano-rectale + test d'expulsion du ballonnet
- D. Défécographie ou déféco-irm
- E. Vous la réinterrogez sur le plan urinaire
- F. Vous lui proposez de la rééducation périnéale d'emblée

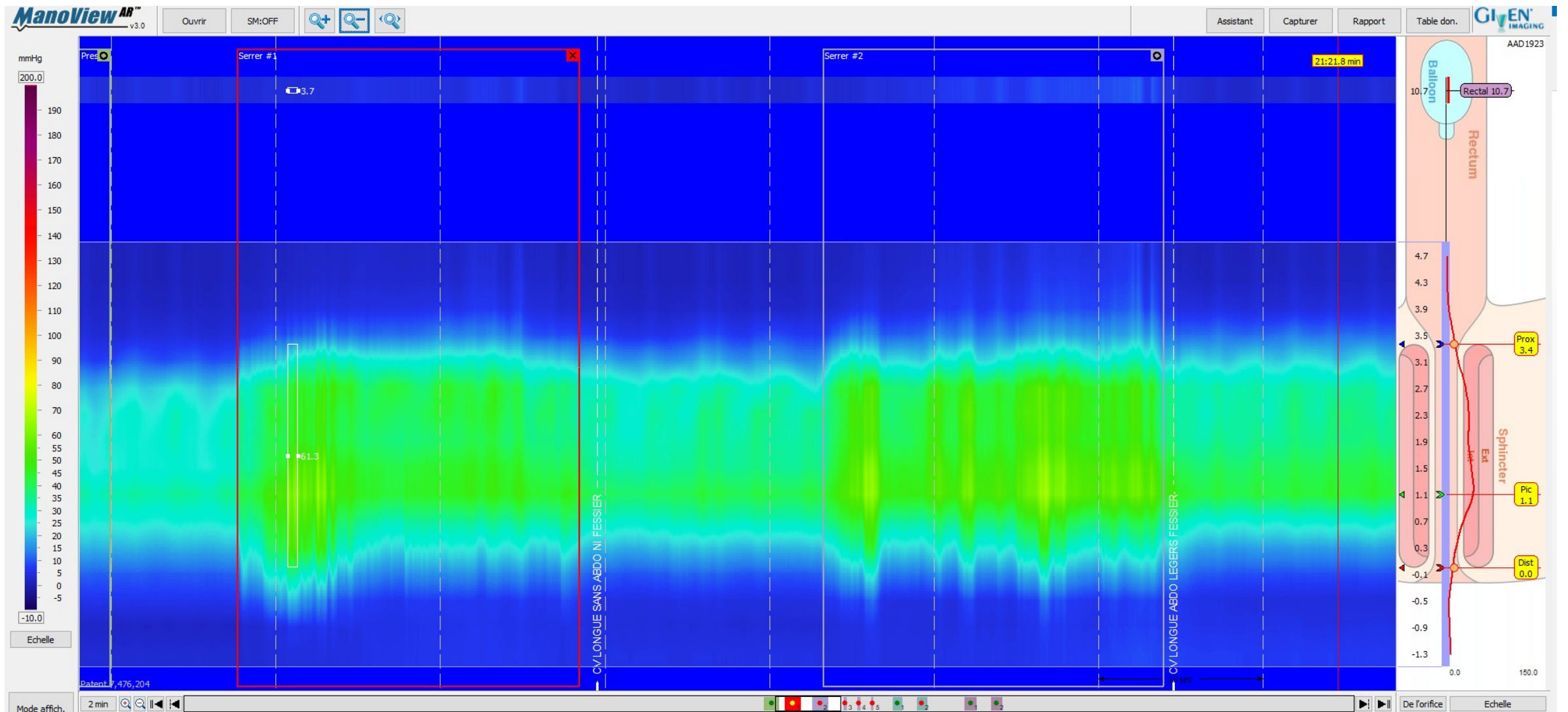
Cas clinique n°3

- Question : Que proposez-vous à la patiente ?
- A. Arrêt Macrogol, switch par laxatif de lest
- B. Essai de suppositoires +/- lavements à l'eau en cas d'échec
- C. Manométrie ano-rectale + test d'expulsion du ballonnet
- D. Défécographie ou déféco-irm
- E. Vous la réinterrogez sur le plan urinaire
- F. Vous lui proposez de la rééducation périnéale d'emblée

Cas clinique n°3

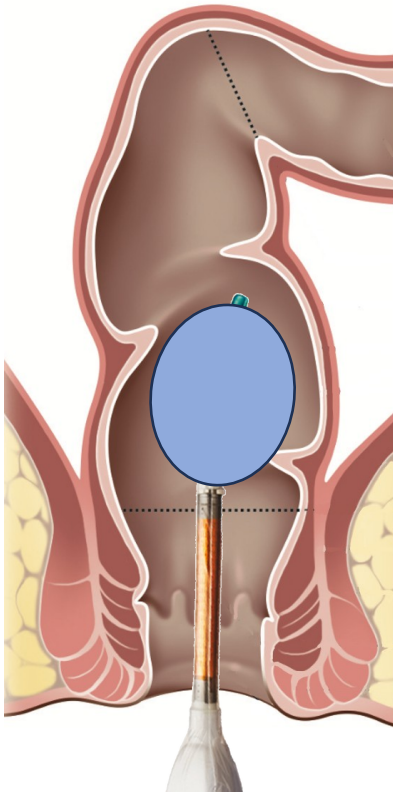
- Sur le plan urinaire, elle présente une incontinence urinaire à l'effort pure, il n'y a pas d'autre symptôme associé (pas d'hyperactivité vésicale clinique ni de dysurie).
- En dehors du trouble de perception du besoin, pas d'argument pour une étiologie neurologique

Cas clinique n°3 : manométrie anorectale HR



Pas d'anisme ni défaut de propulsion rectale

Cas clinique n°3 : manométrie anorectale HR



Perception	Volume (mL)	Pression (mmHg)	Compliance (mL/mmHg)
Transitoire	150 [médiane=10ml ; 10-30]		
Léger		21	7,1
Moyen	350 [médiane=150 ml; 75-265]		
Fort		50	7,0
Impérieux	450 [médiane = 250ml; 150-340]	57	7,9 [médiane=7,7ml/mmHg ; 4,6-12.5]
Douleur			
Inconfort			

Réflexe recto-anal inhibiteur présent à 30 mL de distension

Cas clinique n°3

- Question : comment peut-on interpréter la manométrie anorectale ?
- A. Hypotonie anale
- B. Hypotonie anale et hypocontractilité anale
- C. Hypocontractilité anale isolée
- D. Hyposensibilité rectale
- E. Possible trouble de la compliance rectale (megarectum ?)

Cas clinique n°3

- Question : comment peut-on interpréter la manométrie anorectale ?
- A. Hypotonie anale
- B. Hypotonie anale et hypocontractilité anale
- C. Hypocontractilité anale isolée
- D. Hyposensibilité rectale
- E. Possible trouble de la compliance rectale (megarectum ?)

Focus capacité rectale en manométrie

- Hypersensibilité rectale (évocateur SII)
- Hyposensibilité rectale (évoquer une origine neurologique)
- Microrectum : compliance rectale faible
 - => vérifier explorations réalisées notamment endoscopiques (biopsies)
 - Rectum de faible capacité fonctionnelle (chirurgie, MICI, radiothérapie)
- Megarectum : compliance rectale élevée
 - => Cause rare de constipation distale
 - RRAI absent

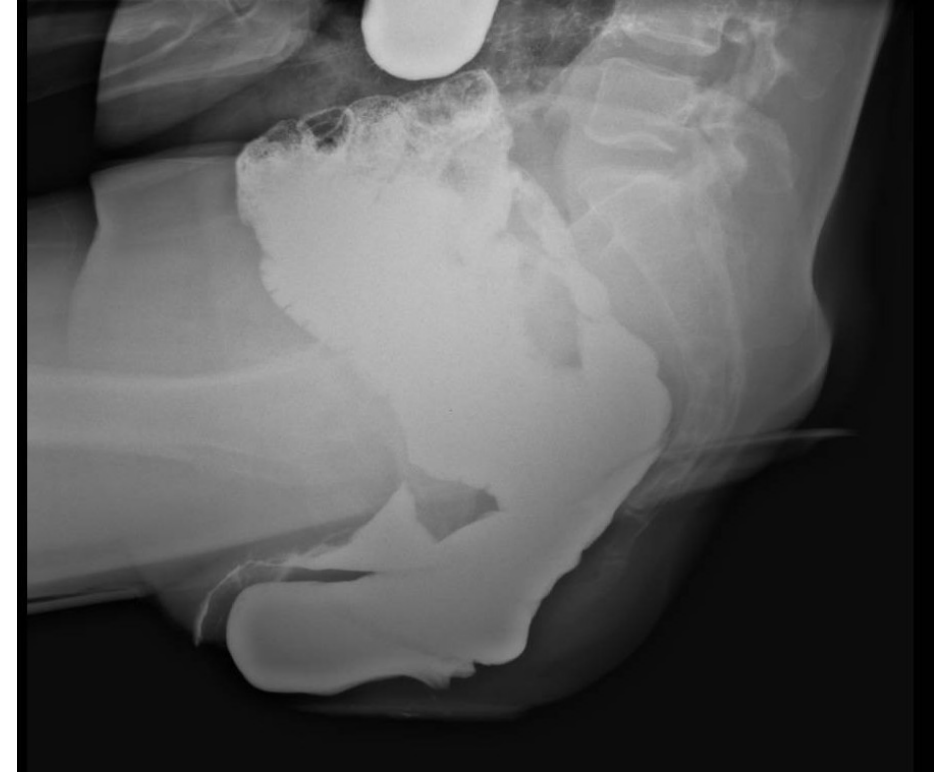
Cas clinique n°3

- Vous réalisez de principe un bilan neurologique à la patiente (imageries) qui ne retrouve pas d'anomalie
- Patiente adressée en rééducation périnéale avec biofeedback anal
- Essai travail sensibilité rectale en rééducation
- + Rééducation à visée urinaire (IUE)
- Essai spagulax et suppositoires

Cas clinique n°3

- Revient vous voir deux années plus tard car dégradation malgré poursuite du traitement et essai de lavements à l'eau, recours aux manœuvres digitales, pesanteur pelvienne +++
- Cliniquement majoration de la rectocèle grade 4
- Dyschésie au 1^{er} plan
- Vous faites une défécographie

Cas clinique n°3 : défécographie



Périnée descendu, rectocèle antérieure de 8 cm, pas
de prolapsus rectal ni entéroçèle
Pas d'évacuation lors de l'examen

Cas clinique n°3

- Proposition de prise en charge chirurgicale fonctionnelle
- Discussion du dossier en RCP de pelvi-périnéologie
- Proposition de chirurgie de promontofixation ventrale par voie abdominale

Imageries fonctionnelles (déféco-graphie ou IRM)

- Examens de référence pour diagnostic tb de la statique postérieure
- En cas d'échec du traitement conservateur +++ et souhait de prise en charge chirurgicale
- Ou suspicion de tb de la statique pelvienne difficile à diagnostiquer (entéroçèle, prolapsus recto-rectal ou recto-anal)

Points forts

- L'examen le plus couramment réalisé est la **manométrie anorectale**, dont les modalités de réalisation et d'interprétation sont codifiées par la classification de Londres.
- Au moins **deux examens** anorectaux sont nécessaires et doivent concorder pour diagnostiquer un **trouble fonctionnel de la défécation** parmi la manométrie anorectale, le test d'expulsion du ballonnet, la défécographie et l'électromyographie anale.
- L'indication des explorations anorectales est **basée sur la clinique** et elles sont réalisées **après échec des traitements de 1^{ère} ligne**.
- La mise en évidence d'un trouble fonctionnel de la défécation doit orienter le patient vers une **rééducation périnéale** avec biofeedback anal si possible.
- La **dysfonction sphinctérienne anale et les troubles de la perception rectale** peuvent être rééduqués chez les patients atteints d'incontinence fécale.

JFHOD JFHOD.COM

**19-22
MARS
-2026-**


**PALAIS DES
CONGRÈS DE
PARIS**



*L'intelligence
artificielle*

Pays invité
LA ROUMANIE



Merci pour votre attention