

# Prise en charge d'une constipation terminale

↻ Anne-Marie Leroi

(✉) INSERM U1073, Service de Physiologie Digestive, Urinaire, Respiratoire et Sportive, CHU Rouen, 76031 Cedex. Tél.: 02 32 88 80 39

E-mail: anne-marie.leroi@chu-rouen.fr

## Introduction

La constipation terminale ou distale est définie par un dysfonctionnement anorectal responsable de difficultés d'évacuation des matières. Elle peut se traduire par plusieurs symptômes regroupés dans les critères de Rome III sous le terme de constipation fonctionnelle [1]. Il s'agit d'efforts de poussée abdominale pour déféquer, d'émission de selles dures et fractionnées, de sensation de défécation incomplète, de sensation d'obstruction, de blocage des selles dans le canal anal, de nécessité de réaliser des manœuvres d'évacuation digitale. La constipation terminale est très fréquente, concernant 13 % à 20 % de la population générale française [2]. Ses répercussions sur la qualité de vie des patients sont importantes.

## Les différentes causes de constipation terminale

La constipation terminale peut être expliquée par des troubles fonctionnels ou anatomiques ano-rectaux. Parmi les troubles fonctionnels, un dysfonctionnement des sphincters de l'anus (anisme, dyssynergie recto-sphinctérienne, hypertonie anale instable), une hypo- ou acontractilité rectale, une altération de la sensation de besoin exonérateur due à une hyposensibilité rectale ou un mégarectum peuvent expliquer une constipation distale. Les troubles de la statique pelvienne postérieure tels que la rectocèle, la procidence rectale interne, le prolapsus rectal, l'entéroécèle ou sigmoïdocèle, le syndrome du périnée descendant sont également des causes potentielles de constipation distale.

## La dyssynergie ano-rectale ou anisme

L'anisme ou dyssynergie recto-sphinctérienne est définie par une absence de

relaxation ou une contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus et du muscle pubo-rectal lors de la défécation. L'anisme est responsable d'une constipation terminale, expliquée par l'obstacle fonctionnel que réalise la contraction de l'anus lors de l'exonération, entraînant des efforts de poussée intenses et répétés. Il est souvent comportemental et associé à un antécédent d'abus sexuel [3]. Il peut être également d'origine neurologique (on parle alors de dyssynergie ano-rectale). La dyssynergie ano-rectale striée est alors associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne striée. Les signes digestifs sont donc souvent associés à des signes urinaires (dysurie et besoins impérieux en particulier).

Le diagnostic d'anisme repose classiquement sur l'électromyogramme du sphincter anal et/ou l'enregistrement des pressions anales au cours d'un effort de défécation. Il est important, quel que soit le test utilisé, de vérifier la reproductibilité de l'anisme si possible avec d'autres méthodes diagnostiques. Ainsi Rao *et al.* ont démontré que la sensibilité des explorations pour effectuer le diagnostic d'anisme augmentait si un autre test était ajouté à la manométrie ano-rectale comme le test d'expulsion du ballonnet ou le temps de transit des marqueurs confirmant le caractère distal de la constipation [4]. L'apport des nouvelles techniques de manométrie ano-rectale haute résolution pour le diagnostic d'anisme reste à démontrer [5].

## Autres pathologies ano-rectales fonctionnelles

L'hypertonie anale instable se traduit en manométrie par des contractions anales de grande amplitude et de basse fréquence. Elle est source de constipation distale car associée à une relaxation insuffisante du sphincter anal interne lors des efforts de défécation. Son origine est comportementale (fré-

## Objectifs pédagogiques

- Savoir identifier un trouble de la statique pelvienne
- Savoir identifier un asynchronisme abdomino-pelvien
- Connaître les indications et les résultats de la rééducation sphinctérienne
- Connaître les indications et les résultats de la prise en charge chirurgicale des troubles de la statique

quemment associée au syndrome de l'intestin irritable) ou neurologique. Les autres anomalies fonctionnelles sont rectales. L'hypo-sensibilité rectale atténuée ou supprime la sensation de besoin exonérateur. Elle peut être secondaire à une maladie neurologique. Elle peut s'expliquer également par la présence d'un mégarectum congénital (maladie de Hirschsprung) ou acquis. Il s'agit d'une cause fréquente de constipation du sujet âgé. La distension rectale au cours de la manométrie avec mesure de la pression et de la compli-ance rectales permet de faire le diagnostic de mégarectum. Enfin, l'hypocontractilité rectale se traduit par une absence de contraction rectale lors des efforts de défécation, entité radiologique récemment décrite chez 6 % des patients dyschésiques [6]. Cette « inertie » rectale ne permet pas l'évacuation du rectum malgré l'absence de trouble de la statique ou d'anisme associés. Ce trouble peut se rencontrer au cours de pathologies neurologiques périphériques (syndrome de la queue de cheval) mais parfois l'origine de ce trouble reste méconnue.

### > Les troubles de la statique pelvienne

Les troubles de la statique pelvienne postérieure sont également une cause fréquente de constipation terminale. La rectocèle est une hernie à travers la partie basse de la cloison recto-vaginale. Elle s'observe quasi-exclusivement chez la femme. Elle est favorisée par les traumatismes obstétricaux, les efforts de poussée lors de l'exonération et les chirurgies pelviennes, en particulier l'hystérectomie et la cystopexie. Le problème principal consiste à attribuer la constipation terminale à cette rectocèle car il s'agit d'une anomalie fréquente même chez des femmes asymptomatiques [7]. Une taille importante (> 3 cm) et la nécessité de réaliser des manœuvres digitales endo-vaginales lors de l'effort de poussée pour faciliter l'exonération sont des éléments importants pour attribuer un rôle à la rectocèle dans une constipation terminale.

La procidence rectale interne (ou intususception ou prolapsus rectal interne) est une invagination de la paroi rectale dans le canal anal lors de l'effort de poussée. Une procidence est présente chez 40 % des témoins asymptomatiques [7], ce qui pose le problème comme pour la rectocèle, du lien de

causalité entre anomalie anatomique et constipation terminale. Si la procidence rectale est circonférentielle et impose l'introduction du doigt dans l'an-  
us pour permettre l'exonération, elle est probablement cause de constipation terminale. Elle est confirmée par une anoscopie suivie d'une rectoscopie au tube rigide au cours d'efforts de poussée abdominale qui confirme la nature musculo-muqueuse et le caractère circonférentiel de la procidence. Le prolapsus rectal qui correspond à une extériorisation de la procidence rectale par le canal anal, se traduit par des épisodes d'incontinence fécale avec émission de glaires associées à une constipation distale.

Le syndrome du périnée descendant se définit comme une descente anormale de l'angle ano-rectal au-dessous de la ligne pubo-coccygienne. La descente périnéale rend moins efficace la poussée exonératrice. Il n'est pas toujours facile de savoir si cette descente périnéale est la cause ou la conséquence des efforts de poussée.

Une sigmoïdocèle, surtout observée après hystérectomie, peut être responsable d'un ralentissement recto-sigmoïdien avec un besoin que le malade qualifie de « haut situé » lié à la rétention des matières dans le sigmoïde et l'impression que les matières « ne veulent pas descendre ».

---

## Intérêt et stratégie des explorations complémentaires

---

### > Les symptômes ano-rectaux permettent-ils d'orienter vers un mécanisme physiopathologique particulier ?

Les symptômes cliniques ne permettent pas de prédire avec certitude le type de constipation (constipation de transit ou distale) et encore moins son mécanisme physiopathologique. La sensation de défécation incomplète est plus fréquente chez les patients avec une constipation distale mais ce symptôme reste peu spécifique [8]. Les efforts de poussée abdominale pour déféquer sont aussi fréquemment observés chez les patients constipés quel que soit leur type de constipation [8]. Seules l'impression d'obstruction anale et la nécessité d'effectuer des manœuvres digitales pour faciliter

l'évacuation semblent plus spécifiques d'une constipation distale [8].

### > Stratégie d'exploration d'une constipation distale (Fig. 1)

Chez un patient qui présente des symptômes évocateurs de constipation distale, il paraît nécessaire, dans un premier temps, de s'assurer de l'absence de lésion organique si besoin par la réalisation d'une coloscopie.

L'examen clinique est essentiel pour confirmer la présence de selles dans le rectum (confirmation du caractère distal de la constipation) et pour la recherche de troubles de la statique pelvienne. L'examen clinique peut être effectué en position allongée, en décubitus latéral gauche (prolapsus, procidence, périnée descendant) et en décubitus dorsal (rectocèle, colpocèle) mais peut être complété par un examen en position assise voire accroupie et toujours au repos et en poussée pour mettre en évidence les troubles de la statique pelvienne postérieure.

Lorsque la symptomatologie et l'examen clinique sont évocateurs de constipation distale, un traitement médical associant suppositoires et/ou lavements sera le plus souvent proposé aux patients. Ce n'est qu'en cas d'échec de ce traitement médical bien conduit ou si les troubles de la statique sont importants et représentent une gêne pour le patient que les explorations seront réalisées en complément de l'examen clinique. Un temps de transit montrant une stase recto-sigmoïdienne ainsi que l'expulsion en position assise d'un ballonnet distendu en plus de 5 minutes (test d'expulsion du ballonnet) [9] sont évocateurs de constipation distale avec difficultés d'exonération des matières. Lorsque la constipation est distale, la manométrie ano-rectale permettra de mettre en évidence un anisme (contraction paradoxale du sphincter anal externe lors des efforts de poussée), une hypertonie anale instable ou un mégarectum. Le diagnostic des troubles de la statique pelvienne responsable de constipation (rectocèle, procidence ou prolapsus rectal, entérocèle ou sigmoïdocèle) est essentiellement clinique. Toutefois, la défécographie avec recherche d'entérocèle, ou l'IRM-défécographie permettront de confirmer ces troubles. Ils sont essentiellement réalisés dans le cadre d'un bilan pré-opératoire. L'IRM-défécographie minimise certains

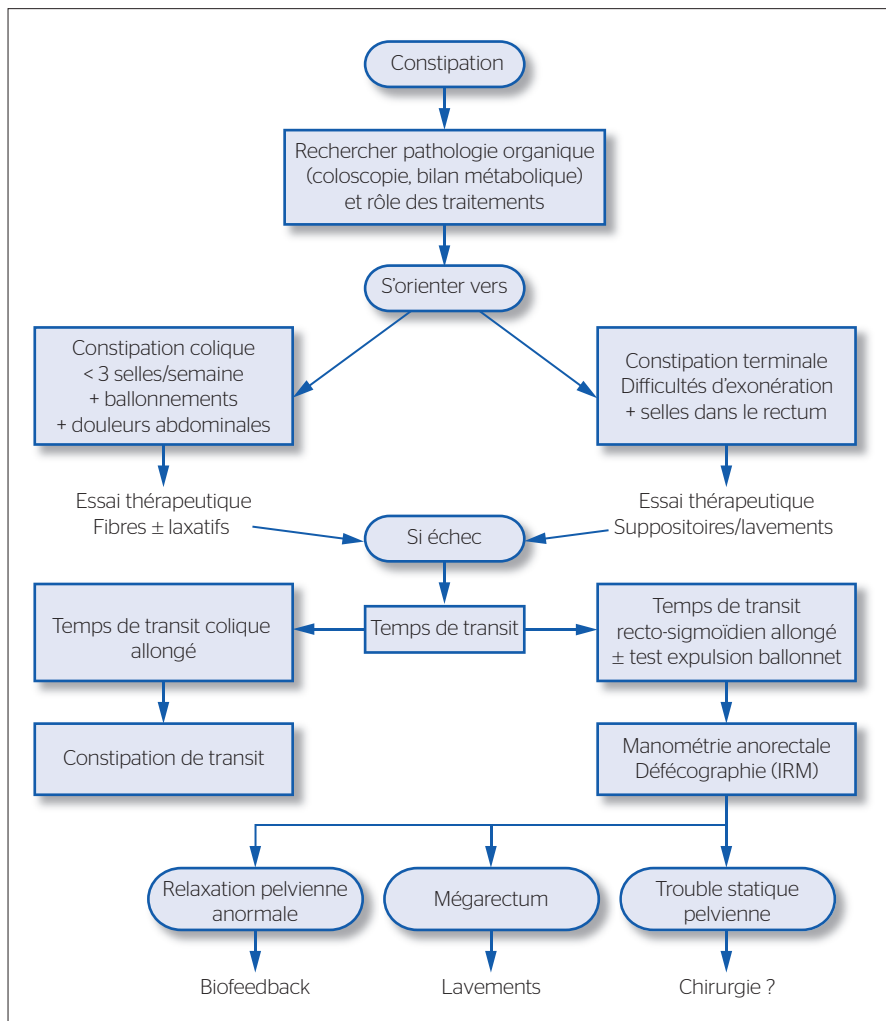


Figure 1. Algorithme de prise en charge des patients souffrant de constipation distale

troubles de la statique car elle est réalisée en position allongée. En revanche, elle est non irradiante et permet de faire le bilan de l'ensemble des troubles de la statique pelvienne (vessie, utérus) souvent associés.

La prise en charge d'une constipation distale est rendue difficile par le fait que :

- 1) les troubles ano-rectaux sont fréquemment associés, ce qui implique que la correction d'un seul trouble ne soulagera pas le patient. Il faut donc faire un bilan périnéal complet et dans la mesure du possible, traiter l'ensemble des dysfonctionnements observés ;
- 2) les anomalies observées ne sont pas toujours responsables des troubles ano-rectaux. Il faudra confirmer l'imputabilité des anomalies pelviennes observées dans les symptômes du patient ;
- 3) l'association aux troubles urinaires ou génito-sexuels est fréquente et doit être prise en compte lors de la prise en charge des patients.

Compte tenu de ces difficultés potentielles lors de la prise en charge de patients souffrant de constipation terminale, il est recommandé de discuter des cas les plus complexes lors de réunions pluridisciplinaires centrées sur les troubles périnéaux.

## Traitements de la constipation distale

### > Traitements médicaux

La constipation distale peut être traitée par mise en place régulière de suppositoires et/ou lavements associés si besoin aux règles hygiéno-diététiques et aux laxatifs (laxatifs de lest, lubrifiants, osmotiques).

En plus des traitements locaux traditionnels, il est aujourd'hui possible d'utiliser un système d'irrigation rétrograde trans-anales (Peristeen commercialisé par la société Coloplast et rem-

boursé à condition que la constipation soit d'origine neurologique). Ce système permet de faire un grand lavement à l'eau en position assise, de façon autonome, grâce à la présence sur la canule d'irrigation d'un ballonnet qui permet de maintenir la sonde en place, d'éviter les fuites d'eau lors des irrigations [10]. L'irrigation dure en moyenne 45 minutes. Cette irrigation peut permettre d'évacuer les selles jusqu'à l'angle colique gauche. Elle peut être réalisée de façon quotidienne ou une fois tous les 2 ou 3 jours en fonction des besoins du patient. L'irrigation trans-anales rétrograde a démontré son efficacité pour le traitement de la constipation distale essentiellement chez les patients neurologiques et chez les patients souffrant de constipation compliquée d'incontinence anale [10]. Les effets secondaires sont rares même si de rares cas d'hémorragie digestive et de perforation ont été rapportés. Le système est contre-indiqué chez les patients ayant une sténose anale ou rectale, une pathologie inflammatoire digestive, une diverticulite, un cancer colorectal, une chirurgie rectale de moins de 3 mois, une polypectomie effectuée il y a moins d'un mois, une colite ischémique. Une diverticulose sévère, des antécédents de radiothérapie, une corticothérapie au long cours, la prise d'anticoagulants font partie des contre-indications relatives à cette technique [11]. L'utilisation de ce système nécessite un apprentissage effectué auprès d'un personnel médical ou paramédical formé à l'utilisation de ce dispositif.

Lorsqu'il existe une constipation distale avec anisme, la rééducation périnéale par la technique du biofeedback est efficace chez environ 60-70 % des patients traités [12]. Il semble plus efficace que les autres traitements médicaux. Le recours au biofeedback multiplierait par 5 les chances d'amélioration de la constipation par comparaison aux autres traitements médicaux [13]. Il est difficile de préciser quelle méthode de biofeedback doit être utilisée parce que les études sont peu nombreuses et difficilement comparables. Néanmoins, il semble que l'utilisation de l'EMG donne de meilleurs résultats [13]. Le biofeedback reste donc un des traitements à proposer en première ligne aux patients souffrant de constipation distale lorsqu'il existe un anisme et ce d'autant que les patients ont une sensibilité rectale normale et sont motivés. La principale difficulté actuelle du

biofeedback est de trouver un thérapeute disponible pour le réaliser.

Peu d'études ont rapporté les résultats d'injections de toxine botulique dans le sphincter anal des patients non neurologiques présentant un anisme. Les résultats à court terme seraient satisfaisants (70 % d'amélioration) sans cas d'incontinence fécale rapporté secondairement [14, 15].

### > Traitements chirurgicaux

Lorsqu'il existe une rectocèle significative (supérieure à 3 cm, avec nécessité de manœuvres d'évacuation endovaginales, persistance de produit de contraste dans la rectocèle) responsable de constipation distale, un traitement chirurgical peut être envisagé. Il faudra auparavant :

- 1) évaluer le risque de démasquer une incontinence anale postopératoire (évaluation de la compétence des sphincters anaux) ;
- 2) rechercher une autre cause de constipation (constipation de transit associée, autres causes de constipation distale) qui devra si possible être traitée ;
- 3) rechercher une cause à la rectocèle (par exemple anisme, hypertonie anale instable) car si la cause n'est pas traitée, la rectocèle risque de récidiver.

Si la rectocèle est isolée, un abord chirurgical par voie basse est privilégié car plus simple, avec globalement plus de 70 % de bons résultats à moyen terme [16]. Les voies d'abord peuvent être périnéo-vaginale ou trans-anale, cette dernière reposant sur deux techniques différentes. La première est de réaliser une mucoséctomie rectale antérieure et de plicaturer la musculature sous-jacente, technique décrite initialement par Sullivan. La seconde plus récente consiste en une résection rectale hémi-circulaire antérieure et postérieure à la pince mécanique ou technique de STARR (Stapled Trans-Anal Rectal Resection). Il semblerait que les résultats fonctionnels soient de meilleure qualité par voie périnéo-vaginale [17]. Le traitement d'une rectocèle est plus rarement envisagé par voie abdominale si ce n'est lorsqu'il existe un autre trouble de la statique pelvienne, antérieure ou postérieure, ou une élytrocèle. Il s'agit alors d'une colpopexie postérieure associée à une rectopexie.

Lorsqu'il existe un prolapsus rectal, la chirurgie de référence est la rectopexie, soit une fixation du rectum aux structures osseuses adjacentes à l'aide de bandelettes synthétiques, réalisée par voie d'abord abdominale laparoscopique. Quelle que soit la technique utilisée, les récurrences à long terme sont inférieures à 10 %, avec une amélioration de la continence anale dans 50 % à 95 % des cas [18, 19, 20]. L'effet secondaire principal est la survenue ou l'aggravation d'une constipation, qui survient dans 40 à 80 % des cas (46). Il existe trop peu d'études pour déterminer quel type de chirurgie est la moins « constipante » [21]. Cependant, il semble que les chirurgies avec préservation des ligaments sacrés latéraux, effectuées par voie coelioscopique et comprenant une résection colique associée (en cas de constipation de transit associé au prolapsus), soient moins pourvoyeuses de constipation postopératoire [21]. Il est probablement plus prudent chez les patients ayant un prolapsus rectal d'évaluer le temps de transit colique afin de prévenir ce risque en choisissant le geste chirurgical le moins à risque de constipation postopératoire.

Le traitement d'une procidence rectale interne de haut grade impliquée dans la constipation terminale reste sujet à controverse. Elle peut être traitée par voie basse endo-anale (STARR) ou par rectopexie. La voie abdominale paraît devoir être privilégiée s'il existe un risque d'incontinence anale postopératoire (incompétence sphinctérienne associée), lorsqu'il existe d'autres troubles de la statique périnéale associée (prolapsus vaginal) [22].

Lorsque la constipation distale résiste aux traitements conventionnels, en dehors de trouble de la statique pelvienne, la stimulation des racines sacrées pourrait être une alternative thérapeutique [23]. La stimulation des racines sacrées consiste à placer une électrode au contact d'une des racines sacrées (le plus souvent S3). Cette électrode est connectée à un boîtier externe pendant une période de 3 semaines. Si, après cette période test, la stimulation améliore significativement la constipation, le boîtier temporaire est remplacé par une électrode implantée en sous-cutanée et connectée à l'électrode de stimulation. La stimulation est ensuite permanente. Plusieurs études ont rapporté des résultats satisfaisants (aussi bien dans la constipation de

transit que distale) mais qui doivent être confirmés par des études randomisées, contrôlées et effectuées sur un plus long terme.

## Conclusion

La constipation terminale est fréquente et altère la qualité de vie des patients. Sa prise en charge passe par une évaluation clinique et en cas d'échec du traitement médical de première intention, par des investigations complémentaires visant à identifier les anomalies ano-rectales responsables et à établir une corrélation entre les symptômes dont se plaint le patient et les anomalies ano-rectales observées.

## Références

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-92.
2. Frexinos J, Denis P, Allemenad H, Allouche S, Los F, Bonnelye G. Étude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française. *Gastroenterol Clin Biol* 1998;22:785-91.
3. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hemond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci* 1995;40:1411-6.
4. Rao SS, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (Anismus). *Neurogastroenterol Motil* 2004;16:589-96.
5. Rao SS, Hasler WL. Can high-resolution anorectal manometry shed new light on defecatory disorders? *Gastroenterology* 2013;144:263-5.
6. Faucheron JL, Dubreuil A. Rectal akinesia as a new cause of impaired defecation. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1545-9.
7. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant DE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737-49.
8. Koch A, Voderholzer WA, Klauser AG, Müller-Lissner S. Symptoms in chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1997;40:902-6.
9. Ratuapli S, Bharucha AE, Harvey D, Zinsmeister AR. Comparison of rectal balloon expulsion test in seated and left lateral positions. *Neurogastroenterol Motil* 2013; 25:e813-20. doi: 10.1111/nmo.12208. Aug 19.
10. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, et al. A randomized controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology* 2006;131:738-47.
11. Emmanuel AV, Krogh K, Bazzocchi G, Leroi AM, Bremers A, Leder D, van Kuppevelt D, Mosiello G, Vogel M, Perrouin-Verbe B, Coggrave M, Christensen P. Consensus

- review of best practice of transanal irrigation in adults. *Spinal Cord* 2013;51:732-8.
12. Jodorkovsky D, Dunbar KB, Gearhart SL, Stein EM, Clarke JO. Biofeedback therapy for defecatory dysfunction: "real life" experience. *J Clin Gastroenterol* 2013;47:252-5.
  13. Koh CE, Young CJ, Young JM, Solomon MJ. Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction. *Br J Surg* 2008;95: 1079-87.
  14. Maria G, Cadeddu F, Brandara F, Marniga G, Brisinda G. Experience with type A botulinum toxin for treatment of outlet-type constipation. *Am J Gastroenterol* 2006;101: 2570-5.
  15. Farid M, El Monem HA, Omar W, El Nakeeb A, Fikry A, Youssef T, Yousef M, Ghazy H, Fouda E, El Metwally T, Khafagy W, Ahmed S, El Awady S, Morshed M, El Lithy R. Comparative study between biofeedback retraining and botulinum neurotoxin in the treatment of anismus patients. *Int J Colorectal Dis* 2009;24:115-20.
  16. Van Dam JH, Hop WCJ, Schouten WR. Analysis of patients with poor outcome of rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1556-60.
  17. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Apr 30;4:CD004014.
  18. Holmstrom B, Broden G, Dolk A. Results of the Ripstein operation in the treatment of rectal prolapse and internal rectal procidentia. *Dis Colon Rectum* 1986;29:845-8.
  19. Tsiaoussis J, Chrysos E, Athanasakis E, Pechlivanides G, Tzortzinis A, Zoras O, et al. Rectoanal intussusception: presentation of the disorder and late results of resection rectopexy. *Dis Colon Rectum* 2005;48: 838-44.
  20. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg* 2004;91:1500-5.
  21. Tou S, Brown SR, Malik AL, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4:CD001758.
  22. Festen S, van Geloven AA, D'Hoore A, Lindsey I, Gerhards MF. Controversy in the treatment of symptomatic internal rectal prolapse: suspension or resection? *Surg Endosc* 2011;25:2000-3.
  23. Knowles CH, Thin N, Gill K, et al. Prospective randomized double-blind study of temporary sacral nerve stimulation in patients with rectal evacuatory dysfunction and rectal hyposensitivity. *Ann Surg* 2012;255:643-9.

## LES CINQ POINTS FORTS

La constipation terminale peut être secondaire à des anomalies fonctionnelles et/ou anatomiques qui sont fréquemment associées.

Un interrogatoire soigneux et un examen clinique dynamique complet sont indispensables avant de décider les explorations complémentaires.

La prise en charge de la constipation distale doit tenir compte des différentes causes souvent associées, de la gêne du patient, des répercussions sur la qualité de vie.

Chez les patients ayant un anisme, la rééducation périnéale par la technique du biofeedback est efficace chez 60 à 70 % des patients.

Si le traitement chirurgical de la rectocèle est bien codifié, celui de la procidence interne de haut grade reste sujet à controverse.

## Questions à choix multiple

---

### Question 1

L'anisme (*une seule réponse exacte*) :

- A. correspond à une relaxation du sphincter anal au moment de la défécation
  - B. est obligatoirement d'origine neurologique
  - C. peut être amélioré par rééducation périnéale par biofeedback
  - D. est responsable d'une constipation de transit
  - E. n'est observé qu'en cas d'antécédent d'agression sexuelle
- 

### Question 2

La rééducation périnéale par biofeedback (*une seule réponse exacte*) :

- A. nécessite l'obtention d'un signal visible ou audible par le patient
  - B. est efficace chez 90 % des patients ayant une constipation terminale
  - C. est plus efficace en cas d'hypertonie instable comparé à l'anisme
  - D. est efficace chez les patients ayant une constipation de transit
  - E. a une efficacité indépendante de la sensibilité rectale
- 

### Question 3

Sur quels critères reposent l'indication du traitement chirurgical de la rectocèle ?

- A. La taille de la rectocèle
- B. La qualité de la vidange rectale sur les clichés de défécographie
- C. La qualité de la commande volontaire
- D. Un anisme
- E. Le recours à des manœuvres digitales pour faciliter l'évacuation des matières