

Diagnostic et prise en charge de la dyschésie

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître une dyschésie;
- Savoir indiquer et interpréter les explorations complémentaires;
- Connaître les indications chirurgicales.

Introduction

La constipation peut être idiopathique ou secondaire à une obstruction mécanique, à une maladie neurologique, à un trouble métabolique ou endocrinien, ou à une prise médicamenteuse [1-3]. Si on considère la physiopathologie de la constipation idiopathique, on distingue la constipation avec ralentissement du transit colique et la constipation avec transit colique normal [1-5]. Les critères de Rome III [6] et les recommandations sur la constipation [2, 7] précisent qu'une constipation est chronique quand elle dure depuis plus de six mois et en tout cas depuis au moins trois mois [4, 5]. En fonction de ces définitions, la dyschésie est donc une constipation idiopathique chronique avec transit colique normal. Dans cet article, on considèrera que les examens nécessaires à affirmer qu'il s'agit d'une constipation idiopathique ont été pratiqués et seuls les examens utiles à préciser la cause de la dyschésie seront envisagés. La dyschésie correspond à ce qui est appelé également constipation terminale ou distale en français, obstructed defecation, outlet obstruction, outlet

constipation en anglais. Une étude portant sur plus de 7000 personnes de la population générale a montré que les symptômes de la dyschésie s'observent chez un Français sur cinq, avec une légère prédominance féminine [8].

Symptômes de la dyschésie

La difficulté à l'évacuation des selles, nécessitant un intense effort de poussée abdominale, imposant souvent le recours à des manœuvres digitales et à l'utilisation de suppositoires ou de micro lavements, accompagnée d'une sensation d'évacuation incomplète du rectum est la plainte la plus fréquente. La fréquence des selles est normale. Le besoin exonérateur est le plus souvent quotidien.

Cette notion de besoin demande souvent à être clarifiée avec le patient. Le besoin exonérateur signifie ici la sensation de remplissage rectal qui imposerait aux malades de se retenir s'ils n'avaient pas de difficultés à évacuer. Ce besoin exonérateur vrai est à distinguer d'une autre sensation, plus haut située, qui s'accompagne d'un inconfort ou de coliques abdominales, inconfort ou coliques qui disparaissent lorsque les malades vont à la selle. Cette sensation peut légitimement être verbalisée par les malades comme un besoin, comme une envie d'aller à la selle. Cette sensation s'observe souvent en cas



Ph. DENIS
(Rouen)

de constipation en rapport avec un syndrome de l'intestin irritable. Il n'est pas toujours facile de distinguer ces deux besoins, le « besoin exonérateur » vrai qui invite à se retenir, et le « besoin d'aller à la selle » pour soulager un inconfort abdominal. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine des troubles du « besoin exonérateur » et du « besoin d'aller à la selle » sont différents et il existe une association fréquente des mécanismes à l'origine de ces deux plaintes [9].

Les difficultés d'évacuation des selles s'accompagnent parfois de l'émission de glaires plus ou moins sanglantes. Dans le cadre de cet article où l'on suppose qu'on a éliminé les autres causes de constipation, la rectoscopie est le premier examen pour rechercher un ulcère solitaire du rectum ou plus souvent, une muqueuse inflammatoire sur une procidence rectale de haut grade [10].

La dyschésie peut-être douloureuse, décrite par les malades comme une appréhension d'aller à la selle telle que l'évacuation de la selle sera suivie d'une douleur pelvienne postérieure intense, souvent à 7, 8 ou 9 sur une échelle de douleurs de 10. Il ne s'agit pas d'une douleur au passage des matières comme au cours de la fissure anale et l'examen proctologique est normal. Les patients expliquent que leur douleur n'apparaît pas les jours où ils ne vont pas à la selle, au point même de réduire

leur prise alimentaire ou de prendre des ralentisseurs du transit pour éviter d'aller à la selle et prévenir ainsi le déclenchement de la douleur. Faute de données scientifiques, il n'est pas possible de dire la fréquence de la dyschésie douloureuse et de ses causes. L'expérience acquise dans notre centre suggère que la cause la plus fréquente de dyschésie douloureuse est une douleur au niveau de l'articulation sacrococcygienne qui est mobilisée au cours de l'exonération. On retrouve souvent une chute violente qui a précédé pratiquement sans intervalle libre l'apparition de la douleur à l'évacuation des selles. Une dyschésie douloureuse en rapport avec une douleur sacrococcygienne sans doute secondaire à l'installation du malade sur la table peut s'observer dans les suites de chirurgie coloproctologique. La mobilisation coccygienne lors du toucher rectal reproduit la douleur. L'infiltration de Xylocaïne au niveau de l'articulation sacrococcygienne est un test diagnostique et thérapeutique très utile quand elle permet de réexaminer les malades sans aucune douleur. L'endométriase est également une cause non exceptionnelle de dyschésie douloureuse à recrudescence cataméniale. Les douleurs apparaissent en général deux jours avant les règles et disparaissent (ou deviennent supportables) deux jours après les règles. Les douleurs disparaissent lors du blocage ovulatoire. La dyschésie douloureuse peut émailler l'évolution d'une endométriase connue ou être sa première manifestation. S'il existe des rectorragies associées aux douleurs pendant les règles le diagnostic d'endométriase est rarement méconnu. Le diagnostic n'est pas toujours évoqué lorsque des nodules extra-digestifs sont à l'origine d'une dyschésie douloureuse. Si la dyschésie s'accompagne d'une douleur à la pénétration interdisant les rapports, les nodules siègent alors le plus souvent au niveau de la cloison recto-vaginale. Si la dyschésie douloureuse à recrudescence cataméniale est isolée, il faut alors s'acharner à trouver des nodules en particulier dans l'espace pré-sacré

même si la cœlioscopie est normale, conduisant le gynécologue à réfuter le diagnostic.

La symptomatologie de la dyschésie n'est pas toujours aussi bruyante que les efforts de poussée intenses ou les douleurs très vives lors de l'exonération. Certains patients rapportent une perte ou une diminution du besoin exonérateur, avec élévation des seuils de perception de la distension rectale au moyen d'un ballonnet, secondaire soit à un méga rectum soit à un trouble neurologique [11] qui peut être révélé par cette hyposensibilité. Il est souvent difficile de dire si cette hyposensibilité rectale [11] est la cause ou la conséquence de la constipation. Elle s'observe cependant le plus souvent chez des patients consultant pour constipation terminale.

Les résultats de l'étude épidémiologique de Siproudhis *et al.* [8] montre l'intrication très fréquente de signes de dyschésie et d'incontinence anale surtout passive dans la population générale. Cela explique qu'une dyschésie puisse être diagnostiquée chez des patients consultant pour incontinence anale alors qu'ils faisaient face jusque-là à leur dyschésie sans avoir recours à une prise en charge médicale.

Causes de la dyschésie

La dyschésie peut être expliquée par un dysfonctionnement des sphincters de l'anus, par des troubles de la statique pelvienne postérieure, par un méga rectum, une hyposensibilité rectale [11], une disparition de l'activité propulsive accompagnant la sensation de besoin [12].

Dysfonctionnements sphinctériens

La contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus pendant les efforts de poussée, souvent appelée anisme, est la cause d'obstacle fonctionnel à la défécation la mieux connue [1, 2, 5, 7, 10, 13, 14] souvent associée à un antécédent d'abus sexuels [15]. Sa place a tendance à

être surestimée parmi les causes de dyschésie car le stress lié à l'examen suffit souvent à provoquer cette contraction paradoxale au cours d'un effort de poussée. Il ne faut donc pas se contenter d'observer une seule fois une contraction paradoxale au cours d'un effort de poussée pour conclure que l'anisme est la cause principale de la dyschésie. La contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus lors des efforts de poussée n'est pas toujours d'origine comportementale comme le suggère le terme anisme. Il peut s'agir d'une dyssynergie anorectale striée observée en cas de paraplégie, de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson par exemple. La dyssynergie anorectale striée est alors associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne striée. Les signes digestifs sont donc associés à des signes urinaires, dysurie et besoins impérieux en particulier. Les signes digestifs secondaires à une dyssynergie anorectale striée peuvent révéler la pathologie neurologique.

Bien que rarement évoquées dans les recommandations à propos de la constipation [2], les ondes ultra lentes ou hypertonie instable du canal anal décrites il y a 30 ans par Martelli *et al.* [16] représentent la deuxième cause de dysfonctionnement sphinctérien responsable de dyschésie. Il s'agit de variation cyclique de grande amplitude de la pression de repos du canal anal qui sont souvent observées en cas de dyschésie [17, 18], s'accompagnent toujours de difficultés d'évacuation des matières [19].

Troubles de la statique pelvienne postérieure

Les troubles de la statique pelvienne postérieure représentent une autre cause de dyschésie et sont souvent associés à un anisme ou à des ondes ultra lentes.

RECTOCÈLE

La rectocèle est une hernie à travers la partie basse de la cloison recto-vaginale. Essentiellement féminine, elle est fréquente même chez des jeunes femmes asymptomatiques

[20, 21]. Le problème principal consiste donc à attribuer la dyschésie à la rectocèle. La taille de la rectocèle est un élément important et il faut donc exiger un examen en position gynécologique au cours d'un effort de poussée. Le rôle de la rectocèle dans la genèse d'une dyschésie est très peu probable lorsqu'elle est de petite taille (moins de 3 cm environ). Lorsque la rectocèle est importante, l'association de manœuvres digitales endovaginales associées aux efforts de poussée et la reproduction du siège de l'obstacle ressenti par la malade lors des difficultés d'exonération par l'introduction du doigt dans la rectocèle lors du toucher rectal sont des signes importants pour attribuer un rôle à la rectocèle. L'existence d'un niveau liquide persistant au sein de la rectocèle après vidange rectale pendant une défécographie est rarement retrouvée mais de bonne valeur. À côté de cette hernie de la partie basse de la cloison recto-vaginale, la rectocèle dite par entraînement, accompagne le plus souvent un prolapsus génital. Au cours de l'effort de poussée, on voit dans ce cas, la cloison recto-vaginale qui se déroule depuis le dôme vaginal. La rectocèle par entraînement s'inscrit donc dans un trouble complexe de la statique périnéale demandant une prise en charge multidisciplinaire.

PROCIDENCE RECTALE INTERNE

La procidence rectale interne, encore appelée intussusception ou prolapsus rectal interne, est une invagination de la paroi rectale dans le canal anal, sans extériorisation qui définirait un prolapsus rectal extériorisé. La procidence rectale peut-être obstructive gênant le passage des selles, imposant parfois l'introduction du doigt dans l'anus pour permettre l'exonération. Son rôle à l'origine d'une dyschésie est discuté [10] mais il semble bien que la procidence rectale puisse être obstructive lorsqu'elle est musculo-muqueuse (et non muqueuse), circonférencielle, dépassant la ligne pectinée [22]. Elle est dans ce cas le plus souvent suspectée lors de l'examen clinique au cours d'une poussée abdominale

avec apparition de la procidence musculo-muqueuse qui affleure au niveau de la marge anale. 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 circonférenciel de la procidence. Au cours de la rectoscopie, on voit la procidence qui prend naissance à l'union du tiers moyen tiers inférieur du rectum pour descendre jusqu'à la ligne pectinée au cours des efforts de poussée.

SIGMOÏDOCÈLE

La sigmoïdocèle, surtout observée après hystérectomie [23, 24], presque jamais diagnostiquée cliniquement mais seulement par la défécographie [24-26], peut être responsable d'un ralentissement rectosigmoïdien. Elle est suspectée en particulier lorsqu'une constipation apparaît après hystérectomie, qu'elle n'est pas améliorée par le traitement habituel chez des femmes qui décrivent un besoin « haut situé » avec l'impression que les matières « ne veulent pas descendre ».

SYNDROME DU PÉRINÉE DESCENDANT

Bien que l'indication chirurgicale soit difficile à porter et que les résultats cliniques ne soient pas toujours en rapport avec les résultats anatomiques [27], il y a suffisamment d'observations individuelles de dyschésie transformée par la cure d'une rectocèle, d'une procidence rectale interne, ou d'une sigmoïdocèle pour attribuer un rôle physiopathologique à ces trois anomalies anatomiques à l'origine d'une dyschésie. Il n'en va pas de même pour le syndrome du périnée descendant, défini comme une descente anormale de l'angle anorectal au-dessous de la ligne pubo-coccygienne. Comme pour la rectocèle et pour la procidence rectale interne, il est toujours très difficile de savoir si la descente périnéale est cause ou conséquence des efforts de poussée. Il n'existe aucun traitement chirurgical du syndrome du périnée descendant ayant démontré son efficacité clinique et nombreux sont ceux

qui ont vu des malades aggravés après chirurgie. Même s'il est tentant d'attribuer les difficultés d'exonération à des déformations latérales du rectum sur des clichés de face de défécographie au cours d'efforts de poussée chez des malades ayant une descente périnéale postérieure, il faut en tout cas garder en mémoire qu'aucune preuve n'atteste du rôle de syndrome du périnée descendant à l'origine d'une dyschésie, qu'il n'y a aucune preuve d'efficacité d'un traitement chirurgical [13], et qu'il s'agit même d'un facteur de mauvais pronostic dans la dyschésie car sa présence diminue l'efficacité des traitements chirurgicaux proposés [10].

Hyposensibilité rectale et troubles de la propulsion rectale

D'autres causes moins connues complètent la liste des mécanismes à l'origine d'une dyschésie. L'hyposensibilité rectale a été revue récemment [11]. Elle peut être secondaire à une maladie neurologique [11] et peut être une séquelle fréquente par exemple de syndrome de la queue de cheval. L'hyposensibilité rectale peut s'expliquer également par un mégarectum [11], avec un épaississement important du muscle lisse et une architecture conservée de l'innervation intrinsèque [28]. Le profil moteur colorectal propulsif qui précède et accompagne l'exonération peut être absent chez des patients ayant des difficultés d'évacuation des selles considérables [12]. Cette absence d'activité propulsive colique pourrait être en rapport avec une neuropathie colique [29].

Explorations complémentaires

Prise en charge initiale

Aucun travail ne démontre avec un niveau de preuve suffisant, l'intérêt de proposer systématiquement un temps de transit des marqueurs radio-opaques, une manométrie anorectale, une étude de l'expulsion d'un ballonnet rectal, une déféco-

graphie conventionnelle ou une I.R.M. défécographie à un patient constipé lors de la prise en charge initiale [30, 31]. Cette opinion basée sur le niveau de preuve est confortée par l'expérience clinique qui suggère que le symptôme constipation est le plus souvent facile à traiter par les recommandations hygiéno-diététiques et les laxatifs usuels en l'absence de tout examen. Les recommandations publiées proposent donc de ne pratiquer aucun examen complémentaire dans la prise en charge initiale d'une constipation chronique idiopathique [1, 2, 4, 5, 7, 13, 14, 32, 33]. En cas d'échec du traitement initial, sous réserve d'avoir évalué la compliance des malades à l'égard de cette prise en charge, il y a alors intérêt à pratiquer des examens complémentaires pour préciser le mécanisme physiopathologique de la constipation chez ces malades.

Temps de transit des marqueurs

L'interrogatoire a une grande valeur d'orientation en faveur d'une constipation de transit ou d'une constipation distale en précisant la fréquence des selles des patients et le plus souvent, il est facile d'émettre comme première hypothèse le diagnostic de dyschésie qui sera conforté par l'amélioration rapide du malade sous traitement médical. En cas d'échec du traitement médical initial, il est utile de confirmer que les malades souffrent bien d'une constipation distale par la pratique d'un temps de transit des marqueurs. Le temps de transit des marqueurs radio-opaques [34] est un examen non invasif, facile à pratiquer, qui permettra de confirmer que le patient souffre exclusivement d'une constipation distale ou au contraire, qu'il présente ralentissement du transit associé. Bien que la reproductibilité de cet examen ne soit pas bonne chez les patients constipés [2], au moins en partie en raison de la variabilité du transit intestinal, l'observation d'un ralentissement du transit colique droit et/ou gauche associé, doit faire réviser le diagnostic initial de dyschésie.

Manométrie anorectale

La manométrie anorectale n'est pas utile au diagnostic d'anisme quand une contraction anale sur le doigt au cours d'un effort de poussée abdominale n'a pas été retrouvée [35]. La manométrie anorectale n'est pas utile pour apprécier le tonus de repos anal et la contraction volontaire car le testing au doigt est aussi performant que la manométrie [36]. La manométrie est indispensable pour le diagnostic d'ondes ultra lentes [17-19] et d'hyposensibilité rectale [11].

En cas d'échec de la prise en charge initiale d'une dyschésie, la prescription d'une manométrie anorectale a donc pour but soit de conforter le diagnostic d'anisme suspecté au toucher rectal en vue d'un éventuel biofeedback soit de ne pas méconnaître des ondes ultra lentes [17-19] ou une hyposensibilité rectale [11].

En cas d'indication d'un traitement chirurgical d'un trouble de la statique pelvienne pour une dyschésie, la manométrie anorectale d'une part, est nécessaire pour ne pas méconnaître un dysfonctionnement sphinctérien associé, d'autre part, est conseillée pour archiver des mesures objectives du tonus anal de repos et de la contraction volontaire au cas où une incontinence anale apparaît après la chirurgie.

Expulsion du ballonnet rectal

Cet examen ne fait qu'objectiver la difficulté d'évacuation des matières pour laquelle le malade consulte. Il n'apporte aucune explication sur la physiopathologie de la dyschésie et ne modifie pas la prise en charge.

Défécographie

Les techniques d'imagerie pour rechercher un trouble de la statique rectale reposent sur la défécographie conventionnelle ou sur l'IRM défécographie [37-40].

Une défécographie n'est pas utile pour le diagnostic de rectocèle ou de procidence rectale interne. En effet, la défécographie ne révèle jamais

une rectocèle de taille suffisante pour expliquer une dyschésie car elle a toujours été diagnostiquée cliniquement [41]. La défécographie permet difficilement de préciser la nature muqueuse ou musculo-muqueuse d'une procidence [37-40] au contraire de la rectoscopie au tube rigide au cours d'un effort de poussée abdominale.

En cas d'échec de la prise en charge initiale, il n'y a donc pas lieu de demander une défécographie pour rechercher une explication à l'échec de cette prise en charge initiale sauf si l'on a des arguments pour suspecter une sigmoïdocèle qui ne peut être diagnostiquée cliniquement.

La défécographie n'apporte pas d'argument pour porter l'indication d'un traitement chirurgical d'un trouble de la statique pelvienne pour traiter une dyschésie mais elle est utile pour rechercher une élytrocèle ou une entéroccèle, ou un trouble associé de la statique des compartiments urinaires ou génitaux, informations nécessaires à connaître pour le choix de la technique opératoire.

Traitement

Traitement médical

L'objectif du traitement de la dyschésie est de faciliter l'évacuation des selles et non pas d'accélérer le transit. En théorie, les laxatifs oraux sont surtout destinés aux patients avec un ralentissement du transit colique [14] tandis que les suppositoires et les micro lavements sont surtout utiles en cas de difficultés d'évacuation. Cependant, le niveau de preuve pour utiliser les suppositoires est faible [1] et le niveau de preuve pour utiliser les micro lavements est insuffisant pour pouvoir les recommander [1] tandis que les laxatifs osmotiques ont un niveau de preuve suffisant pour être proposés chez des patients souffrant de constipation [42]. C'est pourquoi les recommandations et les revues proposent toutes chez les patients souffrant de dyschésie, d'entreprendre un essai thérapeutique associant les règles hygiéno-diététiques

et les laxatifs osmotiques [2-5, 7, 14, 32, 33, 43]. L'efficacité du traitement sera évaluée après quatre à six semaines, au mieux en tenant un calendrier quotidien permettant le calcul d'un score symptomatique [44]. La plupart des patients ne sera pas améliorée [5, 14] et se pose alors la question de recourir aux suppositoires et/ou micro lavements ou d'envisager le biofeedback ou la chirurgie selon le mécanisme en cause. Certaines recommandations ou revues n'évoquent pas l'utilisation des suppositoires et/ou des micro lavements et discutent d'emblée après l'échec initial, le biofeedback et la chirurgie [3-5, 7, 33, 43]. D'autres évoquent les suppositoires et/ou les lavements sans donner de consignes précises pour leur prescription [2, 14, 32]. Cependant trois arguments paraissent justifier l'utilisation régulière des suppositoires et/ou des lavements en pratique clinique : a) pour les suppositoires et les micro lavements, il convient de se demander si, comme cela a été écrit à propos des laxatifs oraux non osmotiques [42], l'absence de preuves suffisantes pour les recommander est un motif suffisant contre leur utilisation ; b) leur efficacité a été démontrée pour résoudre les problèmes d'évacuation des selles chez des patients neurologiques [45] et en cas de malformations anorectales [46, 47] sans que les auteurs aient rapporté de complications liées à leur utilisation prolongée ; c) l'efficacité du biofeedback et de la chirurgie d'un trouble de la statique n'est pas démontrée au plan scientifique. Il paraît donc raisonnable de s'associer aux propositions de Staumont [10] sur l'intérêt d'une démarche rationnelle pour le traitement médical d'une dyschésie.

Après avoir appliqué dans un premier temps, les recommandations [2], en l'absence d'amélioration, il faudra proposer un traitement basé sur la physiopathologie de la dyschésie [10]. Si l'exonération n'est pas spontanée sans efforts de poussée importants, elle devrait être déclenchée par des suppositoires de glycérine ou par des suppositoires à déga-

gement gazeux, mis en place de préférence au moment où les malades ressentent un besoin, en leur recommandant l'utilisation d'un marchepied, en autorisant si besoin la poursuite des manœuvres digitales. En l'absence d'efficacité des suppositoires ou des micro lavements, des petits lavements à l'eau directement sur le siège de toilette [45] peuvent être utiles. Il serait vain cependant d'espérer un succès thérapeutique sans associer une longue explication sur le mécanisme physiologique de l'exonération, adapté au profil psychologique des malades et à leur diagnostic clinique, ce qui peut demander plusieurs consultations [10]. En cas de disparition de la dyschésie par ce traitement médical et si ce traitement est bien toléré, un dialogue doit s'instaurer avec les malades pour savoir s'ils souhaitent ou non poursuivre les explorations en vue d'un traitement de la cause de la dyschésie. Si les symptômes de dyschésie sont toujours invalidants malgré le traitement médical, il faut alors envisager le traitement du mécanisme causal qui comporte le biofeedback en cas de dysfonctionnement sphinctérien, la chirurgie en cas d'anomalie anatomique. Avant d'envisager le biofeedback et la chirurgie, il est essentiel de rappeler l'intrication fréquente de dysfonctionnements sphinctériens et d'anomalies anatomiques à l'origine de la dyschésie. En cas d'intrication des dysfonctionnements sphinctériens et d'anomalies anatomiques, il est impératif de traiter d'abord le dysfonctionnement sphinctérien avant d'envisager secondairement la chirurgie en cas d'amélioration clinique incomplète malgré la disparition du dysfonctionnement sphinctérien.

Biofeedback

Différents signaux électrophysiologiques ou manométriques peuvent être utilisés pour montrer ou faire entendre aux malades l'activité du sphincter anal externe au cours d'efforts d'expulsion. Après explication des anomalies responsables de la dyschésie que les patients voient sur un écran ou entendent, il leur

est demandé d'intervenir pour normaliser le signal visuel ou auditif afin d'améliorer le fonctionnement sphinctérien. Hormis l'efficacité suggérée d'application locale de crèmes contenant des donneurs de NO pour faire disparaître les ondes ultra lentes [17], il n'y a pas de traitement pharmacologique efficace des dysfonctionnements sphinctériens. C'est pourquoi le biofeedback a été proposé depuis longtemps en cas d'anisme [48] et d'ondes ultra lentes [17, 49] et il est certain que des observations individuelles suggèrent un très grand intérêt de cette méthode même si à l'échelon d'une population, le niveau de preuves a été longtemps jugé insuffisant pour recommander la diffusion de la méthode [48]. Une étude randomisée avait suggéré d'ailleurs que le biofeedback n'était pas supérieur à l'éducation des malades associée à un éventuel support psychothérapeutique [50]. Le même travail avait montré de plus que les résultats ne dépendaient ni du temps de transit colique ni de l'existence de difficultés d'exonération [50], contrairement à une étude prospective non randomisée qui montrait que le biofeedback améliorait 71 % des patients sans ralentissement du transit et seulement 8 % des patients avec ralentissement du transit [51].

Une revue récente [52] a réexaminé l'intérêt du biofeedback dans l'anisme à la lumière de trois études contrôlées [53-55] dont deux sont publiées sous forme d'abstracts [54, 55]. Ces trois études montrent que le biofeedback est plus efficace que le PEG [54], que la relaxation [54], que le diazépam [55] mais pas plus efficace que les règles hygiéno-diététiques associée aux laxatifs [54]. Le niveau de preuve du biofeedback pour traiter la dyschésie secondaire à un anisme reste donc faible. Il s'agit d'une technique consommatrice de temps nécessitant un entraînement pour être réalisée par des professionnels compétents. Les travaux publiés ont tous été réalisés dans des centres très spécialisés avec des critères de sélection stricts qui ne permettent pas de définir des critères prédictifs d'effi-

cacité chez une population de constipés suivis en dehors de centres spécialisés. De plus, l'anisme est fréquemment observé chez des personnes victimes d'abus sexuels et sa prise en charge dans ce contexte suppose une collaboration étroite avec un psychothérapeute [56]. Il ne paraît donc pas légitime actuellement de proposer le biofeedback comme traitement de première intention malgré le rationnel de cette thérapeutique.

Chirurgie

DYSFONCTIONNEMENT SPHINCTÉRIEN

Il n'y a aucune preuve d'efficacité de la chirurgie au niveau du muscle pubo rectal pour une dyssynergie striée, pas plus que de l'injection de toxine botulique au niveau de ce muscle [14]. La sphinctéromyotomie pour les ondes ultra lentes [17, 57] a été abandonnée en raison de la survenue secondaire d'incontinence fécale.

TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE POSTÉRIEURE

Les techniques chirurgicales pour corriger un trouble de la statique pelvienne postérieure sont encore discutées mais le choix de la technique ne sera pas abordé ici. L'indication de la chirurgie d'un trouble de la statique pour traiter une dyschésie est difficile. La chirurgie permet en effet dans la plupart des cas, une correction anatomique excellente mais les résultats cliniques ne sont pas corrélés avec les résultats anatomique [27]. Pour poser l'indication chirurgicale, il faut donc réunir un faisceau d'arguments qui établit le lien de causalité entre symptômes et anomalies anatomiques [10]. De plus, le but étant avant tout l'amélioration de la plainte du malade, il faut que la chirurgie ne soit pas source de dyschésie par elle-même, qu'elle ne démasque pas une incontinence anale, qu'elle ne déséquilibre pas la statique pelvienne antérieure ce qui peut générer des symptômes urinaires. Le lien de causalité entre les symptômes et les anomalies anatomiques qu'on envisage de corriger n'est tou-

jours aisé à établir. L'indication d'une cure de rectocèle est possible si la rectocèle a un volume significatif, nécessitant des manœuvres endovaginales quotidiennes, avec persistance d'un niveau liquide après évacuation du rectum à la déféographie, un angle anorectal au repos situé au niveau de la ligne pubococcygienne. La procidence rectale interne isolée est rare car souvent accompagnée d'une rectocèle, d'une élytrocèle, ou d'une entérocele [37, 38]. Lorsqu'il s'agit d'un trouble complexe de la statique pelvienne postérieure, la dyschésie est rarement la seule plainte de la malade car elle est souvent associée à une pesanteur et/ou à une incontinence anale, conduisant à discuter une cervicorectopromontofixation [58]. La procidence rectale interne isolée fait discuter une intervention par voie périnéale soit selon la technique classique de Delorme, soit selon la technique de STARR encore en cours d'évaluation [59]. L'indication d'une cure de sigmoïdocèle se discute parfois en cas de constipation apparue dans les suites d'une hystérectomie après avoir démontré par un temps de transit des marqueurs que le ralentissement est rectosigmoïdien. Lorsque la sigmoïdocèle est importante, descendant au-dessous de la ligne ischio coccygienne, la chirurgie peut être efficace [13].

Que l'indication chirurgicale soit envisagée pour corriger une rectocèle, une procidence rectale interne, ou une sigmoïdocèle, il est indispensable avant de confirmer l'indication : a) de vérifier que le trouble de la statique est le seul mécanisme à l'origine des symptômes. Une manométrie anorectale est nécessaire pour confirmer que l'anomalie anatomique qu'on envisage de corriger est la seule cause de dyschésie en l'absence de tout dysfonctionnement sphinctérien. Un temps de transit des marqueurs est parfois utile pour éliminer une suspicion de ralentissement du transit colique associé aux difficultés d'évacuation des matières ; b) de vérifier l'absence d'incompétence sphinctérienne anale. Il est en effet essentiel au moment de poser l'indication d'avoir à l'esprit une

intrication très fréquente de signes de dyschésie et d'incontinence dans la population générale [8]. Il est aisé de comprendre qu'un obstacle à l'évacuation des matières puisse masquer une incompétence sphinctérienne et que, par conséquent, la levée de l'obstacle puisse démasquer cette incompétence sphinctérienne par la survenue d'une incontinence. La recherche de difficultés à retenir les gaz ou les selles liquides, d'une hypotonie anale et/ou d'une contraction volontaire faible au toucher rectal doit être impérativement menée avant d'opérer les malades pour une dyschésie ; c) de vérifier l'état des compartiments urinaire et génital en n'hésitant pas à demander un avis urogynécologique sur la nécessité ou non d'un geste associé dans le même temps opératoire pour corriger un trouble de la statique urogénitale.

MÉGARECTUM

Dans la plupart des cas de mégarectum, un traitement médical par suppositoires ou micro lavement suffit pour obtenir un confort satisfaisant. Des méga rectums très volumineux peuvent cependant être invalidants et amener à envisager une solution chirurgicale. L'indication est portée après avoir précisé : a) s'il s'agit d'un méga rectum isolé, d'un méga recto-sigmoïde, d'un méga colon ; b) si le temps de transit colique droit et gauche est normal ou ralenti ; c) dans certains cas, s'il y a une atteinte d'autres segments du tube digestif. L'indication chirurgicale reste toujours difficile. La réduction verticale du volume rectal [60, 61] pourrait être un progrès significatif pour traiter les méga rectums isolés, associée à une sigmoïdectomie en cas de méga recto-sigmoïde [60, 61].

RÉFÉRENCES

1. Pare P, Bridges R, Champion MC, Ganguli SC, Gray JR, Irvine EJ, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment. *Can J Gastroenterol* 2007;21 (Suppl B):3B-22B.


2. Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, et al. Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-35.
3. Schiller LR. Review article: the therapy of constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:749-63.
4. Wald A. Chronic constipation: advances in management. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19:4-10.
5. Johnson DA. Treating chronic constipation: How should we interpret the recommendations? *Clin Drug Investig* 2006;26:547-57.
6. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
7. Locke GR, 3rd, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000;119:1761-6.
8. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. Defecation disorders: a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006;49:219-27.
9. Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1999;94:609-15.
10. Staumont G. Diagnosis and treatment of dyschesia. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:427-38.
11. Gladman MA, Lunniss PJ, Scott SM, Swash M. Rectal hyposensitivity. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1140-51.
12. Dinning PG, Bampton PA, Andre J, Kennedy ML, Lubowski DZ, King DW, et al. Abnormal predefecatory colonic motor patterns define constipation in obstructed defecation. *Gastroenterology* 2004;127:49-56.
13. Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol* 2006;12:3168-73.
14. Cheung O, Wald A. Review article: the management of pelvic floor disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:481-95.
15. Leroi AM, Bernier C, Watier A, Hemond M, Goupil G, Black R, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorectal Dis* 1995;10:200-6.
16. Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C, Dornic C, Faverdin C. Some parameters of large bowel motility in normal man. *Gastroenterology* 1978;75:612-8.
17. Eckardt VF, Schmitt T, Bernhard G. Anal ultra slow waves: a smooth muscle phenomenon associated with dyschesia. *Dig Dis Sci* 1997;42:2439-45.
18. Yoshino H, Kayaba H, Hebiguchi T, Morii M, Ito W, Chihara J, et al. Multiple clinical presentations of anal ultra slow waves and high anal pressure: megacolon, hemorrhoids and constipation. *Tohoku J Exp Med* 2007;211:127-32.
19. Ducrotte P, Denis P, Galmiche JP, Hellot MF, Desechalliers JP, Colin R, et al. Anorectal motility in idiopathic constipation. Study of 200 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1985;9:10-5.
20. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737-49.
21. Bartram CI, Turnbull GK, Lennard-Jones JE. Evacuation proctography: an investigation of rectal expulsion in 20 subjects without defecatory disturbance. *Gastrointest Radiol* 1988;13:72-80.
22. Pescatori M, Quondamcarlo C. A new grading of rectal internal mucosal prolapse and its correlation with diagnosis and treatment. *Int J Colorectal Dis* 1999;14:245-9.
23. Jorge JM, Yang YK, Wexner SD. Incidence and clinical significance of sigmoidoceles as determined by a new classification system. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1112-7.
24. Fenner DE. Diagnosis and assessment of sigmoidoceles. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1438-41; discussion 1441-2.
25. Kelvin FM, Maglinte DD, Benson JT. Evacuation proctography (defecography): an aid to the investigation of pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 1994;83:307-14.
26. Kelvin FM, Maglinte DD, Hornback JA, Benson JT. Pelvic prolapse: assessment with evacuation proctography (defecography). *Radiology* 1992;184:547-51.
27. Pigot F, Castinel A, Juguet F, Marrel A, Deroche C, Marquis P. Quality of life, symptoms of dyschesia, and anatomy after correction of rectal motility disorder. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:154-60.
28. Gattuso JM, Kamm MA, Talbot JC. Pathology of idiopathic megarectum and megacolon. *Gut* 1997;41:252-7.
29. Bassotti G, Villanacci V, Nascimbeni R, Asteria CR, Fisogni S, Nesi G, et al. Colonic neuropathological aspects in patients with intractable constipation due to obstructed defecation. *Mod Pathol* 2007;20:367-74.
30. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1605-15.
31. Remes-Troche JM, Rao SS. Diagnostic testing in patients with chronic constipation. *Curr Gastroenterol Rep* 2006;8:416-24.
32. Andromanakos N, Skandalakis P, Troupis T, Filippou D. Constipation of anorectal outlet obstruction: pathophysiology, evaluation and management. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:638-46.
33. Berman L, Aversa J, Abir F, Longo WE. Management of disorders of the posterior pelvic floor. *Yale J Biol Med* 2005;78:211-21.
34. Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P, Strom B, Weber J, Cugnenc PH, et al. What is the meaning of colorectal transit time measurement? *Dis Colon Rectum* 1992;35:773-82.
35. Siproudhis L, Ropert A, Vilotte J, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL, et al. How accurate is clinical examination in diagnosing and quantifying pelvic disorders? A prospective study in a group of 50 patients complaining of defecatory difficulties. *Dis Colon Rectum* 1993;36:430-8.
36. Hallan RI, Marzouk DE, Waldron DJ, Womack NR, Williams NS. Comparison of digital and manometric assessment of anal sphincter function. *Br J Surg* 1989;76:973-5.
37. Mellgren A, Bremner S, Johansson C, Dolk A, Uden R, Ahlback SO, et al. Defecography. Results of investigations in 2,816 patients. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1133-41.
38. Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD. Defecography and proctography. Results of 744 patients. *Dis Colon Rectum* 1996;39:899-905.
39. Stoker J, Halligan S, Bartram CI. Pelvic floor imaging. *Radiology* 2001;218:621-41.
40. Pomerri F, Zuliani M, Mazza C, Villarejo F, Scopece A. Defecographic measurements of rectal intussusception and prolapse in patients and in asymptomatic subjects. *AJR Am J Roentgenol* 2001;176:641-5.


41. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Prediction of findings at defecography in patients with genital prolapse. *Bjog* 2005;112:1547-53.
42. Wald A. Constipation in the primary care setting: current concepts and misconceptions. *Am J Med* 2006;119:736-9.
43. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 2005;100 (Suppl 1):S5-S21.
44. Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, Dodi G, Ghiselli R, Piloni V. Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome. *Colorectal Dis* 2007.
45. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, Abel R, Hultling C, Krogh K, et al. A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology* 2006;131:738-47.
46. Pena A, Guardino K, Tovilla JM, Levitt MA, Rodriguez G, Torres R. Bowel management for fecal incontinence in patients with anorectal malformations. *J Pediatr Surg* 1998;33:133-7.
47. Pena A, Hong A. Advances in the management of anorectal malformations. *Am J Surg* 2000;180:370-6.
48. Enck P. Biofeedback training in disordered defecation. A critical review. *Dig Dis Sci* 1993;38:1953-60.
49. Weber J, Ducrotte P, Touchais JY, Roussignol C, Denis P. Biofeedback training for constipation in adults and children. *Dis Colon Rectum* 1987;30:844-6.
50. Koutsomanis D, Lennard-Jones JE, Roy AJ, Kamm MA. Controlled randomised trial of visual biofeedback versus muscle training without a visual display for intractable constipation. *Gut* 1995;37:95-9.
51. Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology* 2005;129:86-97.
52. Chiarioni G, Heymen S, Whitehead WE. Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. *World J Gastroenterol* 2006;12:7069-74.
53. Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, Morelli A, Bassotti G. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology* 2006;130:657-64.
54. Rao SS, Kinkade KJ, Schulze KS, Nygaard IE, Brown KE, Stumbo PI, et al. Biofeedback therapy (bt) for dyssynergic constipation-randomised controlled trial. *gastroenterology* 2005;128 (suppl 2):A269.
55. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Drossman D, Ringle Y, Whitehead WE. randomised controlled trial shows biofeedback to be superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dyssynergia-type constipation. *Gastroenterology* 2005;128 (suppl 2):A266.
56. Leroi AM, Duval V, Roussignol C, Berkelmans I, Peninque P, Denis P. Biofeedback for anismus in 15 sexually abused women. *Int J Colorectal Dis* 1996;11:187-90.
57. Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C. Mechanisms of idiopathic constipation: outlet obstruction. *Gastroenterology* 1978;75:623-31.
58. Jean F, Tanneau Y, Le Blanc-Louvry I, Leroi AM, Denis P, Michot F. Treatment of enterocele by abdominal colpoproctosacropexy - efficacy on pelvic pressure. *Colorectal Dis* 2002;4:321-325.
59. Corman ML, Carriero A, Hager T, Herold A, Jayne DG, Lehur PA, et al. Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defaecation. *Colorectal Dis* 2006;8:98-101.
60. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, Williams NS. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann Surg* 2005;241:562-74.
61. Gladman MA, Williams NS, Scott SM, Ogunbiyi OA, Lunniss PJ. Medium-term results of vertical reduction rectoplasty and sigmoid colectomy for idiopathic megarectum. *Br J Surg* 2005;92:624-30.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA DYSCHÉSIE


1. Difficulté à évacuer les selles sans ralentissement du transit
2. Poussées abdominales avec manœuvres, *ou* rectum plein en l'absence de besoin *ou* douleur ++ (coccyx, endométriose)
3. Dysfonctionnement sphinctérien (anisme, ondes ultralentes) *et/ou* trouble de la statique pelvienne postérieure (rectocèle, procidence obstructive).
Ne pas oublier hyposensibilité rectale et sigmoïdocèle
4. Le diagnostic est clinique sauf pour ondes ultralentes, hyposensibilité rectale, sigmoïdocèle
5. Le traitement est avant tout médical (biofeedback en cas d'anisme «vrai»)
L'indication du traitement chirurgical d'un trouble de la statique est difficile




 **LA DYSCHÉSIE** (constipation distale, terminale, obstructed defecation, outlet obstruction, outlet constipation) **EST UNE CONSTIPATION**



- à transit colique normal
- idiopathique
- chronique (>6 mois)
- prévalence: 20%
- légère prédominance féminine

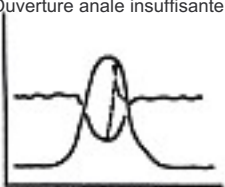
 **SYMPTOMATOLOGIE**

Besoin quotidien Poussée +++ Manœuvres digitales Recours aux suppos Vidange incomplète	Glaires (USR ou procidence rectale)
Absence de besoin et/ou incontinence anale passive à rectum plein	Dyschésie douloureuse sans lésion proctologique <i>Endométriose</i> (recrudescence cataméniale) <i>Coccyx</i> (chutes, suites opératoires coloproctologiques)


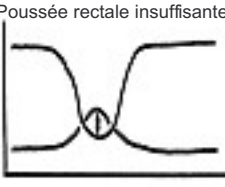
 **CAUSES**


Besoin quotidien Poussée +++ Manœuvres digitales Recours aux suppos Vidange incomplète
--

Ouverture anale insuffisante

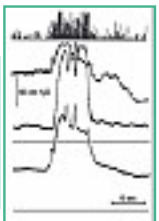
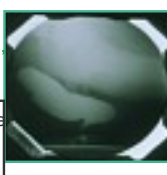
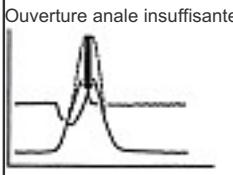


et/ou
Poussée rectale insuffisante

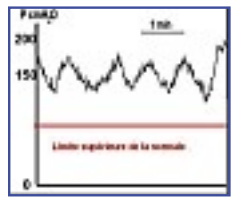


 **Anisme** (comportemental, neurologique)

Ouverture anale insuffisante



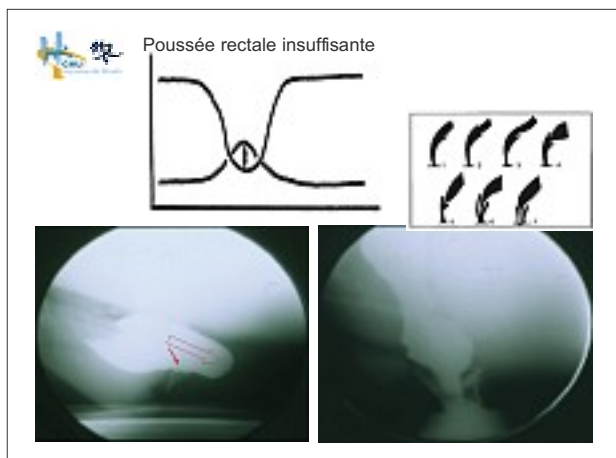
Ondes ultra-lentes



200
150
0

1 min.

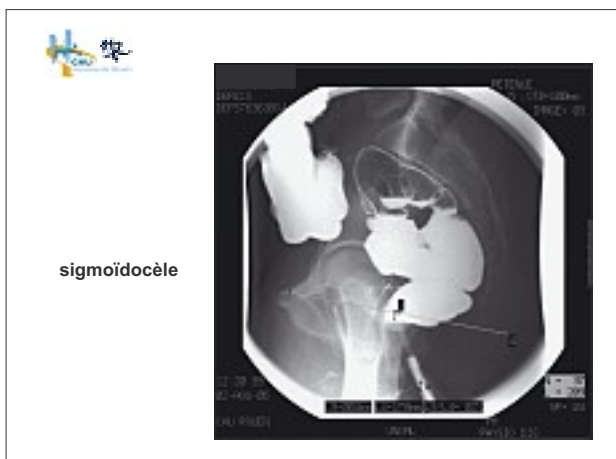
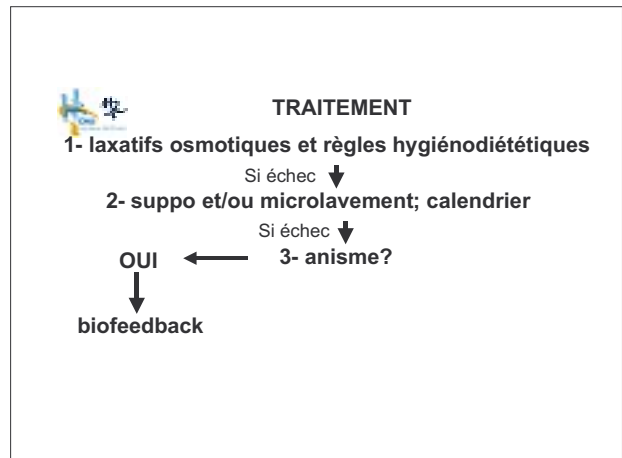
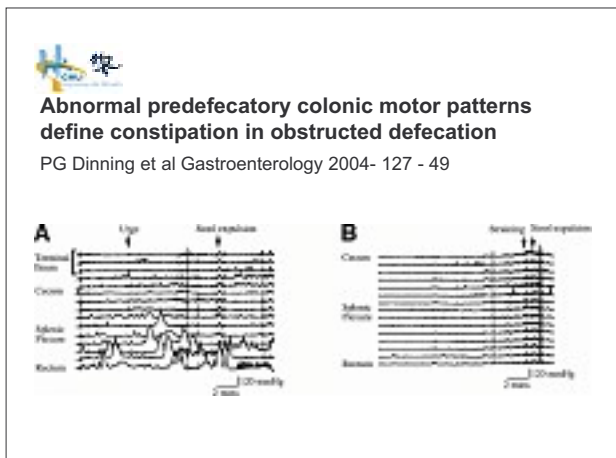
Limite supérieure de la normale



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Anisme	Examen clinique
Rectocèle	Examen clinique
Procidence rectale	Rectopexie tube rigide en poussée
Ondes ultralentes	Manométrie anorectale
Hyposensibilité rectale	Manométrie anorectale
Sigmoïdocèle	Défécographie

Predefecatory colonic pattern Manometrie colique



BIOFEEDBACK

Le bon équilibre

Anisme « constant » sans ralentissement du transit

Niveau de preuve B (mieux que PEG, diazepam, relaxation, mais pas mieux que règles hygiéno-diététiques + laxatifs)

Personnel entraîné

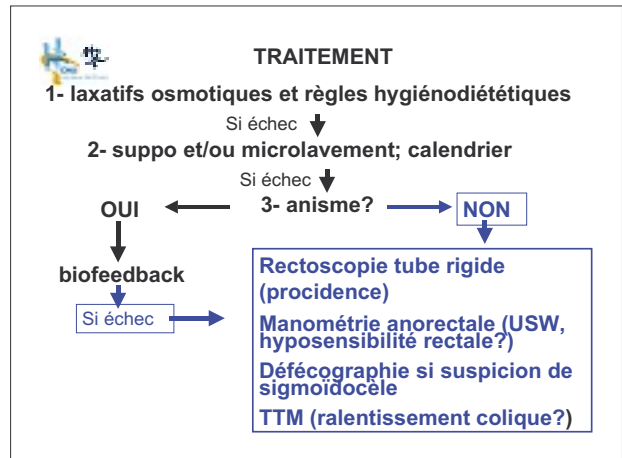
Abus sexuel

HYPOSENSIBILITÉ RECTALE

Absence de besoin et/ou incontinence anale passive à rectum plein

Sd queue de cheval
SEP
Parkinson
Diabète, etc...

The figure includes anatomical diagrams of the rectum and its innervation, along with a photograph of a patient's rectum. It lists associated conditions like cauda equina syndrome, multiple sclerosis, Parkinson's disease, and diabetes.





CHIRURGIE

- 1- Syndrome du périnée descendant: Jamais
- 2- rectocèle et/ou procidence rectale: Rarement
- 3- Sigmoidocèle: très rarement
- 4- Mégarectum: Exceptionnellement



CHIRURGIE

Rectocèle / Procidence interne:
plus de candidates que d'élues

- 1/ Seule cause de constipation distale?
 - ondes ultra-lentes?
 - anisme ?
- 2/ Périnée candidat à l'incontinence?
 - contraction volontaire?
 - pression de repos ?



CHIRURGIE

Sigmoidocèle



Constipation apparue depuis l'hystérectomie

Pas de ralentissement colique

Sigmoidocèle majeure



CHIRURGIE

Megarectum: Vertical Reduction Rectoplasty?

