



PATHOLOGIES ANORECTALES ET OBÉSITÉ

Charlène Brochard

Service des Explorations Fonctionnelles Digestives

CHU Rennes Pontchaillou (France)

Liens d'intérêts

- L'orateur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Objectifs pédagogiques

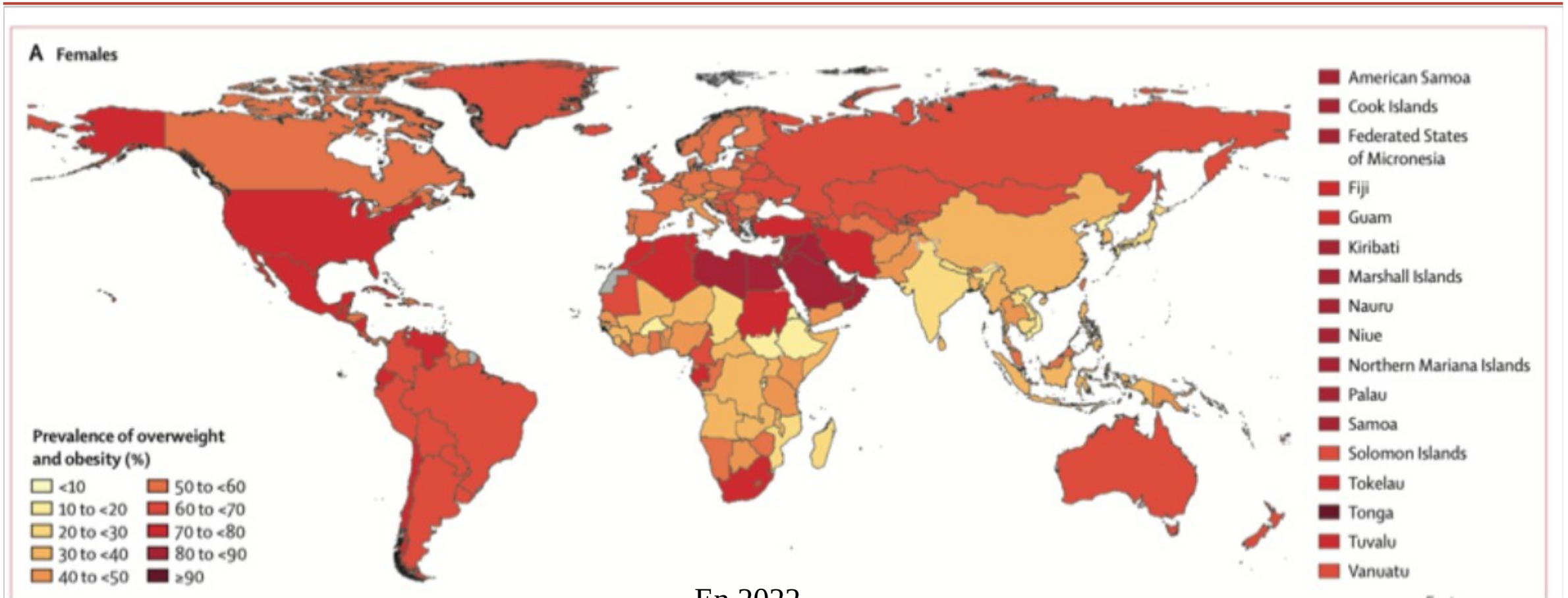
- connaître l'impact de l'obésité sur la physiologie sphinctérienne et la statique pelvienne
- connaître le risque d'incontinence anale avant et après chirurgie bariatrique
- connaître le risque de trouble de la défécation avant et après chirurgie bariatrique
- connaître le risque de troubles de la statique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

L'OBÉSITÉ

- **Définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé:**
“maladie chronique définie par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui présente un risque pour la santé”
- Un indicateur utilisé communément: **l'indice de masse corporelle (IMC)**

$25 \leq \text{IMC} < 30$	Surpoids
$30 \leq \text{IMC} < 35$	Obésité
$35 \leq \text{IMC} < 40$	Obésité de type I
$\text{IMC} \geq 40$	Obésité de type II

L'OBÉSITÉ est fréquente



En 2022,
& 2,5 milliards d'adultes en surpoids
& dont 890 millions d'obèses (OMS)

Prévalence estimée du surpoids et de l'obésité en 2021 chez les femmes

GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Lancet. 2025
OMS

L'OBÉSITÉ est fréquente et ne cessera d'augmenter

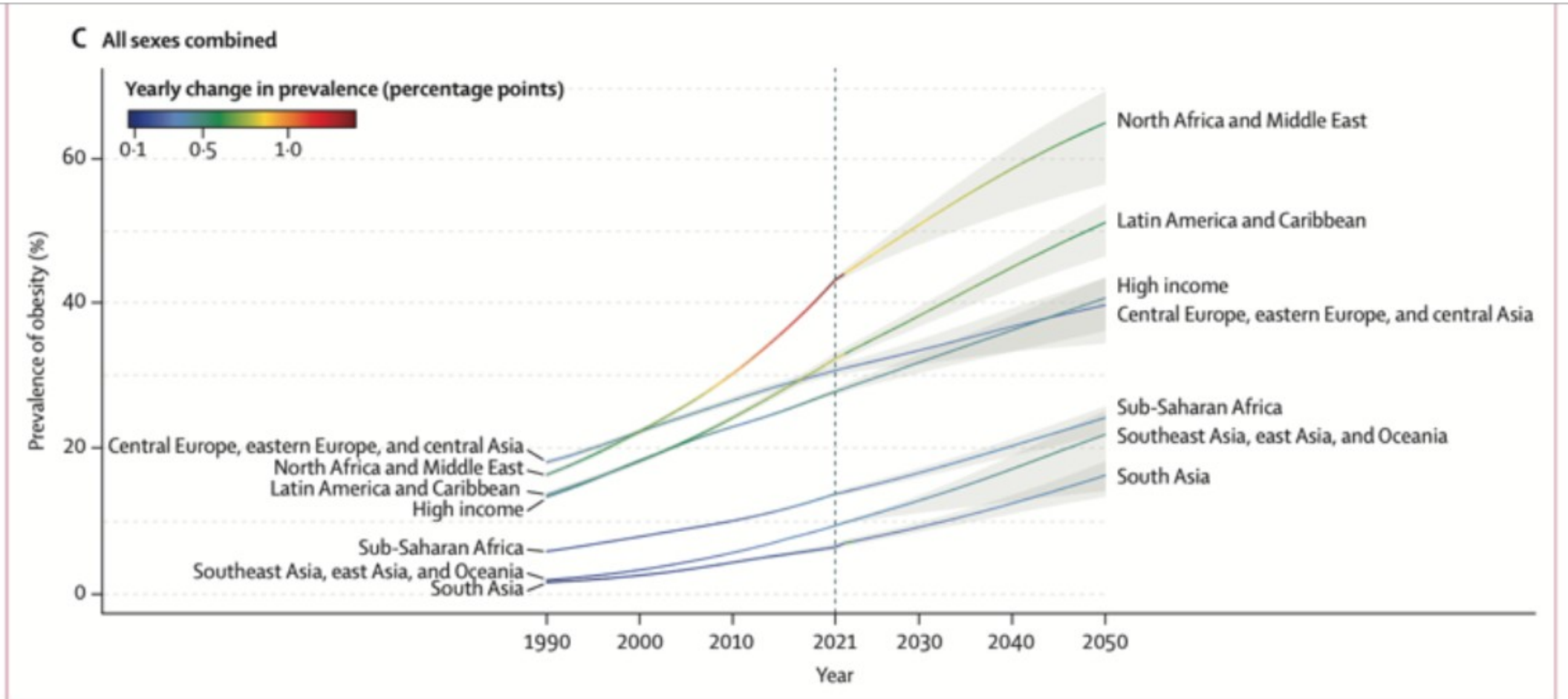


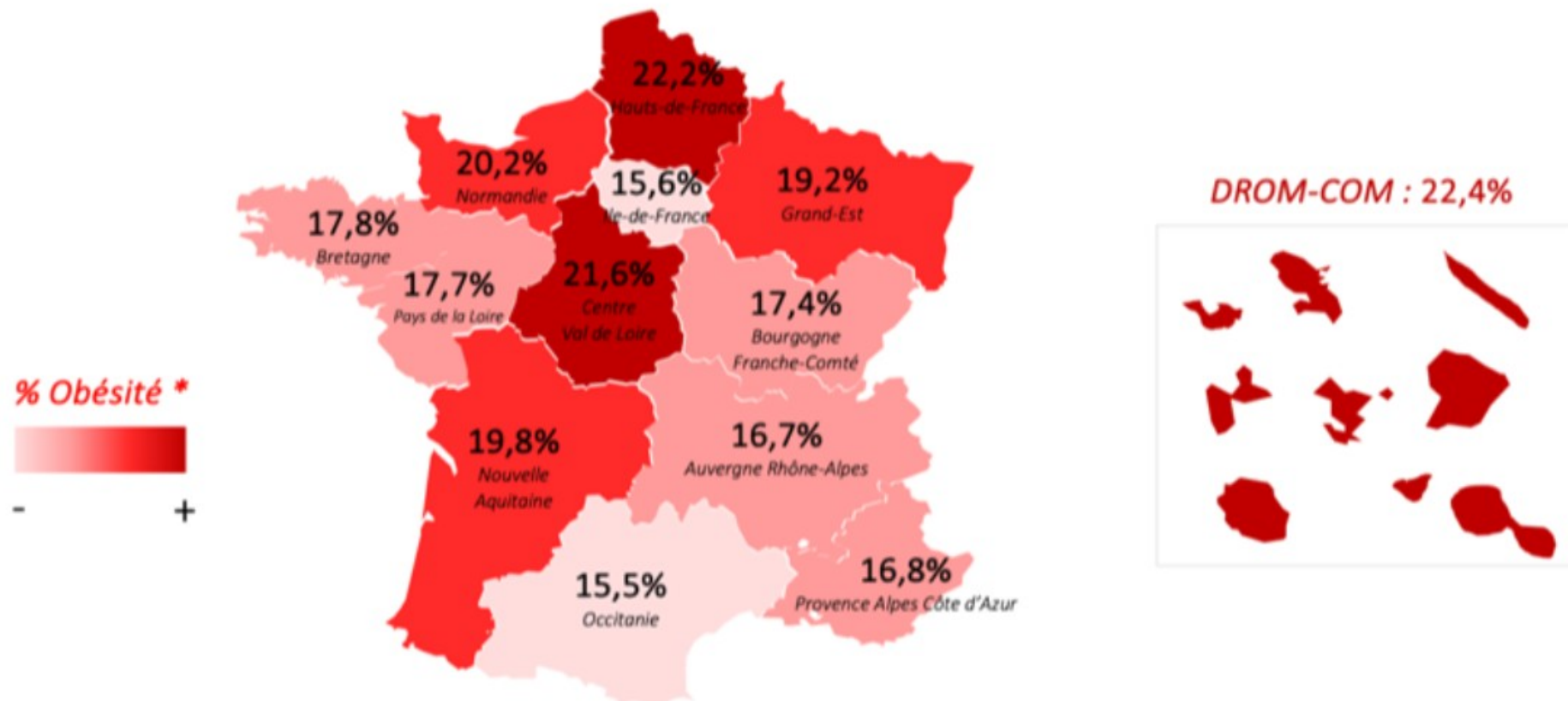
Figure 4: Estimated age-standardised prevalence of obesity in adults aged 25 years and older by sex, globally and by super-region, 1990–2050
(A) Females. (B) Males. (C) All sexes combined. Shaded regions are 95% uncertainty intervals.

L'OBÉSITÉ est fréquente en France (2024)

Prévalence de l'obésité

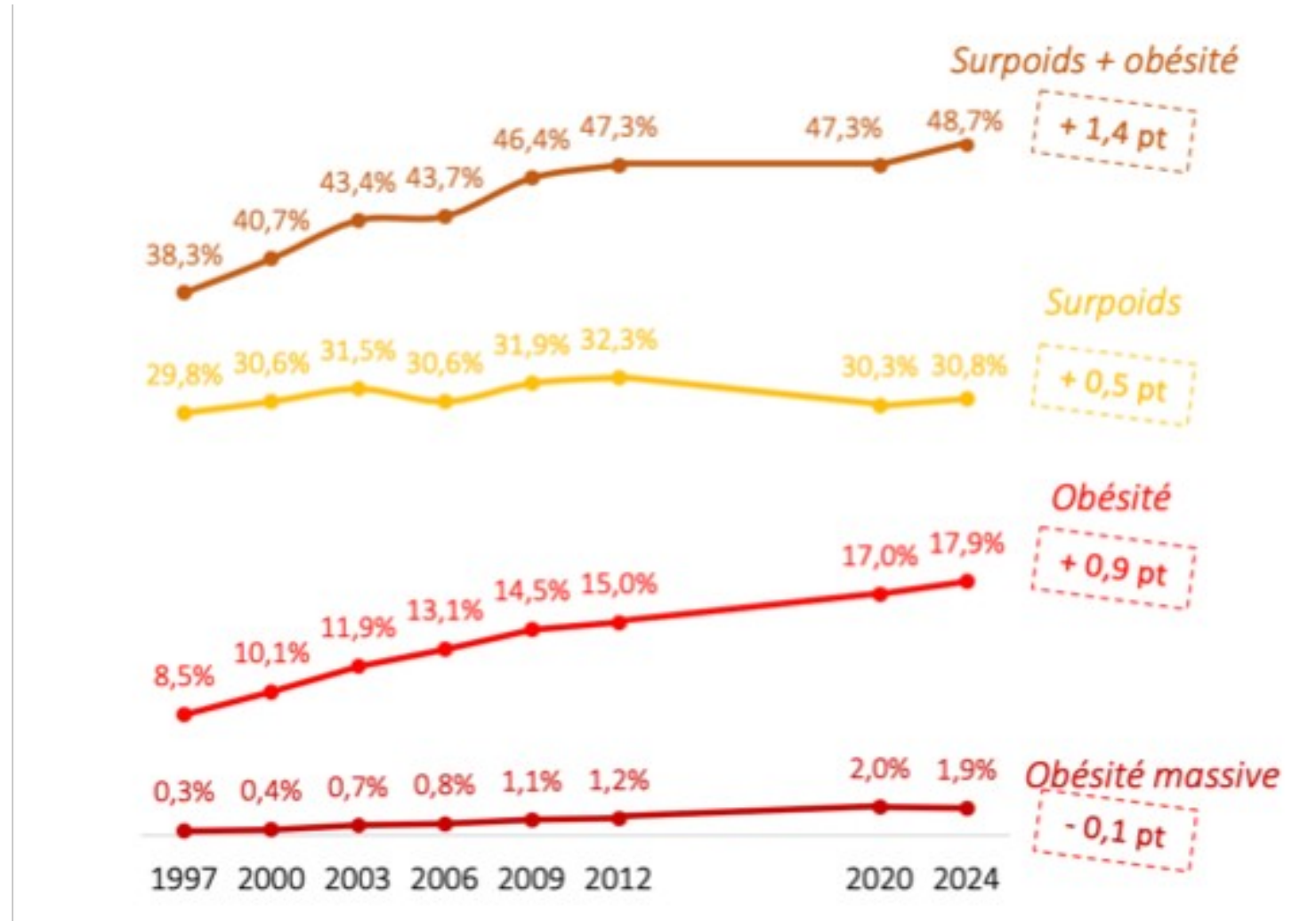
en %

Moyenne nationale : 18,1%



Sources de l'Observatoire Français d'Epidémiologie de l'Obésité

L'OBÉSITÉ est fréquente en France et a augmenté



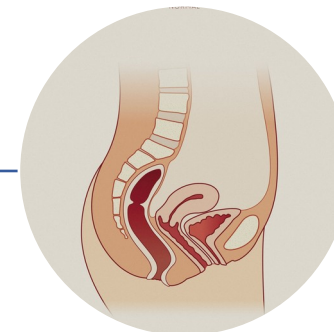
Pathologies anorectales et obésité



Incontinence
anale



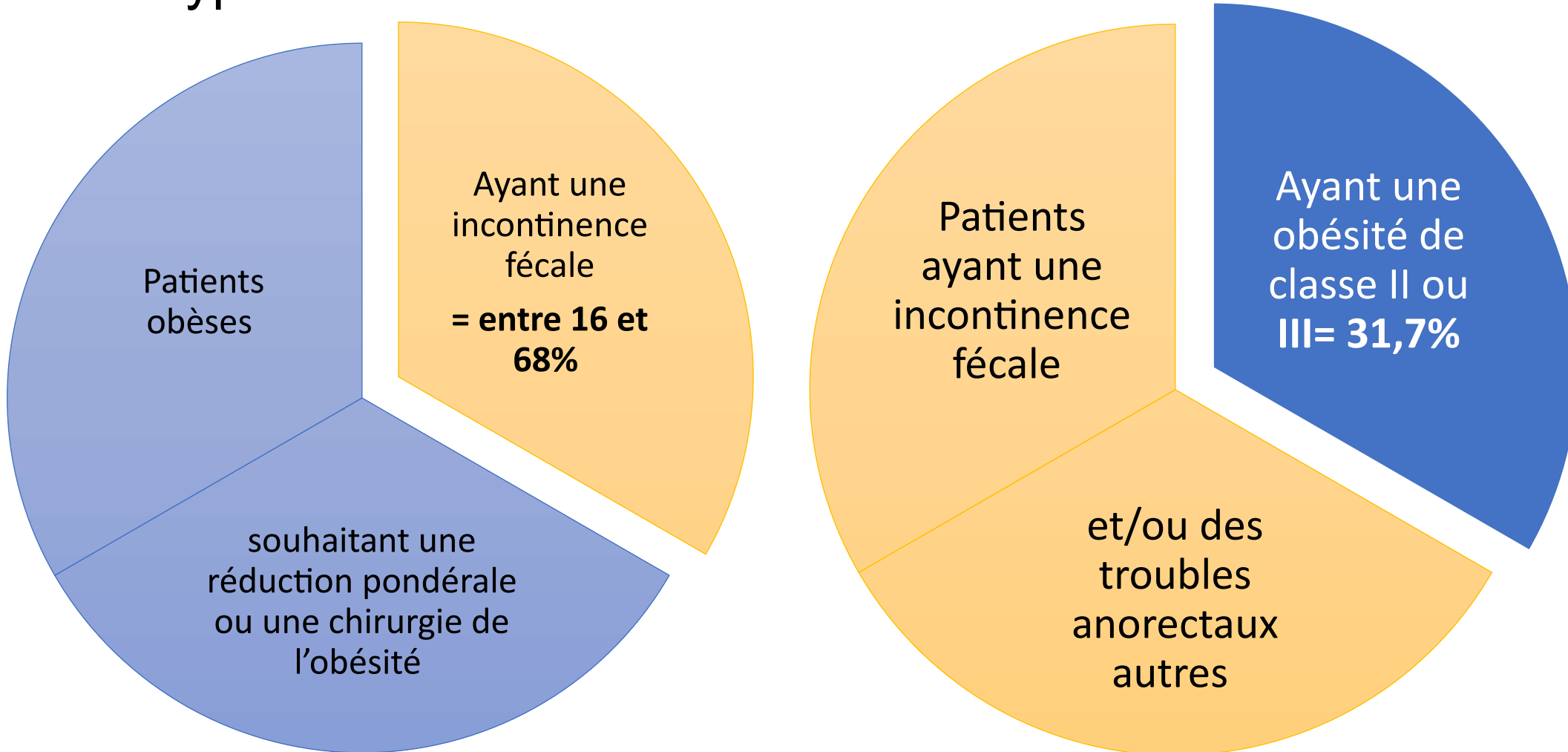
Constipation



Troubles de
la statique
rectale

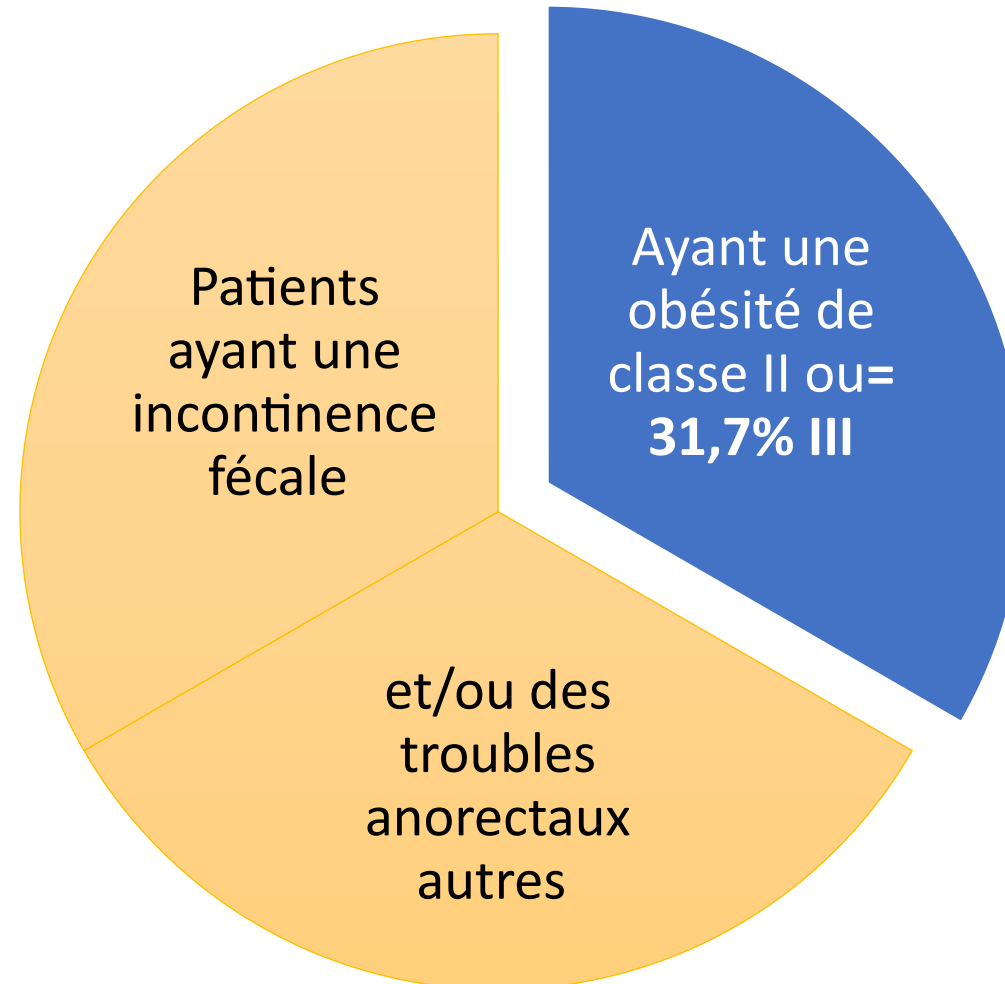
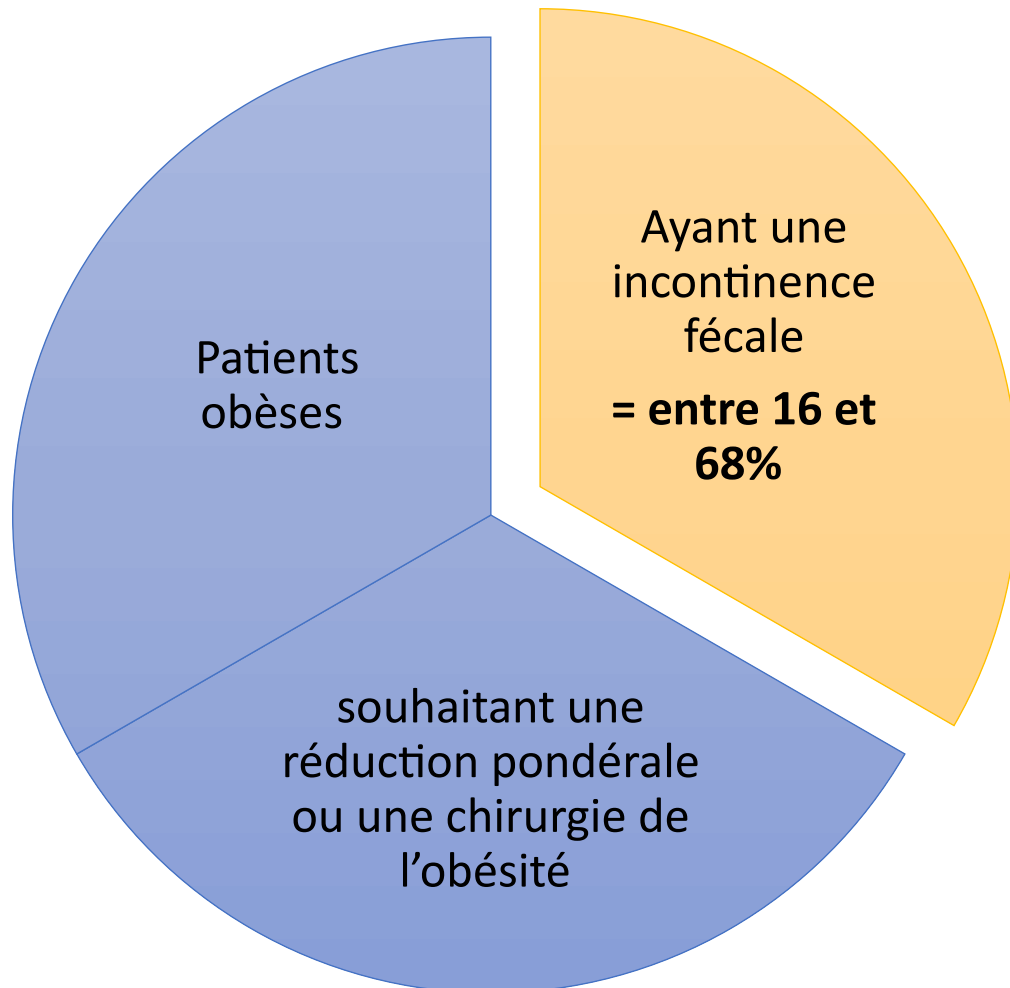
Incontinence anale et obésité: le risque

- 2 types d'évaluation



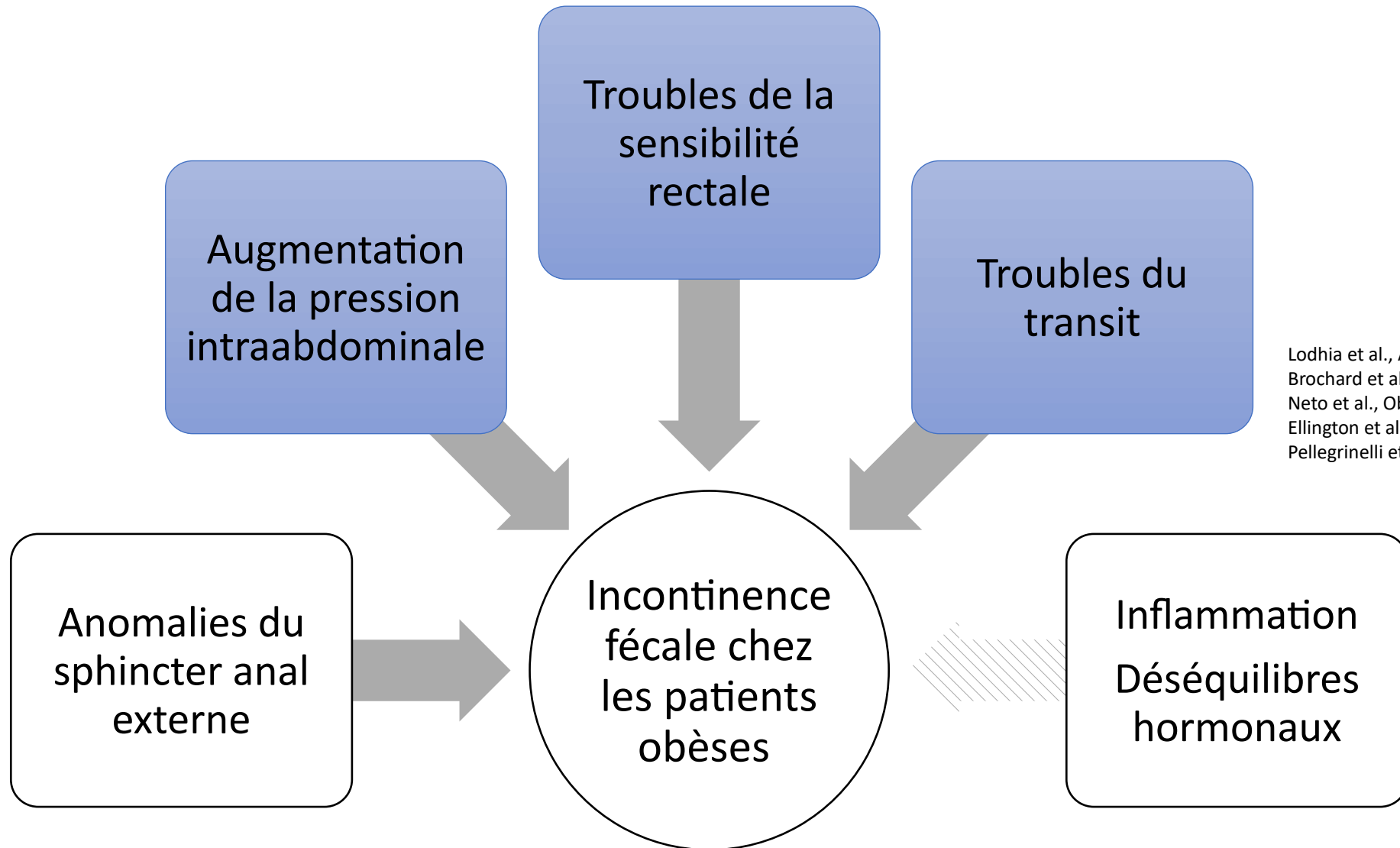
Incontinence anale et obésité: le type d'IA

- 2 types d'évaluation



Incontinence fécale aux selles liquides, Impériosités Incontinence anale active

Incontinence anale et obésité: la physiopathologie



Lodhia et al., Am J Gastroenterol 2025
Brochard et al., Neurogastroenterol Motil 2017
Neto et al., Obes Surg 2017
Ellington et al., Int Urogynécol 2013
Pellegrinelli et al., Diabetes, 2015

Incontinence anale après chirurgie bariatrique, une évolution en miroir de l'incontinence urinaire?



L'incontinence urinaire chez les obèses est améliorée par la chirurgie bariatrique



Incontinence anale après chirurgie bariatrique, une évolution en miroir de l'incontinence urinaire?



L'incontinence urinaire chez les obèses est améliorée après chirurgie bariatrique



L'incontinence anale chez les obèses n'est pas toujours améliorée après chirurgie bariatrique

Incontinence anale après chirurgie bariatrique, une évolution en miroir de l'incontinence urinaire?



L'incontinence urinaire chez les obèses est améliorée après chirurgie bariatrique



L'incontinence anale chez les obèses n'est pas toujours améliorée après chirurgie bariatrique

Chirurgie de type By pass
Sexe féminin
Absence de troubles du transit



Facteurs associés à l'amélioration des troubles de la continence anale

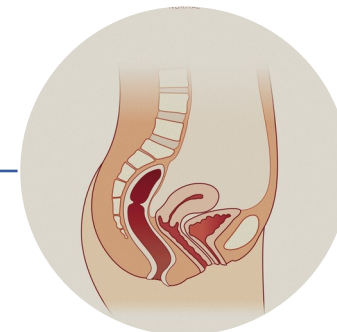
Pathologies anorectales et obésité



Incontinence
anale



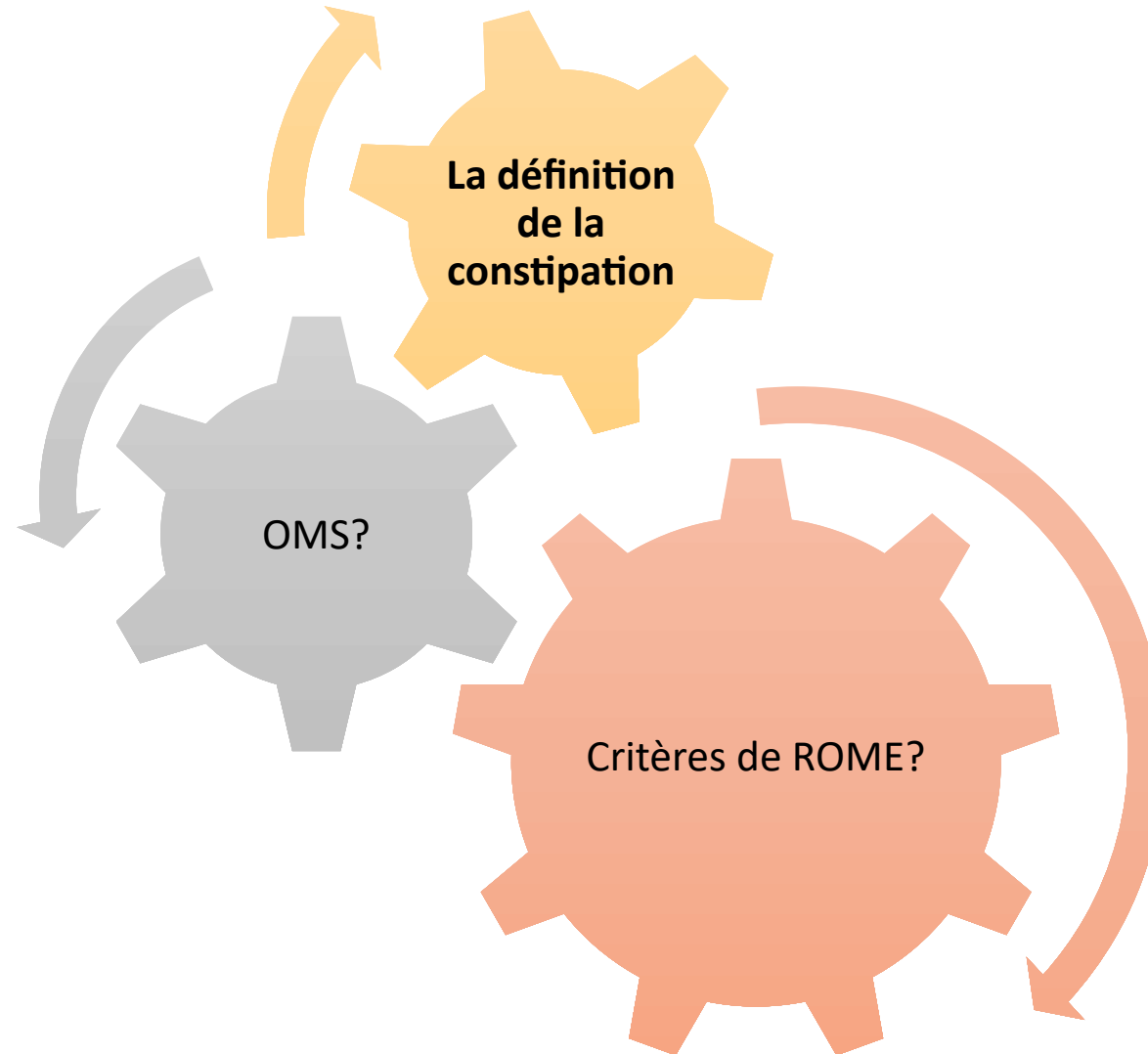
Constipation



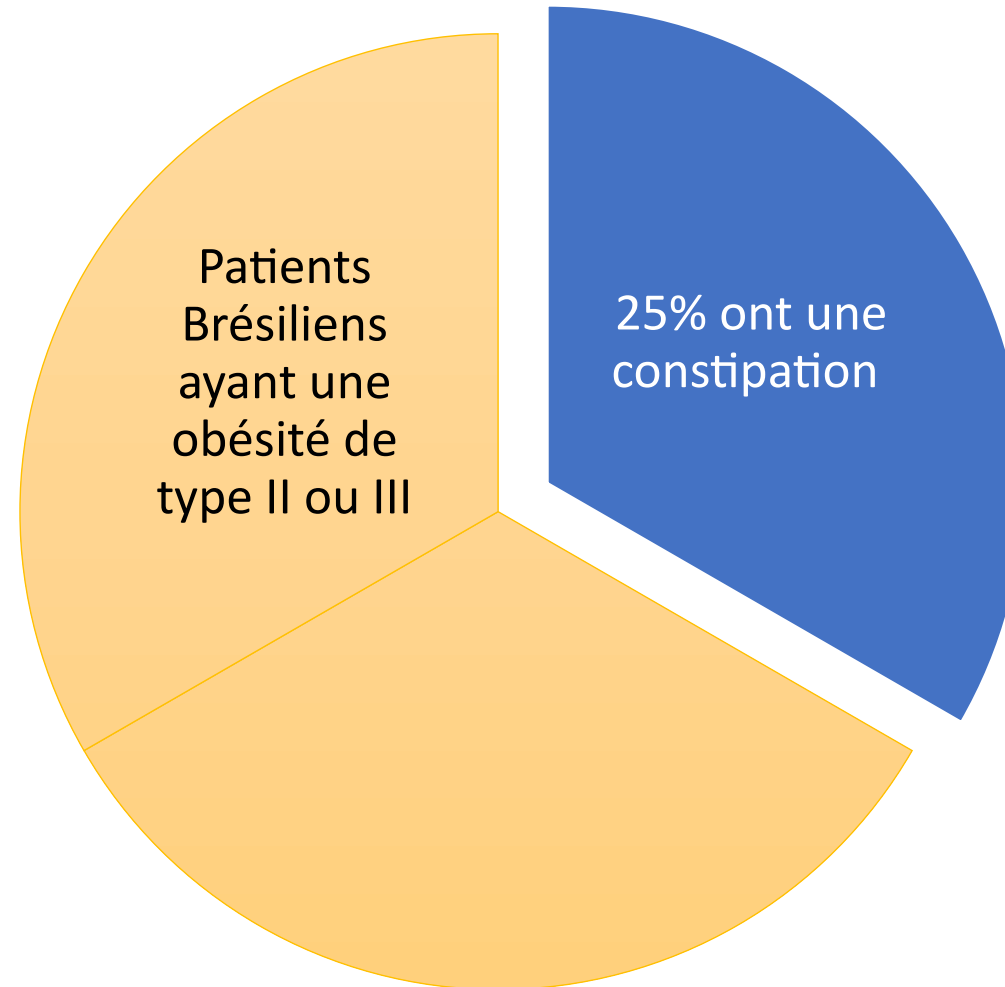
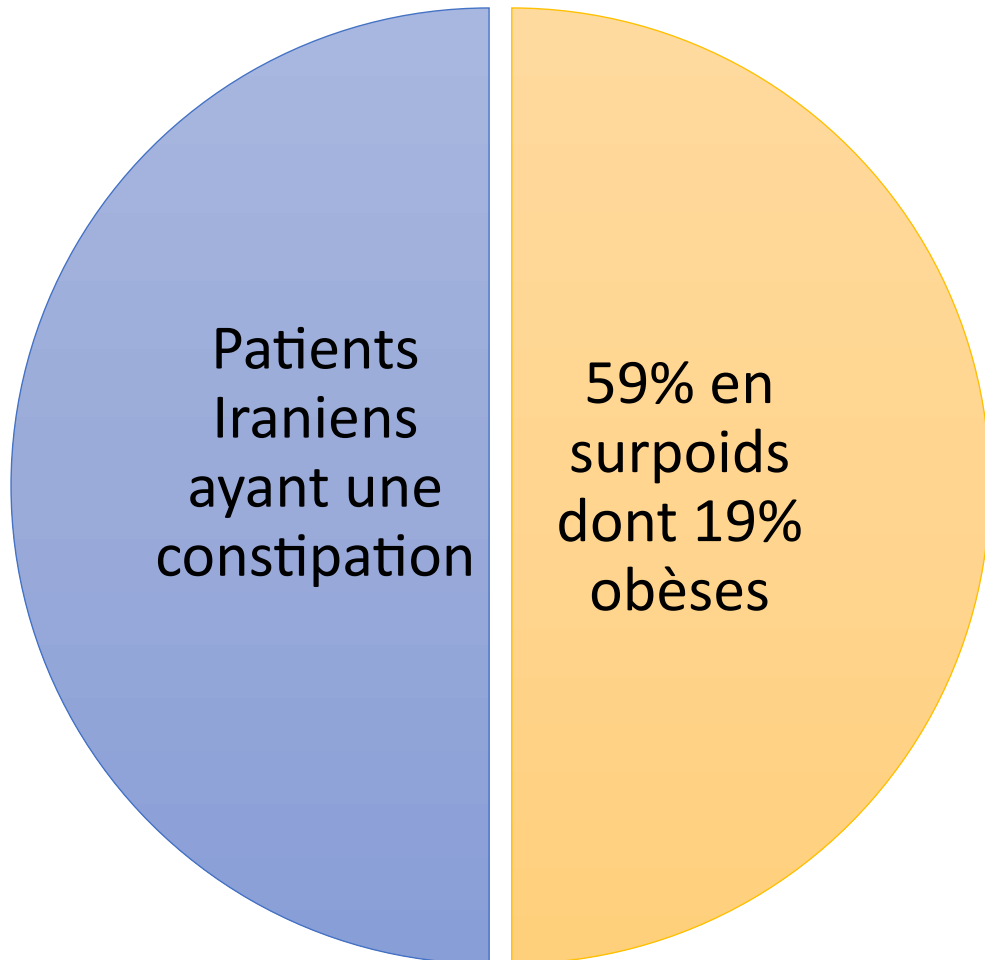
Troubles de
la statique
rectale

Constipation et obésité: le risque?

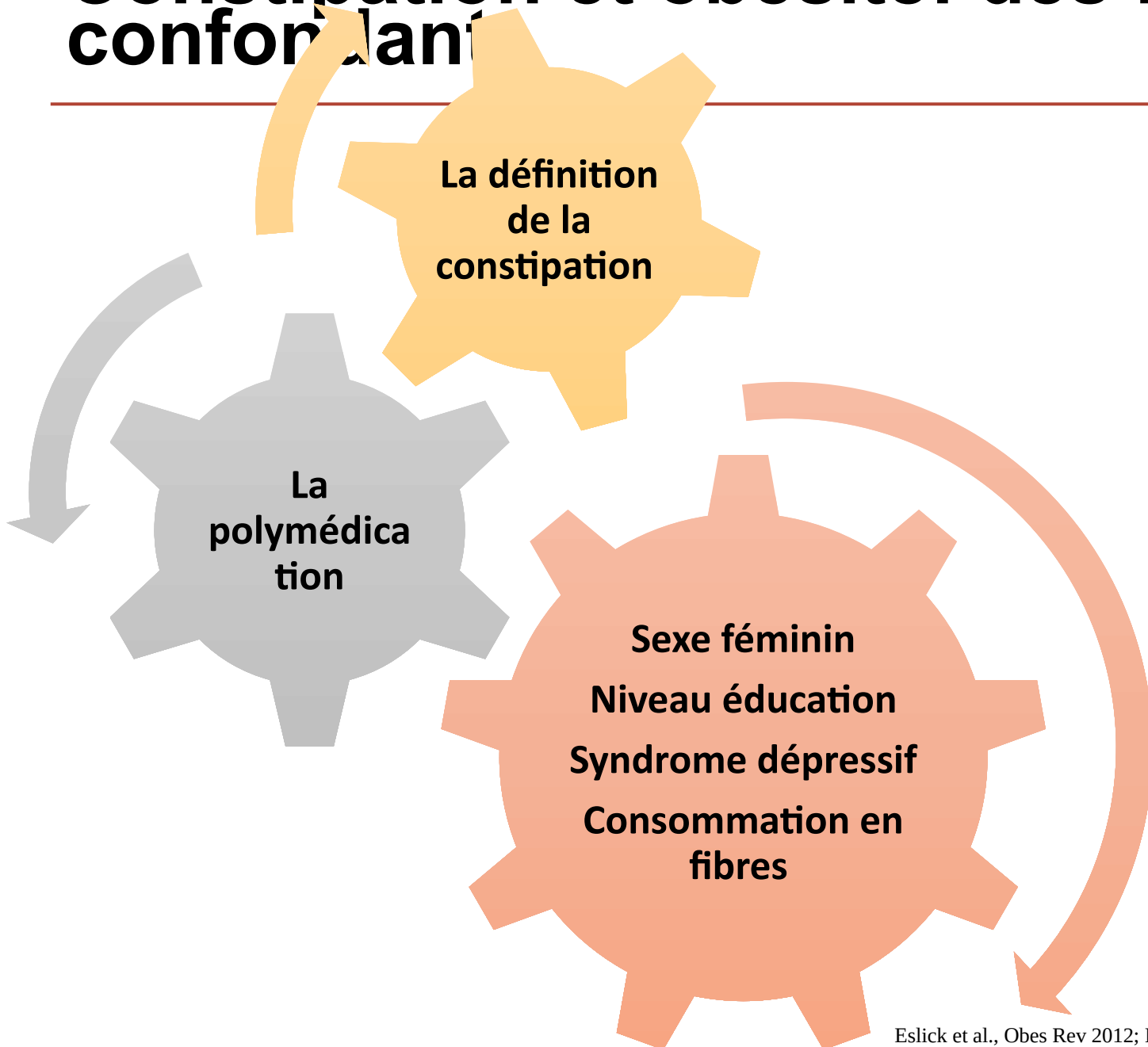
Constipation et obésité: le risque varie selon.....



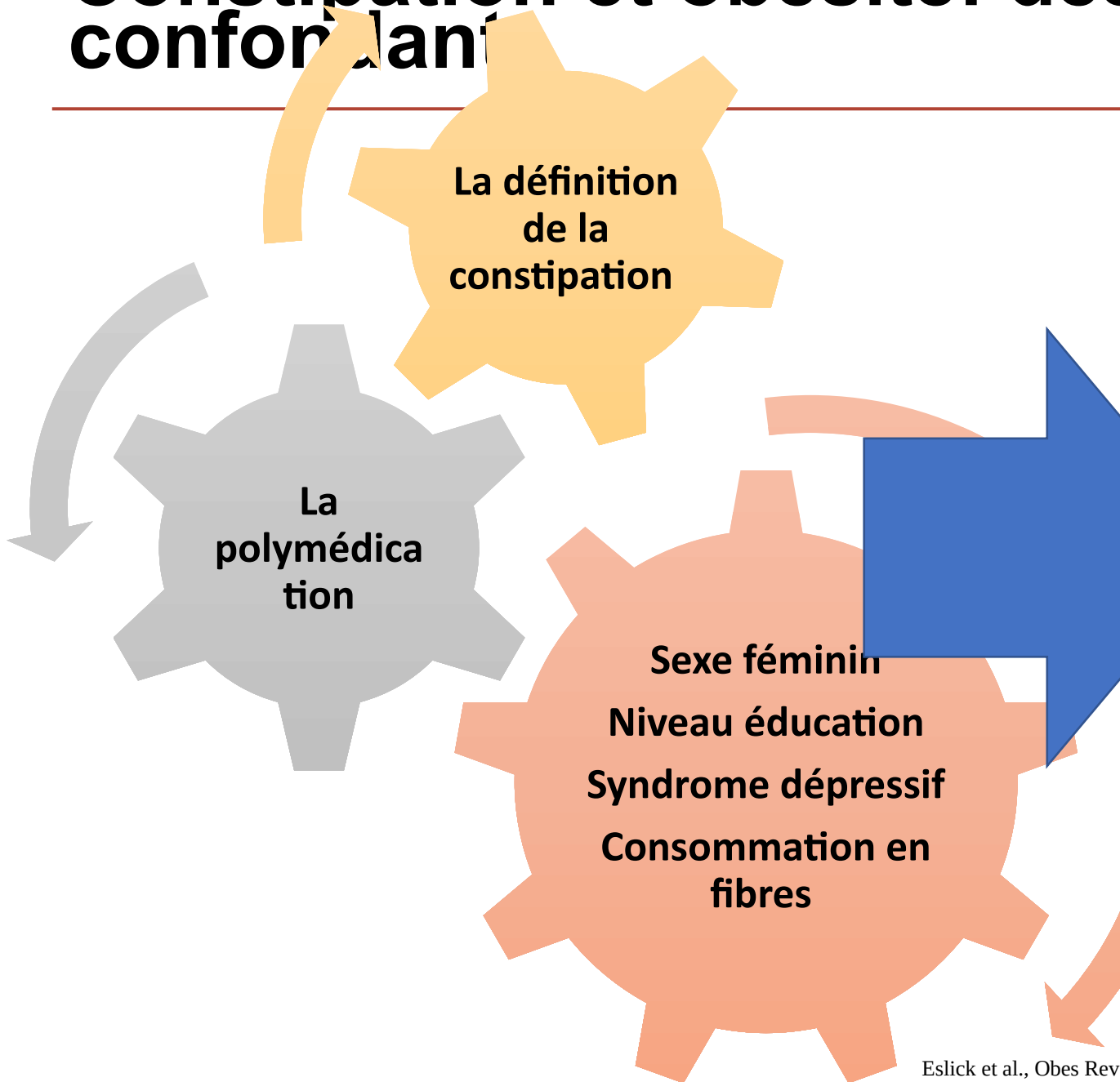
Constipation et obésité: le risque selon Rome III



Constipation et obésité: des facteurs confondants



Constipation et obésité: des facteurs confondants



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION

ouvrage réalisé avec la participation et le soutien de



Douze situations cliniques courantes : quelles stratégies pour quelle pathologie ?

(algorithme commenté et référencé) - Coordination L. Siproudhis

Constipation de transit : approche classique simple	C. Zallot
Constipation d'évacuation : approche classique simple	E. Pommaret
Constipation et incontinence fécale	A. Garros
Encoprésie	C. Favreau-Weltzer
Grossesse et post-partum	M. Eléouet
Constipation chez le malade neurologique	C. Brochard, L. Siproudhis
Troubles de la statique rectale	E. Duchalais, G. Meurette, P-A. Lehur
Anisme	T. Wallenhorst
Fécalome	L. Siproudhis, C. Brochard
Cancer et chimiothérapie	T. Uguen
Gestion post opératoire de la constipation	A. Venara, A. Hamy
Constipation et chirurgie proctologique	P. Roumeguère

Constipation après chirurgie de l'obésité

Dimension	Median (25th–75th percentile) or <i>n</i> (%)	T1 < 6M PO <i>n</i> = 35 (30.7%)	T2 ≥ 6–12M PO <i>n</i> = 21 (18.4%)	T3 ≥ 1–5 Y PO <i>n</i> = 58 (50.9%)	<i>p</i>
Hard stools	1 (1–2)	1 (1–2.5)	1 (1–3)	1 (1–2)	0.823
Urgent episodes to evacuate	2 (1–3)	2 (1–3)	1 (1–4)	2 (1–3)	0.972
Frequency of bowel movements	2 (1–3)	2 (1.5–4) ^b	1 (1–2) ^a	2 (2–3) ^b	0.005
Frequency of your defecations					0.451
Once in 1–2 days	28 (26.4)	7 (21.2)	5 (26.3)	16 (29.6)	
1–2 times a day	50 (47.2)	14 (42.4)	11 (57.9)	25 (46.3)	
2–3 times a day	13 (12.3)	5 (15.2)	2 (10.5)	6 (11.1)	
3 times a week or less	13 (12.3)	7 (21.2)	0 (0.0)	6 (11.1)	
More than 3 times a day	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (1.9)	

=> Une aggravation possible mais transitoire

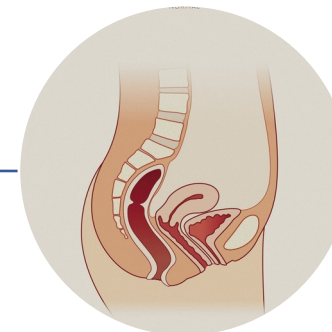
Pathologies anorectales et obésité



Incontinence
anale

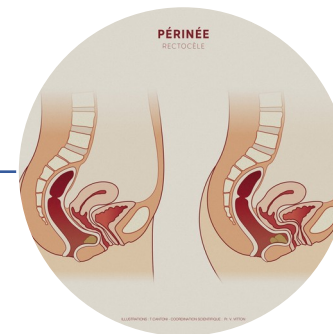
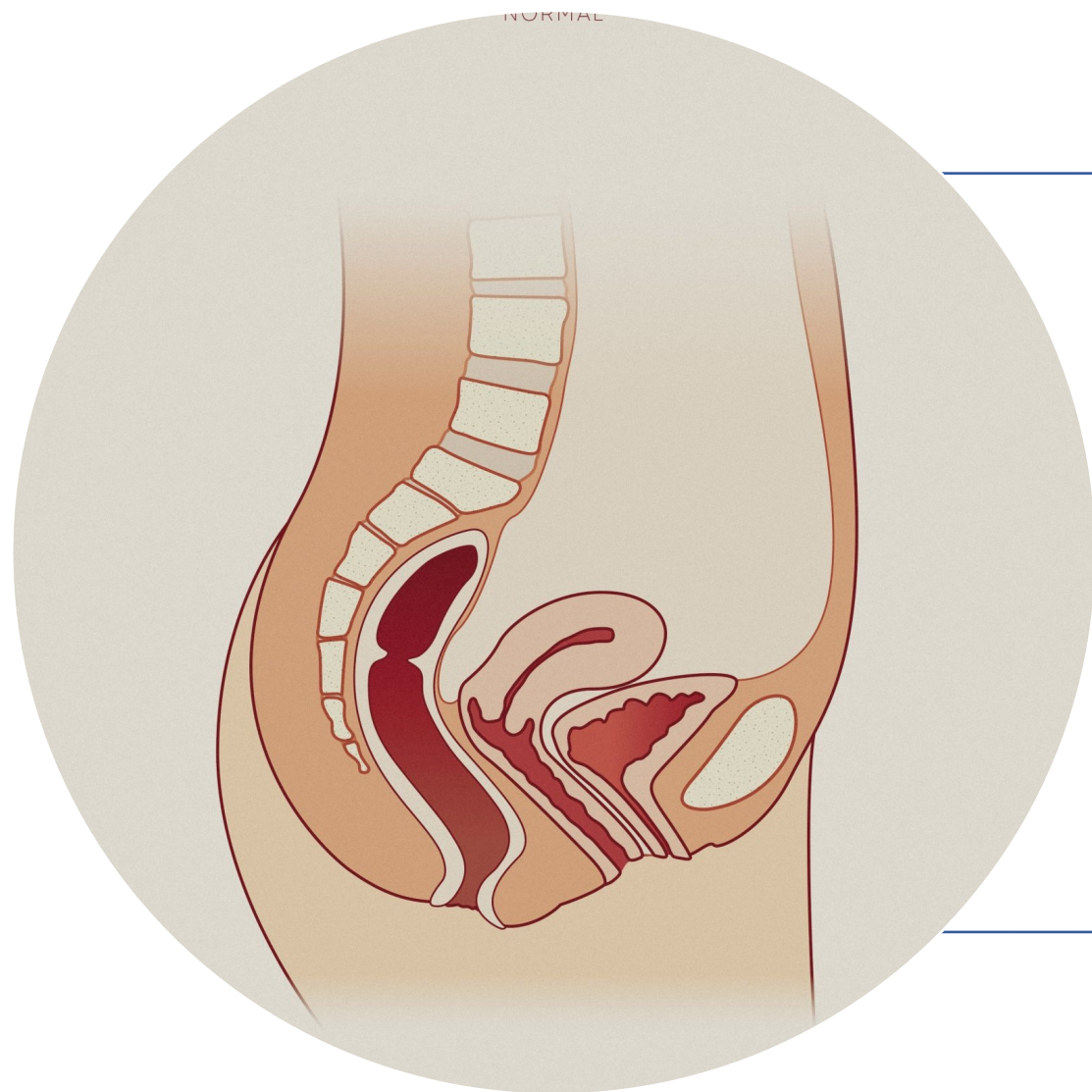


Constipation

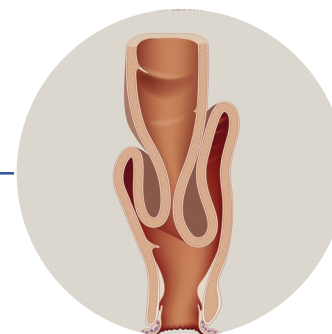


Troubles de
la statique
rectale

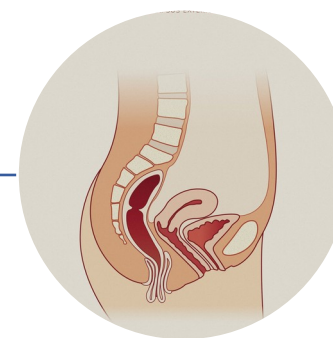
Troubles de la statique rectale



Rectocèle

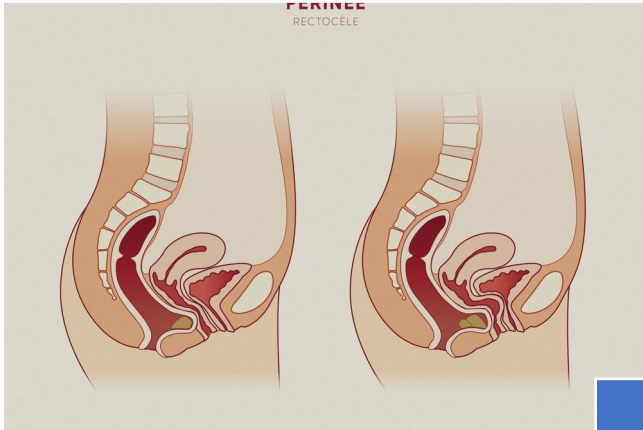


Prolapsus
rectal
interne



Prolapsus
rectal
externe

Rectocèle et obésité: les risques



- définition variable
- association symptôme/anomalie anatomique
- évaluation globale non spécifique
- biais d'échantillonnage

Un risque probablement augmentée de rectocèle chez les obèses (OR 2.62)

Amélioration des symptômes après chirurgie bariatrique

Change in PFDI-20 and PFIQ-7 from baseline to follow-up points

Questionnaire	Baseline	6 mo	12 mo	<i>P</i> value
Mean PFDI-20	39.0 ± 37.1	17.5 ± 27.0	14.2 ± 24.5	<.0001
Mean UDI-6	18.8 ± 20.1	8.2 ± 16.6	5.4 ± 14.7	<.0001
Mean CRADI-8	9.8 ± 13.3	5.6 ± 10.3	5.4 ± 9.6	<.0001
Mean POPDI-6	10.3 ± 13.9	4.1 ± 8.6	3.8 ± 9.8	<.0001
Mean PFIQ-7	9.8 ± 23.2	1.3 ± 5.0	.8 ± 4.4	<.0001
Mean UIQ-7	5.5 ± 14.2	.4 ± 2.4	0 ± .5	<.0001
Mean CRAIQ-7	3.7 ± 11.6	.9 ± 4.4	.7 ± 4.3	.0006
Mean POPIQ-7	.6 ± 4.0	0 ± 0	0 ± 0	.049

PFDI-20 = Pelvic Floor Distress Inventory short form; UDI-6 = Urinary Incontinence Distress Inventory; CRADI-8 = Colorectal-Anal Distress Inventory; POPDI-6, Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory; PFIQ-7 = Pelvic Floor Impact Questionnaire short form; UIQ-7 = Urinary Impact Questionnaire; CRAIQ-7 = Colorectal-Anal Impact Questionnaire; POPIQ-7 = Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire.

Amélioration des symptômes après chirurgie bariatrique sans amélioration anatomique..

Clinical, functional, and radiologic evaluation results Stratified by evaluation point			
Variable	Baseline	12 mo	New onset
Perineal clinical examination (n = 20)			
Rectocele (%)	14 (70.0)	15 (75.0)	1
Rectoanal intussusception (%)	9 (45.0)	9 (45.0)	0
Perineal descent (%)	6 (30.0)	6 (30.0)	0
Cystocele (%)	3 (15.0)	5 (25.0)	2
Uterine prolapse (%)	0	0	0

Points forts

- 🕒 L'**obésité** (IMC supérieur ou égal à 30kg/m²) dont la prévalence **augmente dans le monde et en France** a des répercussions proctologiques.
- 🕒 **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.