

Prolapsus rectal

➔ **Laurent Siproudhis, Véronique Desfourneaux**

(✉) Pôle Abdomen & Métabolisme, Groupe InPhy CIC 1414 et U 991, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes Cedex

E-mail : laurent.siproudhis@chu-rennes.fr

Définition, présentation et nosologie

On définit par prolapsus rectal une invagination endoluminale de toute ou partie de la paroi rectale. Cette invagination naît le plus souvent à 8 cm de la marge anale à l'occasion d'un effort de poussée. Le front de progression (partie basse du prolapsus) peut rester limité à la cavité rectale (procidence de bas grade), s'engager dans le canal anal ou s'extérioriser (prolapsus de haut grade). Il est classique d'individualiser, parmi les procidences rectales internes, celles qui ne concernent que la muqueuse (le plus souvent sur la face antérieure du rectum), et celles qui impliquent la totalité de la paroi rectale (le plus souvent circonférentiels) (Fig. 1) [1]. Ces anomalies anatomiques sont à distinguer de la procidence muqueuse du bas rectum (immédiatement sus-anale), contemporaine d'une maladie hémorroïdaire. Les contraintes mécaniques induites par le prolapsus sur la paroi elle-même peuvent être responsables de lésions traumatiques et ischémiques se traduisant macroscopiquement par un aspect inflammatoire, par une ou plusieurs ulcérations (rectite pré-ulcéreuse et ulcère solitaire du rectum) (Figs 2, 3). Ce type de lésions macroscopiques concerne 7 à 12 % des séries chirurgicales. Il existe parfois des remaniements fibreux et métaplasiques de la partie haute du canal anal. Ces lésions sont histologiquement comparables à celles observées en cas de syndrome de l'ulcère solitaire du rectum.

Le diagnostic de prolapsus rectal extériorisé est un diagnostic clinique dynamique imposant la participation active du patient (effort de poussée). Lorsque le front d'invagination ne s'extériorise pas, il vaut mieux utiliser le terme de procidence interne du rectum ou intussusception. À la différence du prolap-

sus rectal extériorisé, le diagnostic de procidence rectale interne repose au mieux sur les données de l'examen radiologique qui permet de définir s'il s'agit d'un prolapsus muqueux ou complet, s'il intéresse uniquement la paroi rectale antérieure ou s'il est circonférentiel. Cependant, un aspect radiologique de prolapsus interne de bas grade est observé près d'une fois sur deux chez les volontaires sains ou chez les patients asymptomatiques [2]. De ce fait, attribuer une valeur pathologique à un prolapsus rectal interne nécessite que plusieurs conditions soient réunies : i) la présence de symptômes évocateurs (faux besoins, impression d'évacuation incomplète), ii) l'absence d'autre trouble fonctionnel susceptible d'expliquer à lui seul les troubles et iii) le caractère circonférentiel du prolapsus interne [3].

L'ensemble de ces troubles de la statique de la paroi rectale est regroupé sous le terme de syndrome du prolapsus rectal, auquel correspondent des modes d'expression symptomatique non spécifiques. Il peut s'agir de symptômes i) de constipation (9 à 78 %), ii) de difficultés subjectives d'évacuation ou dyschésie (12 à 78 %), iii) de sensations d'évacuation incomplète (34 à 91 %), iv) de syndrome rectal caractérisé par l'émission de glaires et de sang (27 à 67 %), v) d'algies pelviennes périnéales et hypogastriques (22 à 78 %), et enfin vi) d'une incontinence fécale pour les selles liquides dans 25 à 78 % des cas [4]. Les points qui vont être abordés dans la suite du manuscrit concernent exclusivement la prise en charge diagnostique et thérapeutique du prolapsus extériorisé. La procidence interne du rectum a fait l'objet d'une analyse et d'un développement récent*.

* <http://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/procidence-interne-du-rectum-syndrome-de-l'ulcere-solitaire-du-rectum-exclus/>

Objectifs pédagogiques

- Connaître les circonstances du diagnostic
- Savoir réaliser un examen clinique
- Connaître les indications des explorations complémentaires
- Connaître les différentes prises en charge thérapeutiques et leurs indications



Figure 1. Aspect de prolapsus total extériorisé tel qu'il permet le diagnostic lors de la consultation. Il est important de demander au malade examiné de faire un effort de pousser ou d'exonération pour identifier un tel aspect. Un examen clinique statique le méconnaît le plus souvent



Figure 2. Les lésions induites par le front de migration du prolapsus rectal peuvent être à type d'ulcération mais aussi d'épaississement blanchâtre pseudopolypoïde comme dans cette observation

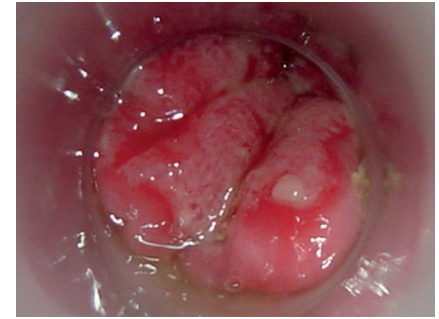


Figure 3. Le diagnostic de prolapsus rectal peut être difficile tant qu'il n'est observé ni par le malade ni par le clinicien d'extériorisation du prolapsus. Certains signes cliniques indirects comme une ulcération rectale basse permettent de le suspecter

Pré-requis pathogéniques

Le syndrome du prolapsus rectal est une entité anatomique le plus souvent évidente qui pourrait rendre caduque toute réflexion pathogénique. En l'intégrant dans le cadre large des prolapsus pelviens ou des hernies, on conçoit naturellement que les facteurs de risques y sont communs et que les troubles de la statique pelvienne y sont fréquemment associés. En revanche, il persiste des méconnaissances qui concernent tant la genèse des troubles et la responsabilité symptomatique du prolapsus que la correction des troubles fonctionnels observés après traitement chirurgical. En cela, les anomalies de la physiologie anorectale observées et la réponse thérapeutique apportent parfois plus de questions que de réponses au cadre pathogénique du prolapsus, mais elles peuvent contribuer aux stratégies de traitement et de suivi.

Ce qui est connu : les facteurs de risque et les troubles de la statique pelvienne associés

Le prolapsus du rectum survient aux âges extrêmes de la vie et plus volontiers chez le jeune homme ou la femme âgée [5]. Il est classique de retenir les facteurs de risque que sont un long passé de constipation, des antécédents de chirurgie périnéale, qu'elle soit gynéco-obstétricale ou proctologique. Il existe également des situations pathogéniques spécifiques qui sont rencontrées dans le cadre d'un syndrome du prolapsus rectal, qu'il s'agisse

d'un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire (syndrome d'Ehler Danlos) ou d'une mucoviscidose. On conçoit donc naturellement i) qu'une constipation chronique ancienne, avec effort important d'évacuation, puisse induire un prolapsus du rectum, ii) que la prévalence des symptômes de constipation soit importante chez les patients se plaignant d'un prolapsus du rectum et iii) que le traitement isolé du prolapsus n'améliore que peu ou pas les symptômes de constipation de transit.

Les troubles antérieurs et postérieurs de la statique pelvienne sont fréquemment observés en cas de prolapsus du rectum parce qu'ils reposent sur une base pathogénique probablement commune : il existe néanmoins une importante carence bibliographique dans ce domaine. Les principaux troubles de la statique pelvienne postérieure observés sont i) une descente périnéale excessive au repos et/ou en poussée rencontrée dans la quasi-totalité des cas de prolapsus, ii) une rectocèle ou iii) une entéroccèle. Cette dernière entité est fréquente et probablement sous-estimée en cas de prolapsus rectal, le sac herniaire (cul-de-sac de Douglas et anses grêles) s'immiscant dans l'invagination rectale. Lorsque l'opacification de l'intestin grêle est réalisée, 44 % des prolapsus rectaux identifiés par défécographie s'accompagnent d'une entéroccèle [6]. Cette association a une importance à la fois pathogénique et thérapeutique, parce que l'absence de correction chirurgicale de l'entéroccèle expose le prolapsus rectal opéré à un risque élevé de récurrence.

Ce qui questionne : la physiologie anorectale et les effets de la chirurgie sur les troubles de la continence

Le syndrome du prolapsus du rectum s'accompagne le plus souvent d'un anus court, ayant une hypotonie de repos et une contraction volontaire insuffisante en amplitude et en durée. Cette hypotonie de repos est plus marquée en cas de prolapsus extériorisé qu'en cas de procidence interne. Il existe souvent une corrélation inverse entre la pression de repos du canal anal et le score d'incontinence [7]. Cette hypotonie peut être secondaire à une neuropathie d'étirement du fait de la descente périnéale excessive observée, mais cette condition n'est pas suffisante puisqu'elle n'est observée que dans un quart des cas environ. Il est possible qu'il existe des lésions anatomiques du sphincter anal interne soumis aux contraintes mécaniques du prolapsus : l'aspect endosonographique fin et irrégulier du sphincter anal interne le suggère. L'hypothèse la plus vraisemblable est néanmoins celle d'une inhibition fonctionnelle de l'activité mécanique et électrique du sphincter anal interne. Il a effectivement pu être montré que le réflexe recto-anal inhibiteur était absent dans 52 à 73 % des cas de prolapsus rectaux extériorisés [8]. Cette constatation manométrique pourrait être le reflet d'une inhibition permanente de l'activité mécanique et électrique du sphincter anal interne. Elle résulterait, soit de la stimulation rectale basse produite par la paroi rectale invaginée (réflexe

recto anal inhibiteur permanent), soit d'une activité phasique rectale accrue [8].

De façon un peu contradictoire, il existe un important hiatus entre la prévalence élevée des symptômes de constipation et l'absence habituelle de trouble objectif de l'évacuation chez les patients ayant un syndrome du prolapsus rectal. Si deux tiers des patients se plaignent d'une constipation au sens le plus large du terme, il n'existe pas de diminution de la fréquence hebdomadaire des selles (questionnaire standardisé) ou de signe objectif de ralentissement du transit colique (marqueurs radio-opaques) dans 60 à 91 % des cas. Par ailleurs, il n'existe habituellement pas de trouble objectif de l'évacuation rectale quand celle-ci est évaluée par un test d'expulsion. Ce test est normal plus de 9 fois sur 10 avant le geste opératoire. Par ailleurs, chez les patients se plaignant de dyschésie, la présence d'un prolapsus rectal interne ou de haut grade s'accompagne dans plus de 80 % des cas d'une évacuation rectale normale [9].

Ainsi les symptômes de constipation rapportés chez les patients souffrant d'un prolapsus rectal procèdent plus à une sensation liée à l'invagination intra-rectale (présentations à la selle répétées et infructueuses) qu'à une constipation d'évacuation vraie.

L'évaluation des traitements du prolapsus rectal apporte en matière de compréhension pathogénique des éléments importants.

– La correction chirurgicale du prolapsus rectal améliore habituellement les symptômes d'incontinence dans 27 à 88 % des cas. Cette amélioration survient, quel que soit le type de chirurgie, à condition qu'elle corrige le prolapsus rectal sur le plan anatomique... Y compris par proctectomie ! Plus encore, l'amélioration des symptômes d'incontinence survient alors même qu'aucun geste chirurgical n'a été effectué au niveau du canal anal et que les performances anales manométriques ne sont modifiées que de façon assez marginale. Ce constat incite à évoquer la responsabilité directe du prolapsus rectal dans la genèse des symptômes d'incontinence [10].

– Le traitement chirurgical isolé du prolapsus rectal peut induire ou aggraver une constipation préexistante. Ces symptômes ont surtout été décrits après rectopexie par voie abdominale

avant l'avènement des approches mini invasives cœlioscopiques. La prévalence de la constipation postopératoire et l'incidence d'une constipation *de novo* postopératoire survenaient respectivement dans 31 à 88 % et 17 à 43 % des cas après rectopexie conventionnelle. Ce trouble de l'évacuation a pu être attribué à des lésions iatrogènes de l'innervation rectale induit par le geste chirurgical et expliquer également l'incidence accrue des anomalies neurophysiologiques associées (électro sensibilité du canal anal et du rectum, sensibilité subjective rectale à la distension) [11]. Lors de la dissection ou l'interposition de matériel prothétique dans la concavité sacrée notamment, les lésions du parasymphatique sacré ont également été responsables de troubles moteurs observés, non pas au niveau du rectum, mais en amont du montage chirurgical. Des troubles de la motricité sigmoïdienne avec une inversion de gradient aboral étaient rendus responsables de l'allongement du temps de transit colique observé et des symptômes de constipation *de novo* [12].

Reconnaître et explorer un syndrome du prolapsus rectal

Évoquer le syndrome du prolapsus rectal

Les personnes qui consultent dans le cadre de symptômes en rapport avec un syndrome du prolapsus rectal peuvent avoir une expression évidente lorsque la plainte est principalement liée à l'extériorisation transanale de la paroi rectale, mais il n'existe parfois que des signes indirects. Dans certaines situations, un clinicien doit savoir évoquer un syndrome du prolap-

sus rectal en l'absence d'extériorisation du prolapsus. La recherche de signes même discrets de syndrome rectal est une démarche active et fondamentale du clinicien consulté : il associe à divers degrés une impression d'évacuation incomplète, des émissions de glaires et de sang, une sensation de corps étranger endocanalaire. Des situations plus trompeuses ou atypiques doivent également alerter et faire évoquer cette hypothèse. Elles sont rapportées dans le Tableau I.

Un examen clinique consciencieux

L'identification clinique d'un prolapsus rectal extériorisé n'est pas aussi facile qu'il y paraît. L'examen clinique doit être dynamique, c'est-à-dire qu'il repose sur la participation active d'un malade mis en confiance. Il est plus facile d'extérioriser le prolapsus en position accroupie ou sur les toilettes (ne pas hésiter à accompagner la personne dans ce lieu intime). L'extériorisation du prolapsus peut être facilitée par une introduction digitale guidant la défécation. Lorsque l'extériorisation n'est pas obtenue, faites confiance aux malades et aux smartphones pour identifier ce prolapsus circulaire si caractéristique et dont la confusion avec une pathologie hémorroïdaire n'est pas possible (Fig. 1). Par ailleurs, les signes indirects comme un syndrome rectal et un périnée descendant prononcé en poussée ont une forte valeur d'orientation. Il est important de compléter l'examen clinique par l'identification des troubles de la statique pelvienne associés. Une demi-valve ou un spéculum de Colin permettent d'analyser la dynamique de la paroi vaginale antérieure et postérieure et une palpation bidigitale de la cloison rectovaginale permet d'évoquer l'éventualité d'une entérocele.

Tableau I. Principales situations cliniques qui doivent faire évoquer un syndrome du prolapsus rectal

- Notion d'hémorroïdes évoquées par un patient dyschésique
- Extériorisation d'une masse anale lors de la défécation
- Émissions de glaires dans le sous-vêtement dans le cadre d'une incontinence passive
- Manœuvres digitales défécatoires notamment endocanalaire
- Syndrome rectal à rectoscopie normale
- Lésions muqueuses inflammatoires suspendues de la première valvule de Houston
- Douleurs hypogastriques et fessières à irradiation descendante lors des efforts de défécation
- Pesanteurs pelviennes mécaniques
- Sensation de corps étranger endocanalaire
- Troubles de la statique pelvienne *a fortiori* chez une personne hystérectomisée
- Hypotonie inhabituelle et anus court lors d'un examen clinique
- « Ballonnisation » du périnée postérieur en poussée lors de l'examen clinique
- Périnée descendant en poussée chez un homme
- Dyssynergie anorectale évoquée en manométrie mais sans support clinique

Faut-il explorer et pourquoi ?

Les explorations peuvent compléter l'examen clinique mais de façon non obligatoire. Les objectifs qui leur sont fixés peuvent concerner la recherche d'une pathologie associée en cas de signes d'alarme comme les rectorragies et les glaires (coloscopie), le diagnostic positif de la procidence et la recherche d'éléments pouvant aider à la décision thérapeutique ou à préciser le pronostic fonctionnel ultérieur. Les explorations complémentaires utiles à l'exploration d'un syndrome du prolapsus rectal sont rapportées dans le Tableau II. Lorsque le prolapsus rectal est extériorisé et qu'une décision thérapeutique de ventrofixation est envisagée (cf. *infra*), aucune exploration n'est souvent nécessaire, autre que celle d'éliminer une pathologie organique colorectale associée. L'examen clinique a une excellente valeur prédictive négative en cas de recherche de signes de la statique pelvienne associée. Ce geste poursuit l'objectif d'une correction efficace du prolapsus, des troubles de l'évacuation et de la continence qui y sont associés. Il n'existe pas de facteur pronostique préopératoire associé à une évolution postopératoire défavorable qui puisse être contrôlé. Aucune exploration fonctionnelle n'est donc nécessaire dans cette démarche qu'il s'agisse d'un temps de transit colique par marqueurs radio opaques, de manométrie anorectale ou d'échographie endocavitaire. En revanche, les explorations sont utiles lorsqu'il est envisagé une approche chirurgicale du prolapsus extériorisé par voie transanale. La correction chirurgicale transanale induit un degré de dilatation

anale peropératoire et une réduction des capacités du réservoir rectal. Elle ne traite pas l'entéroccèle associée. Il est nécessaire, dans cette situation, de rechercher des arguments qui pourraient conduire à contre-indiquer cette approche (hypotonie anale et troubles importants de la continence, réservoir rectal de petite taille avant le geste). À l'inverse, lorsqu'il existe des troubles de l'évacuation avec une dyssynergie (ou anisme) documentée, la correction transanale du prolapsus n'améliore pas les troubles de l'évacuation et les anomalies fonctionnelles qui y sont associées.

Défécographie classique ou déféco IRM ?

Lorsqu'on souhaite observer la défécation au cours d'un examen radiologique, plusieurs conditions vont être rassemblées pour permettre à la personne examinée d'être dans une situation la plus proche possible de ses habitudes quotidiennes et au médecin d'examiner le mieux possible les mouvements du périnée.

La défécographie classique permet l'obtention des données radiographiques permettant ainsi plusieurs éléments importants que sont :

- la capacité d'une vidange rectale efficace qu'on mesure objectivement. C'est en cela un excellent test dynamique d'évacuation rectale ;
- l'aptitude de l'anus et des structures musculaires qui l'entourent (sphincters) à se relâcher de façon efficace lors de la défécation.

Cette vieille méthode d'exploration connaît aussi ses limites, mais elle dispose d'une bonne reproductibilité inter-observateur et intra individuelle au diagnostic de prolapsus et de procidence interne.

L'exploration radiologique par IRM apporte dans l'exploration du pelvis un enrichissement incomparable par la qualité et la précision des informations anatomiques. La multiplication d'acquisitions rapides offre l'opportunité d'une évaluation dynamique des mouvements des organes intra pelviens et de leurs composantes myofasciales d'ancrage par rapport aux structures fixes osseuses du bassin. La semi réplétion vésicale, l'introduction de gel hydrique dans les cavités rectales et vaginales, la pondération des séquences T1, T2 et Fat Sat sont autant d'artifices permettent une analyse privilégiée des structures pelviennes. Ainsi l'IRM allie-t-elle les qualités d'une exploration qui offre une analyse globale, dynamique et non invasive des trois filières pelviennes. En cela, elle alimente, dans le champ des troubles de la statique pelvienne, la réflexion des concepts pathogéniques. Elle invite ainsi à des spéculations qui pourraient remettre en question l'approche clinique et thérapeutique des troubles de la statique pelvienne : la notion de prolapsus ne reposerait plus sur la seule fragilité pariétale des organes concernés (rectum notamment) mais sur des lésions primitives myofasciales méconnues par l'examen clinique et les explorations complémentaires classiques. Il n'en faut pas beaucoup plus aux yeux d'anatomistes pour convaincre les chirurgiens impliqués

Tableau II. Explorations utiles du syndrome du prolapsus rectal

Objectifs	Quelle exploration ?	Pour qui et pour quel type de procidence ?
Comprendre les signes d'alarme (faux besoins)	Endoscopie et recherche de lésions muqueuses rectales	Tout patient avec des signes d'alarme
Analyser l'importance du prolapsus	Défécographie classique	Prolapsus difficile à objectiver en clinique ou sur les données apportées par le malade
Identifier les troubles de la statique pelvienne associés	IRM dynamique	Procidence ou prolapsus extériorisé des malades fragiles ou difficiles à examiner (obésité, mobilité réduite, geste voie basse planifié)
Comprendre une constipation de transit ou d'évacuation	Test d'expulsion et temps de transit colique	Uniquement lorsque les symptômes dominants sont ceux d'une constipation sévère
Comprendre les troubles de la continence	Manométrie anorectale et mesure de l'adaptation rectale	Uniquement lorsque les symptômes dominants sont ceux d'une incontinence
Identifier des facteurs pronostiques	Manométrie et test d'expulsion	Identifier une dyssynergie qui impose une prise en charge propre
Préciser les conditions d'intervention	IRM ou défécographie Manométrie anorectale et endosonographie anale	Exclusivement lorsqu'une chirurgie voie basse est planifiée

dans la prise en charge des troubles de la statique pelvienne, de faire, de cette exploration, la méthode de référence d'évaluation préopératoire de leurs patientes. Cependant les conditions dynamiques sont encore actuellement très artificielles et la sensibilité au diagnostic de la procidence du rectum est très inférieure à celle de la défécographie. Un travail récent a comparé ces deux méthodes aux constatations opératoires chez 50 malades ayant eu l'ensemble des explorations : la corrélation avec les constatations anatomiques était meilleure et excellente avec la défécographie pour le diagnostic de prolapsus extériorisé ou celui de procidence interne. La sensibilité de l'IRM n'était que de 63 % dans ces situations [13]. En cela, et contrairement à son engouement, cette exploration n'est pas bien adaptée au diagnostic des troubles de la statique rectale.

Enjeux thérapeutiques

Les buts du traitement du prolapsus rectal devraient être i) d'améliorer les symptômes liés à la présence du prolapsus ; ii) d'éviter l'apparition ou l'aggravation d'autres symptômes ; iii) de corriger durablement l'anomalie anatomique et iv) de restaurer une physiologie anorectale la plus proche de la normale possible.

De ce fait, il n'y a aujourd'hui que peu de place pour les thérapeutiques chirurgicales temporaires (cerclage péri anal) ou non chirurgicales (bio-feedback) qui ne sauraient prétendre, lors d'études ouvertes, qu'à une amélioration incomplète de la symptomatologie. L'avènement des approches percoelioscopiques de ventropexie mini invasives pèse lourdement sur les choix et les indications opératoires, limitant considérablement les indications des approches chirurgicales transanales, y compris chez les sujets âgés et polypathologiques [14].

Promontofixations

Ventropexie

Les techniques coelioscopiques ont modifié, mais aussi fortement harmonisé, les stratégies de rectopexie au profit d'une approche mini invasive de dissection et d'interposition prothétique antérieure basse appelée également ventropexie [15]. Cette méthode

s'est développée d'une façon générale dans les approches de cure chirurgicale des troubles de la statique pelvienne. La dissection est limitée, l'interposition prothétique est étalée de façon mini invasive et la fixation postérieure est faite sans tension. Cette approche coelioscopique diminue d'un facteur trois la morbidité per et postopératoire par rapport à une approche conventionnelle. La morbidité est plus importante chez les malades obèses et le taux de conversion de la chirurgie laparoscopique également élevé. Les expositions prothétiques sont les principales complications et elles concernent 1,3 % des malades. Cette complication est aujourd'hui exclusivement observée lorsqu'il existe une approche combinée par voie périnéovaginale et abdominale lors du même temps. Cette stratégie doit donc être évitée. La standardisation de la méthode offre aujourd'hui aux patients et à l'équipe chirurgicale des suites le plus souvent sereines avec un taux de complications (toutes confondues) en règle inférieur à 10 %. La période d'hospitalisation est courte (en règle trois jours ou moins) et certains groupes proposent aujourd'hui la réalisation du geste en ambulatoire. La simplicité des suites invite aujourd'hui à étendre les indications aux sujets âgés et/ou fragilisés (maladie psychiatrique) [16]. Les constipations *de novo* et les troubles neurologiques sont aujourd'hui rares. Chez les malades ayant un prolapsus extériorisé ou une procidence interne, la correction anatomique est acquise dans la majorité des cas : le risque de correction incomplète ou de récurrence concerne habituellement moins de 5 % des malades mais on ne dispose pas encore de recul long pour cette méthode récente [17]. Les troubles de la continence sont améliorés de façon franche lorsque la promontofixation de la procidence interne est motivée principalement par des troubles de la continence. Ces résultats restent finalement stables dans le temps à la différence des approches transanales. Cette approche mini invasive de type ventropexie devient, en France, la stratégie de référence des rectopexies [14].

Il faut abandonner les rectopexies autres que la ventropexie

Les alternatives de rectopexies extensives, fixant à la fois la face antérieure et postérieure du rectum aux structures, appartiennent maintenant à une période révolue. Les complications pas-

sées des promontofixations historiques telles que l'intervention de Orr, de Wells et de Ripstein ne semblent pas observées avec les approches mini invasives qui limitent la dissection de la paroi latérale et postérieure du rectum et évitent des atteintes de l'innervation extrinsèque parasympathique. Ainsi, les phénomènes d'aggravation de la constipation ou de constipation sévère *de novo* sont aujourd'hui exceptionnellement observés. Plus encore, chez les malades opérés par ventropexie dans un contexte de constipation d'évacuation, les symptômes de constipation s'améliorent de façon franche. Un très beau travail collaboratif prospectif a montré que ce geste diminuait de façon franche la sévérité de la constipation chez les patients ayant une procidence interne du rectum (n = 151) en utilisant des questionnaires de symptômes et de qualité de vie robustes (PAC QOL, PAC SYM, FISI, GIQLI). Toutes les dimensions des questionnaires étaient franchement améliorées et qui plus est, les malades qui avaient un temps de transit allongé avant le geste (n = 42) tiraient un bénéfice au moins comparable que les malades qui n'avaient pas d'allongement [18]. On a des raisons de penser que ces données sont extrapolables aux malades ayant un prolapsus rectal extériorisé pour qui l'existence d'une constipation préopératoire ne doit représenter ni une réserve ni une contre indication à la ventropexie. Ce constat rend caduque les options de sigmoïdectomie associées à la rectopexie proposées naguère.

Il est important de préciser que la ventropexie avec interposition prothétique ne constitue pas la seule alternative laparoscopique. Afin de diminuer le risque de complications, notamment septiques induites par l'interposition de matériel prothétique, une suture simple du rectum dans la concavité sacrée est une autre alternative [19]. Cette méthode cependant réalise une dissection plus large et plus circulaire du rectum. Si le bénéfice symptomatique et de qualité de vie semble comparable, le risque de récurrence est finalement assez élevé puisqu'il concerne près de 20 % des malades après dix ans de suivi [20].

La chirurgie robotisée n'a pas encore donné lieu à des évaluations autres que la publication de séries de cas ou d'études cas témoins en basant la stratégie de fixation sur une ventropexie. En dépit d'un geste un peu plus long

que l'approche laparoscopique, les pertes sanguines et les complications postopératoires étaient moindres (2 % *versus* 11 %) avec cette technique et le niveau d'amélioration symptomatique sensiblement meilleur lorsqu'il est quantifié par des questionnaires de symptômes validés. Cette méthode reste en phase d'évaluation et de dissémination mais les premiers résultats sont encourageants.

Chirurgies transanales

Les chirurgies transanales reposent sur deux stratégies : soit celle d'une plastie plicaturant la paroi rectale (intervention de Delorme), soit celle qui réalise une résection de toute ou partie de la paroi rectale (intervention de Altemeier et résection rectale transanale agrafée).

La plicature de Delorme est effectuée par voie trans-anales après une dissection circulaire de la muqueuse jusqu'au sommet du prolapsus extériorisé. L'intervention est habituellement effectuée sous anesthésie générale mais peut être réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale. La durée moyenne d'intervention varie de 45 à 90 min. Les complications septiques sont rares (0 à 8 %). La morbidité du geste est relativement faible (6 à 25 %), principalement dominée par les récives précoces et les sténoses rectales basses. La mortalité varie entre 0 et 2,4 %. Les symptômes d'incontinence sont améliorés chez plus d'un patient sur 2 [21]. Les données concernant les symptômes de constipation sont souvent fragmentaires ou absentes du résultat des séries chirurgicales, mais il ne semble pas être décrit de constipation postopératoire *de novo*. Certains patients (16 à 71 %) voient même leur constipation s'améliorer après l'intervention de Delorme mais un patient sur trois environ se plaint encore de symptômes dyschésiques après le geste [20]. Le principal problème de cette méthode est la récive du prolapsus rectal : elle est observée selon les séries entre 12,5 et 46 % avec un recul moyen variant de 18 à 47 mois. Les récives sont plus fréquemment décrites chez les malades les plus âgés, chez ceux ayant récidivé après un premier geste chirurgical du prolapsus et les malades ayant une maladie psychiatrique [21, 22]. Certains auteurs à l'inverse réservent ce geste aux hommes jeunes parce que le bénéfice symptomatique est plus élevé avant 50 ans et parce que le risque neurologique de la

dissection rectale n'est pas mis en jeu. Le risque de récive reste élevé dans cette population aussi (19 %) [23].

La résection partielle ou totale (intervention dite de Altemeier) se fait aussi par voie transanale et elle permet l'ablation de la totalité du rectum et d'une partie du sigmoïde avec anastomose colo-anales basse. Une telle stratégie thérapeutique permet de réséquer en moyenne 12 cm de paroi rectale avant anastomose mécanique trans-anales : la chirurgie peut être effectuée en ambulatoire dans 62 % des cas et sous anesthésie locale ou loco régionale dans 70 % des cas [24]. Avec un recul moyen de 48 à 72 mois, le risque de récive varie de 5,5 à 10 %. Les symptômes de constipation postopératoires et d'incontinence sont rapportés dans 0 à 34 % et 13 à 46 % des cas. L'amélioration de l'incontinence est très instable.

On dispose des données récentes d'un travail collaboratif européen de très grande ampleur ayant mené une évaluation randomisée des différentes techniques chirurgicales du traitement du prolapsus rectal extériorisé. L'intérêt majeur est d'avoir comparé les deux méthodes transanales en incluant un nombre important de malades (n = 201). Les auteurs concluent que les deux méthodes apportent des résultats anatomiques et fonctionnels comparables. Le risque de récive du prolapsus semble réductible avec ces méthodes, puisqu'il concerne un patient sur quatre et près d'un patient sur deux après un suivi de 3 et 5 ans respectivement. Par ailleurs, les troubles de la continence s'améliorent peu lorsqu'ils sont quantifiés par un score symptomatique élémentaire [25].

L'approche de résection transanale agrafée dite intervention de STAR est conceptuellement très proche de l'intervention de Altemeier, mais elle utilise une méthode de résection suture mécanique. Elle a surtout été développée dans le traitement des troubles de l'évacuation chez les patients ayant un trouble de la statique rectale non extériorisé (rectocèle ou procidence interne). Cette méthode expose en théorie les malades à un risque de troubles de la continence et de lésions sphinctériennes (mise en place d'un dilateur anal). Il existe chez 12 à 20 % des malades des impériosités fécales et une polychésie dans les semaines qui suivent le geste. Dans une évaluation récente des résultats à long terme de

cette approche dans le cadre d'une base de données prospective italienne, 13 % souffraient d'impériosités ou de troubles de la continence [26]. Il existait chez ces malades des pressions anales de repos et de commande volontaire un peu plus faibles que chez les personnes satisfaites (sans que le seuil de significativité soit néanmoins atteint) : aucun ne présentait de lésion sphinctérienne identifiée par échographie endocavitaire. Ces données méritent une veille de la fonction anale chez les malades à qui est proposée cette technique parce qu'on ne dispose pour l'instant pas de recul suffisant lorsqu'on met en perspective l'histoire naturelle des troubles de la continence après accident obstétrical ou chirurgie proctologique. En définitive, l'approche de résection rectale transanale doit être proposée chez les malades ayant un syndrome rectal et une polychésie prédominante, une impression d'évacuation incomplète liée à une procidence interne de haut grade et n'ayant ni trouble de la continence ni hypotonie anale préopératoire [27]. Cette situation est rarement observée chez les malades ayant un prolapsus rectal extériorisé. Le risque de récive du prolapsus après une approche transanale agrafée est mal évalué compte tenu du nombre réduit de malades traités, mais il peut concerner près de 4 malades sur 10 dans certaines séries [28].

Y a-t-il des alternatives non chirurgicales ?

Autant les alternatives non chirurgicales ont une place importante dans la prise en charge des symptômes associés à une procidence interne du rectum ou à une rectocèle, autant il est rare de ne pas proposer de traitement chirurgical lorsque le diagnostic de prolapsus rectal extériorisé est posé. Le plus souvent, les conséquences de la procidence mécanique et le syndrome rectal imposent une prise en charge opératoire sans délai. Pourtant certains malades ne sont pas opérés. Cunin *et al.* ont analysé dans une étude cas témoins le devenir de 42 malades dont l'intervention du prolapsus rectal n'avait pas été réalisée, soit par préférence du malade, soit parce qu'il existait des réserves de la part du chirurgien ou de l'anesthésiste. Un tiers des malades voyait ses troubles de la continence s'aggraver après un suivi moyen de plus de trois ans et notamment ceux qui avaient un prolapsus ancien ou des

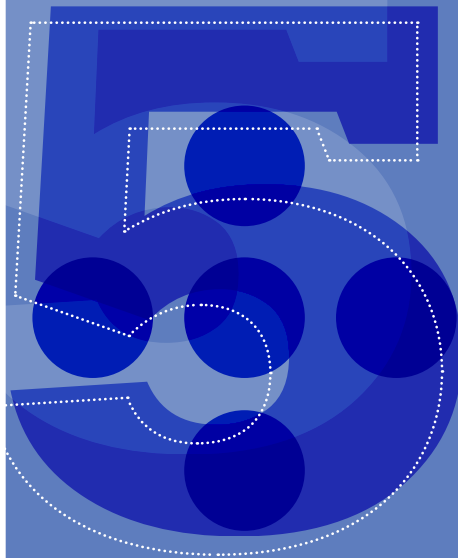
troubles de la continence initialement limités. La proportion de malades ayant une aggravation des troubles de la continence était beaucoup plus importante dans ce groupe lorsqu'il était comparé à ceux qui avaient été opérés par méthode de ventropexie [29].

Que faut-il finalement dire et proposer au malade ?

Les stratégies de prise en charge du prolapsus rectal extériorisé sont nombreuses et il n'existe actuellement pas de consensus formalisé. Il est surprenant de noter, dans les enquêtes de pratiques, qu'il existe des différences importantes de stratégies au sein même des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. En Amérique du Nord et au Royaume-Uni, les prises en charges transanales du prolapsus rectal après 2005 concernent encore près de la moitié des indications et l'approche laparoscopique parfois un malade sur cinq seulement [30]. Malgré l'absence de travaux prospectifs de grande ampleur, d'essais contrôlés randomisés ayant un suivi suffisamment long et d'analyses systématiques de la littérature, la technique de ventropexie laparoscopique semble devoir être proposée aujourd'hui en première intention, du fait de ses suites simples et de son efficacité. La correction du prolapsus rectal est acquise durablement et les suites immédiates sont simples chez plus de 9 personnes sur 10. L'amélioration des troubles de la continence et de la dyschésie est observée chez 8 et 6 malades sur 10 respectivement. Cependant cette amélioration est souvent incomplète et lente à acquérir. Lorsque le bénéfice fonctionnel est mesuré par la diminution de plus de moitié de la sévérité de l'incontinence, il concerne (toute prise en charge confondue), 10 % et 30 % des malades 1 et 3 ans après le geste [31]. Il persiste des troubles de la continence chez plus de deux tiers des malades au terme du suivi [32]. Le bénéfice semble plus franc après ventropexie qu'avec toute autre stratégie [31]. Les stratégies d'approche transanales doivent être aujourd'hui réservées aux situations où la laparoscopie est contre indiquée : le risque de récurrence est élevé lorsque ce choix thérapeutique est fait. Les options d'une approche non chirurgicale au traitement du prolapsus extériorisé exposent à un risque d'aggravation des troubles de la continence plus d'une fois sur trois au cours du suivi.

Références

1. Bremner S, Uden R, Mellgren A. Defaecoperitoneography in the diagnosis of rectal intussusception and rectal prolapse. *Acta Radiol* 1997;38:578-83.
2. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, *et al*. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737-49.
3. van Tets WF, Kuipers JH. Internal rectal intussusception—fact or fancy? *Diseases of the colon and rectum* 1995;38:1080-3.
4. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, *et al*. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. *J Gastrointest Surg* 2014;18:1059-69.
5. Sun C, Hull T, Ozuner G. Risk factors and clinical characteristics of rectal prolapse in young patients. *J Visc Surg* 2014;151:425-9.
6. Mellgren A, Johansson C, Dolk A, *et al*. Enterocoele demonstrated by defaecography is associated with other pelvic floor disorders. *International journal of colorectal disease* 1994;9:121-4.
7. Siproudhis L, Eleouet M, Rousselle A, *et al*. Overt rectal prolapse and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1356-60.
8. Farouk R, Duthie GS, MacGregor AB, *et al*. Rectoanal inhibition and incontinence in patients with rectal prolapse. *Br J Surg* 1994;81:743-6.
9. Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD. Defecography and proctography. Results of 744 patients. *Diseases of the colon and rectum* 1996;39:899-905.
10. Siproudhis L, Eleouet M, Rousselle A, *et al*. Overt rectal prolapse and fecal incontinence. *Diseases of the colon and rectum* 2008; 51:1356-60.
11. Birnbaum EH, Stamm L, Rafferty JF, *et al*. Pudendal nerve terminal motor latency influences surgical outcome in treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:1215-21.
12. Siproudhis L, Ropert A, Gosselin A, *et al*. Constipation after rectopexy for rectal prolapse. Where is the obstruction? *Dig Dis Sci* 1993;38:1801-8.
13. Faucheron JL, Barot S, Collomb D, *et al*. Dynamic cystocoloproctography is superior to functional pelvic MRI in the diagnosis of posterior pelvic floor disorders: results of a prospective study. *Colorectal Dis* 2014; 16:O240-7.
14. Faucheron JL, Voirin D, Riboud R, *et al*. Laparoscopic anterior rectopexy to the promontory for full-thickness rectal prolapse in 175 consecutive patients: short- and long-term follow-up. *Diseases of the colon and rectum* 2012;55:660-5.
15. D'Hoore A, Cadoni R, Penninx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *The British journal of surgery* 2004;91:1500-5.
16. Poylin V, Bensley R, Nagle D. Changing approaches to rectal prolapse repair in the elderly. *Gastroenterol Rep (Oxf)* 2013;1: 198-202.
17. Portier G, Iovino F, Lazorthes F. Surgery for rectal prolapse: Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence. *Diseases of the colon and rectum* 2006;49:1136-40.
18. Gosselink MP, Adusumilli S, Harmston C, *et al*. Impact of slow transit constipation on the outcome of laparoscopic ventral rectopexy for obstructed defaecation associated with high grade internal rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2013;15:e749-56.
19. Novell JR, Osborne MJ, Winslet MC, *et al*. Prospective randomized trial of Ivalon sponge versus sutured rectopexy for full-thickness rectal prolapse. *The British journal of surgery* 1994;81:904-6.
20. Foppa C, Martinek L, Arnaud JP, *et al*. Ten-year follow up after laparoscopic suture rectopexy for full-thickness rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2014;16:809-14.
21. Lechaux JP, Lechaux D, Perez M. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. Advantages of a modified technique. *Diseases of the colon and rectum* 1995;38: 301-7.
22. Senapati A, Nicholls RJ, Thomson JP, *et al*. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. *Diseases of the colon and rectum* 1994;37:456-60.
23. Fazeli MS, Kazemeini AR, Keshvari A, *et al*. Delorme's Procedure: An Effective Treatment for a Full-Thickness Rectal Prolapse in Young Patients. *Ann Coloproctol* 2013;29:60-5.
24. Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, *et al*. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Diseases of the colon and rectum* 2001;44:565-70.
25. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, *et al*. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2013;15:858-68.
26. Arroyo A, Perez-Vicente F, Serrano P, *et al*. Evaluation of the stapled transanal rectal resection technique with two staplers in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Journal of the American College of Surgeons* 2007;204:56-63.
27. Boenicke L, Reibetanz J, Kim M, *et al*. Predictive factors for postoperative constipation and continence after stapled transanal rectal resection. *The British journal of surgery* 2012;99:416-22.
28. Tschuor C, Limani P, Nocito A, *et al*. Perineal stapled prolapse resection for external rectal prolapse: is it worthwhile in the long-term? *Tech Coloproctol* 2013;17:537-40.
29. Cunin D, Siproudhis L, Desfourneaux V, *et al*. No surgery for full-thickness rectal prolapse: what happens with continence? *World J Surg* 2013;37:1297-302.
30. Young MT, Jafari MD, Phelan MJ, *et al*. Surgical treatments for rectal prolapse: how does a perineal approach compare in the laparoscopic era? *Surg Endosc* 2015;29: 607-13.
31. Wallenhorst T, Bouguen G, Brochard C, *et al*. Long-term impact of full-thickness rectal prolapse treatment on fecal incontinence. *Surgery* 2015;158:104-11.
32. Cunin D, Siproudhis L, Desfourneaux V, *et al*. Incontinence in full-thickness rectal prolapse: low level of improvement after laparoscopic rectopexy. *Colorectal Dis* 2013;15:470-6.



LES CINQ POINTS FORTS

Il faut savoir évoquer un prolapsus rectal devant un syndrome rectal, une incontinence fécale passive, des lésions muqueuses du rectum, un périnée descendant prononcé.

Le diagnostic du prolapsus rectal repose sur un examen clinique dynamique qui peut être suffisant.

Si des explorations d'imagerie sont requises, la défécographie doit être préférée à l'IRM dynamique.

La ventropexie laparoscopique est l'approche thérapeutique à privilégier en 2016.

La régression post opératoire de l'incontinence est souvent lente et incomplète.

Questions à choix unique

Question 1

Les signes suivants sont presque toujours associés à un prolapsus rectal extériorisé sauf un, lequel ?

- ☐ A. Une hypotonie anale de repos du canal anal
- ☐ B. Un anus court
- ☐ C. Un trouble objectif de l'évacuation rectale
- ☐ D. Un périnée descendant
- ☐ E. La présence de glaires

Question 2

Concernant les examens fonctionnels à réaliser en cas de prolapsus extériorisé, une seule assertion est juste, laquelle ?

- ☐ A. La défécographie est l'examen de référence qu'il faut toujours réaliser
- ☐ B. L'IRM est l'examen de référence qu'il faut toujours réaliser
- ☐ C. La manométrie anorectale est très utile avant prise en charge thérapeutique
- ☐ D. Le temps de transit colique a une valeur pronostique importante avant chirurgie
- ☐ E. Aucun examen n'est habituellement nécessaire

Question 3

Quel est le traitement du prolapsus rectal extériorisé qui offre en 2016 le meilleur rapport bénéfice (fonctionnel et anatomique)/ risque (fonctionnel et thérapeutique) ?

- ☐ A. La rectopexie conventionnelle au promontoire avec interposition prothétique (Orr Loygue ou Wells)
- ☐ B. La ventropexie avec interposition prothétique
- ☐ C. L'intervention de Delorme
- ☐ D. L'intervention de résection rectale trans anale agrafée
- ☐ E. Les alternatives thérapeutiques non chirurgicales