



# Prof. Ph. DENIS

## Diagnostic et prise en charge de la dyschésie

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



# Conflits d'intérêts

- Le Professeur Philippe DENIS n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

# **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**

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

**Glaire (USR ou  
procidence rectale)**

**Dyschésie douloureuse  
SANS lésion proctologique**

***Endométriose* (recrudescence cataméniale)**

**Coccyx (chutes, suites opératoires coloproctologiques)**

# CAUSES

Besoin quotidien

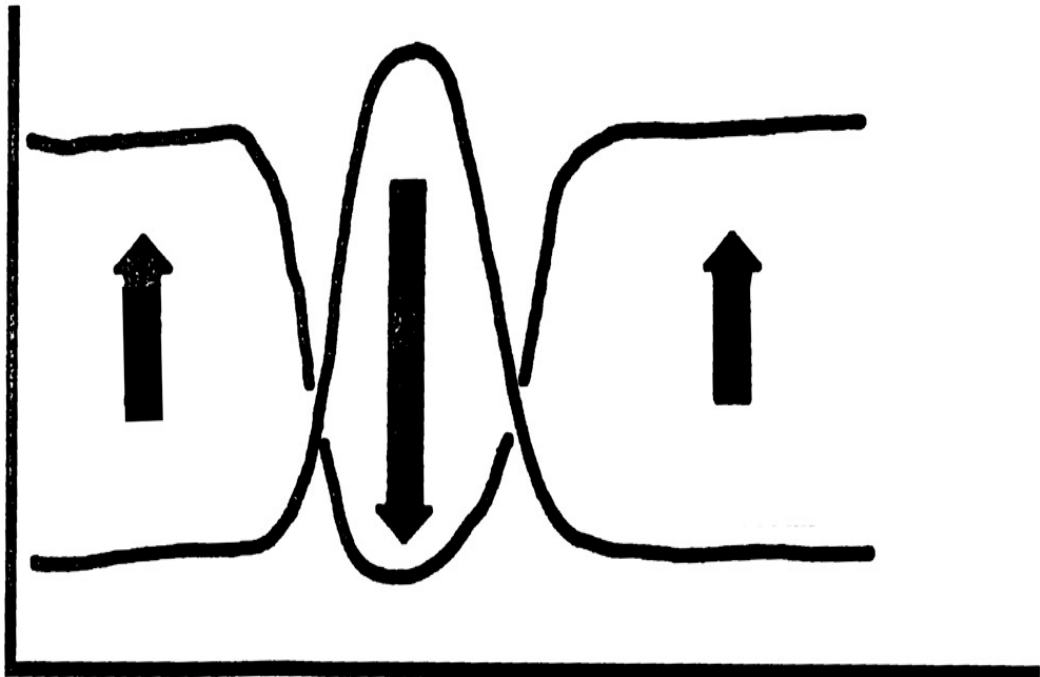
Poussée +++

Manœuvres digitales

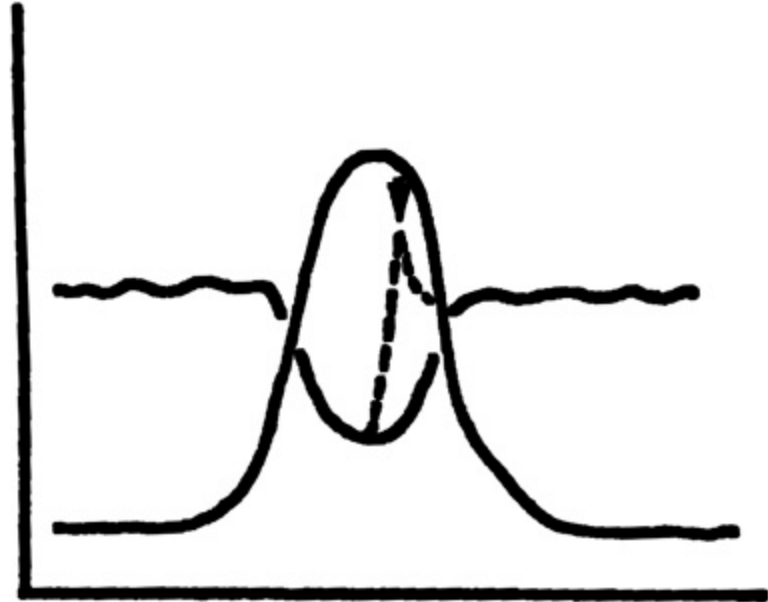
Recours aux suppos

Vidange incomplète

Pression

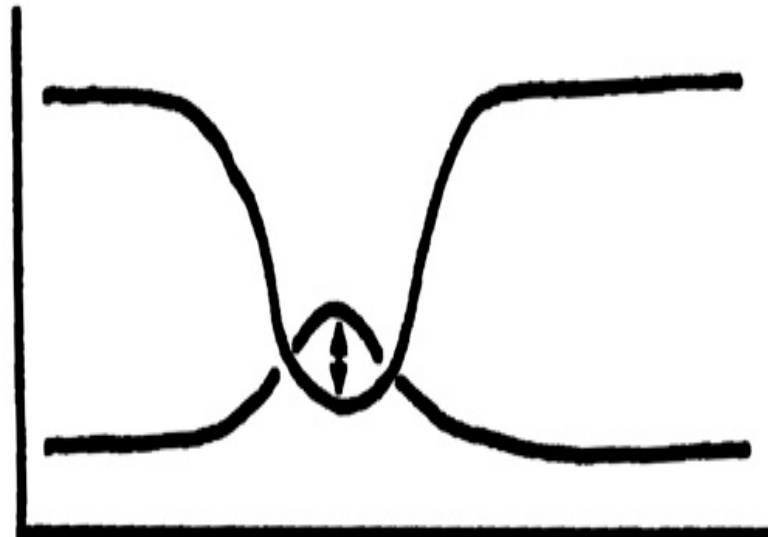


Ouverture anale insuffisante



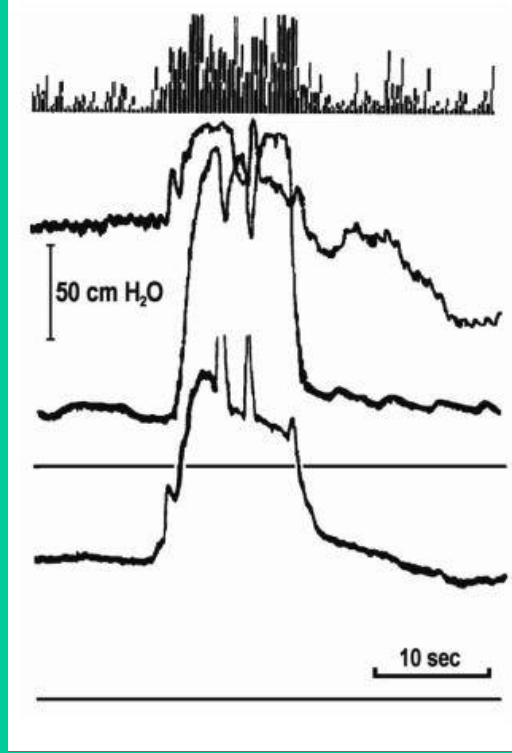
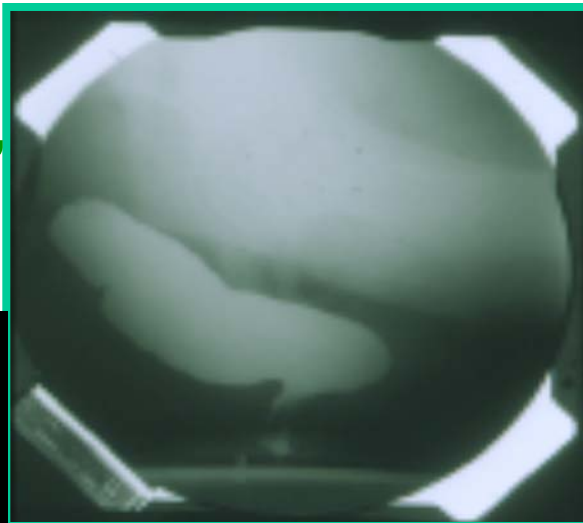
et/ou

Poussée rectale insuffisante

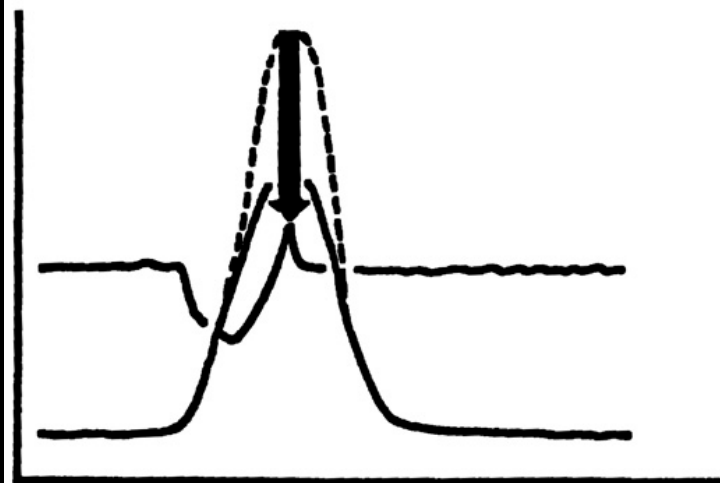


Temps

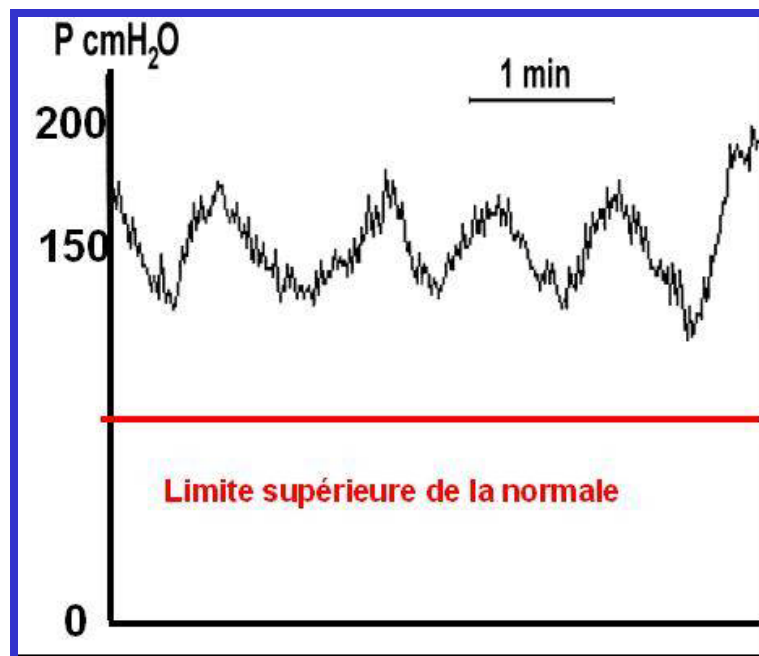
## Anisme (comportemental, neurologique)



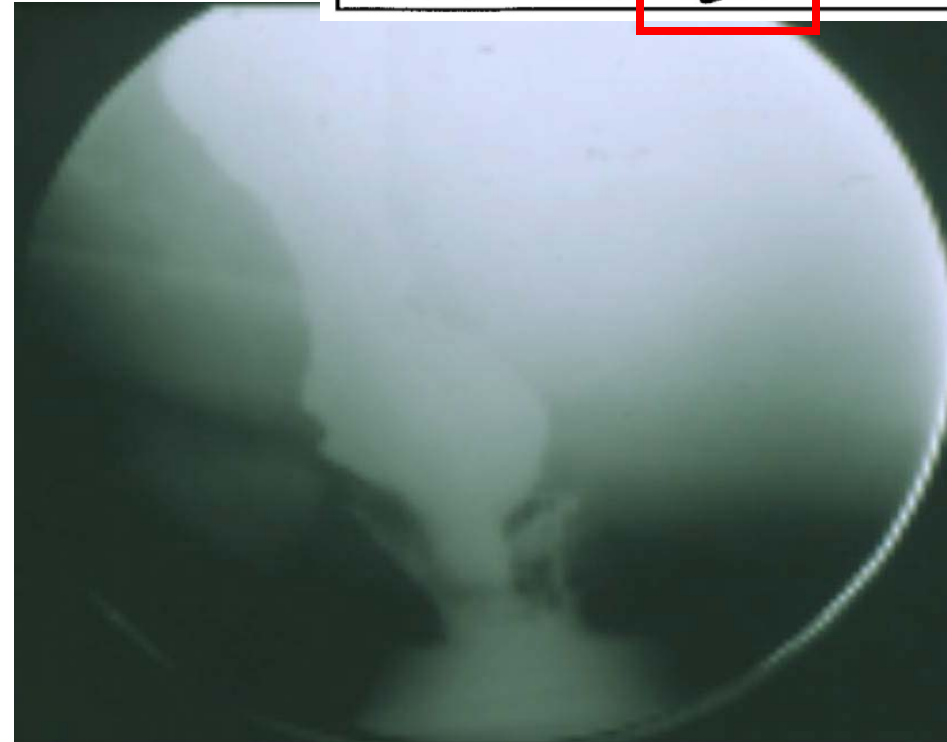
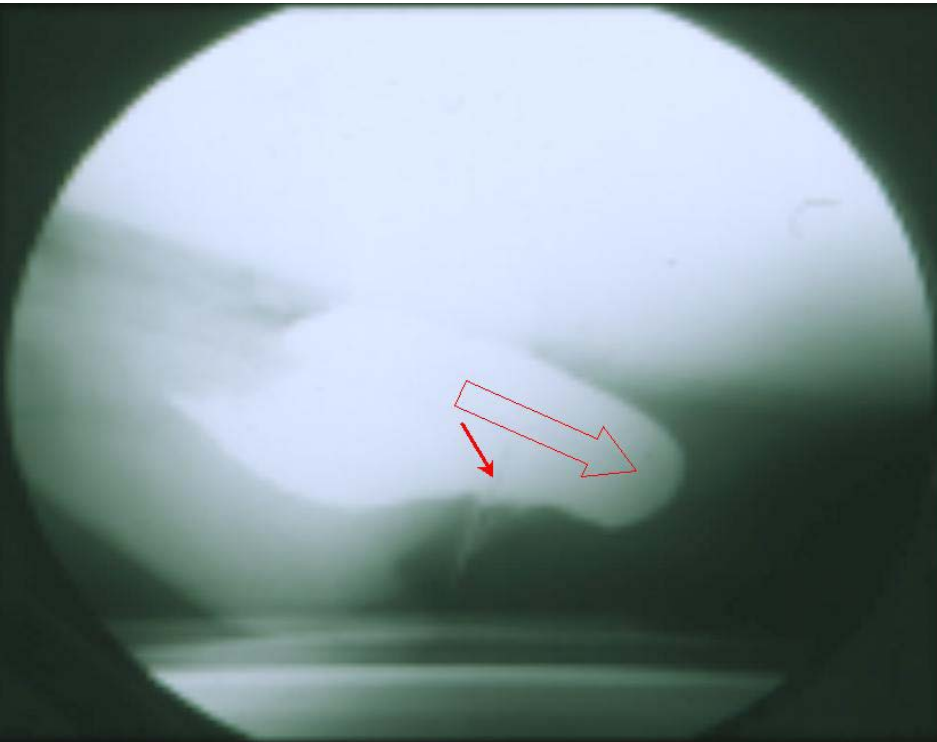
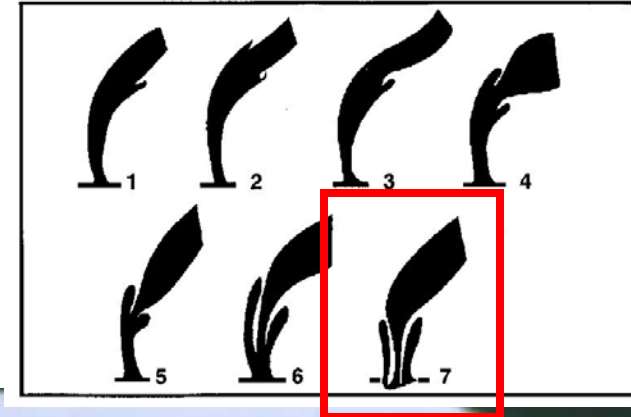
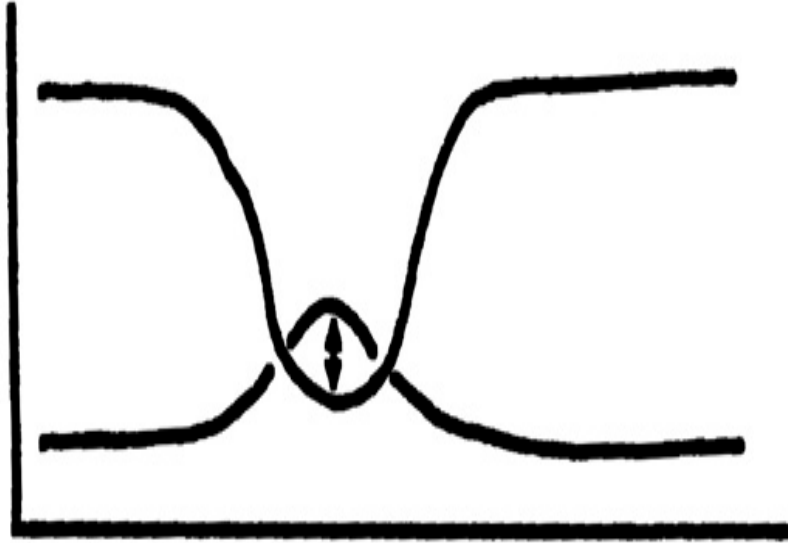
Ouverture anale insuffisante



**Ondes ultra-lentes**

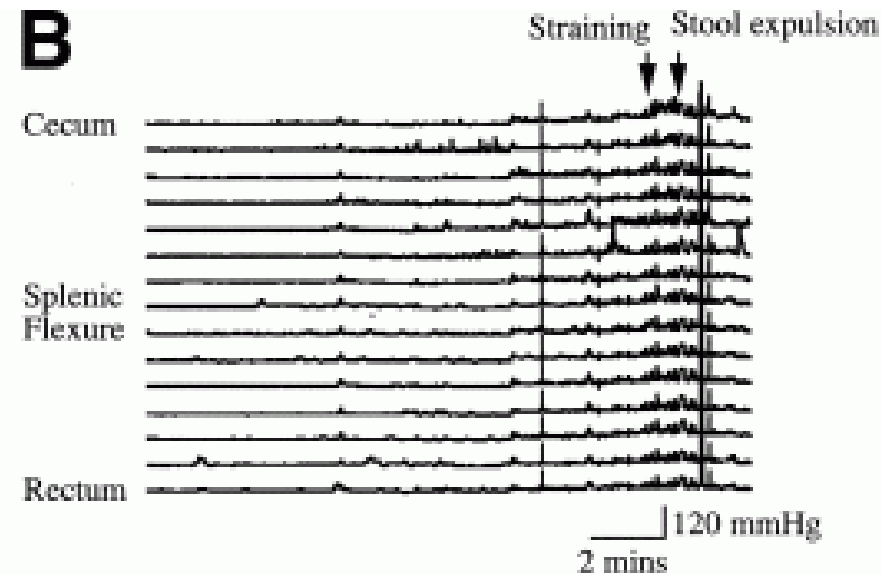
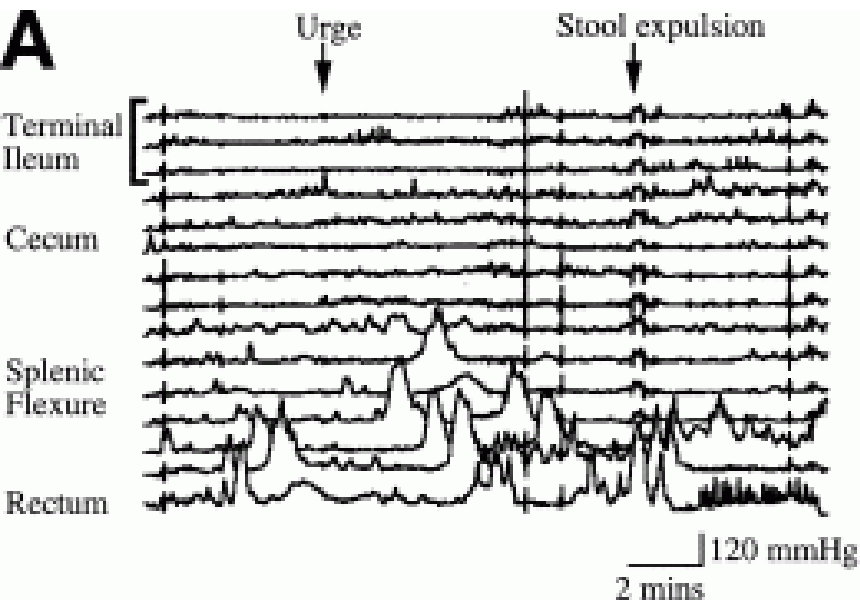


# Poussée rectale insuffisante



# Abnormal predefecatory colonic motor patterns define constipation in obstructed defecation

PG Dinning et al Gastroenterology 2004- 127 - 49



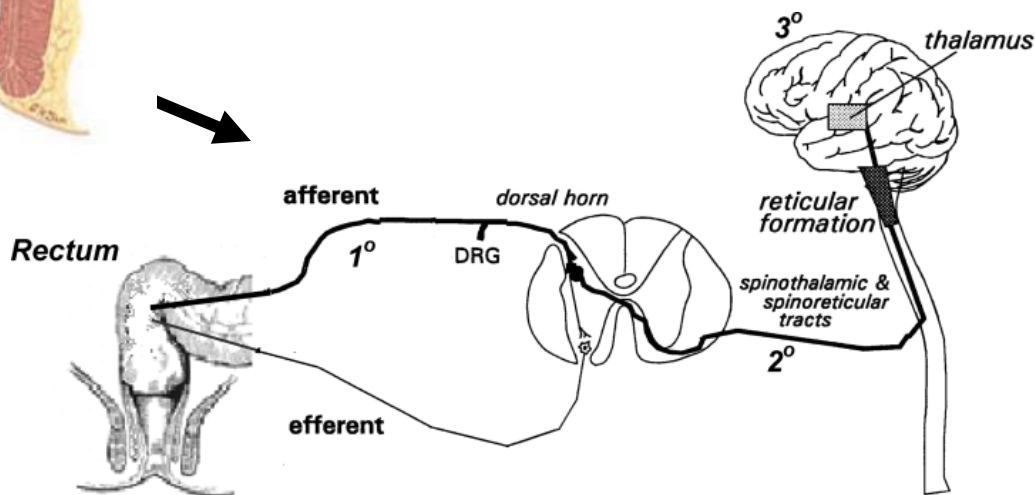
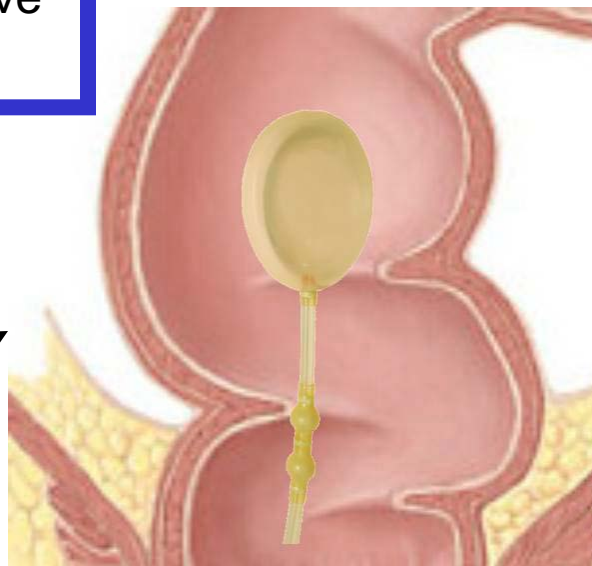


# sigmoïdocèle



# HYPOSENSIBILITÉ RECTALE

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



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

**Anisme**

**Examen clinique**

**Rectocèle**

**Examen clinique**

**Procidence rectale  
obstructive**

**Rectopexie tube rigide en  
poussée**

**Ondes ultralentes**

**Manométrie anorectale**

**Hyposensibilité  
rectale**

**VMT rectal**

**Sigmoïdocèle**

**Défécographie**

---

Predefecatory colonic  
pattern

Manometrie colique

# TRAITEMENT

**1- laxatifs osmotiques et règles hygiénodiététiques**

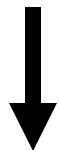
Si échec ↓

**2- suppo et/ou microlavement; calendrier**

Si échec ↓

**3- anisme?**

**OUI**



**biofeedback**

# BIOFEEDBACK



**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**

# TRAITEMENT

**1- laxatifs osmotiques et règles hygiénodiététiques**

Si échec ↓

**2- suppo et/ou microlavement; calendrier**

Si échec ↓

**3- anisme?**

**NON**

**OUI**

**biofeedback**

Si échec

**Rectoscopie tube rigide  
(procidence obstructive)**

**Manométrie anorectale (USW,  
hyposensibilité rectale?)**

**Défécographie si suspicion de  
sigmoïdocèle**

**TTM (ralentissement colique?)**

# **CHIRURGIE: très peu!**

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

# CHIRURGIE

***Rectocèle / Procidence obstructive:***  
**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

## *Sigmoïdocèle*



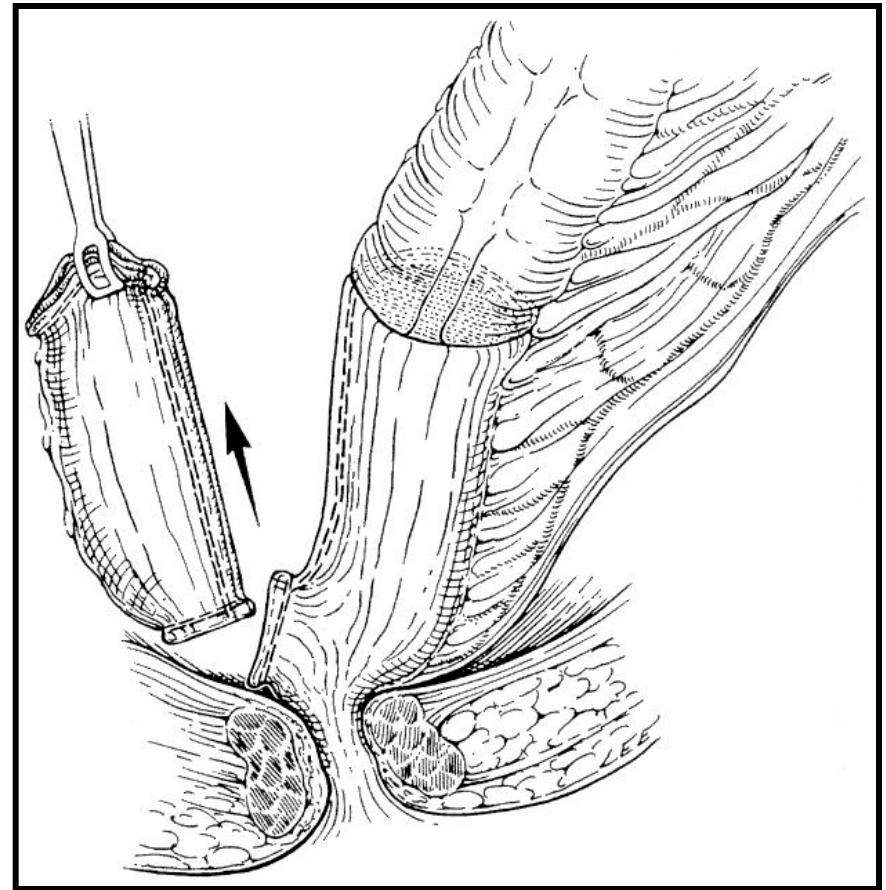
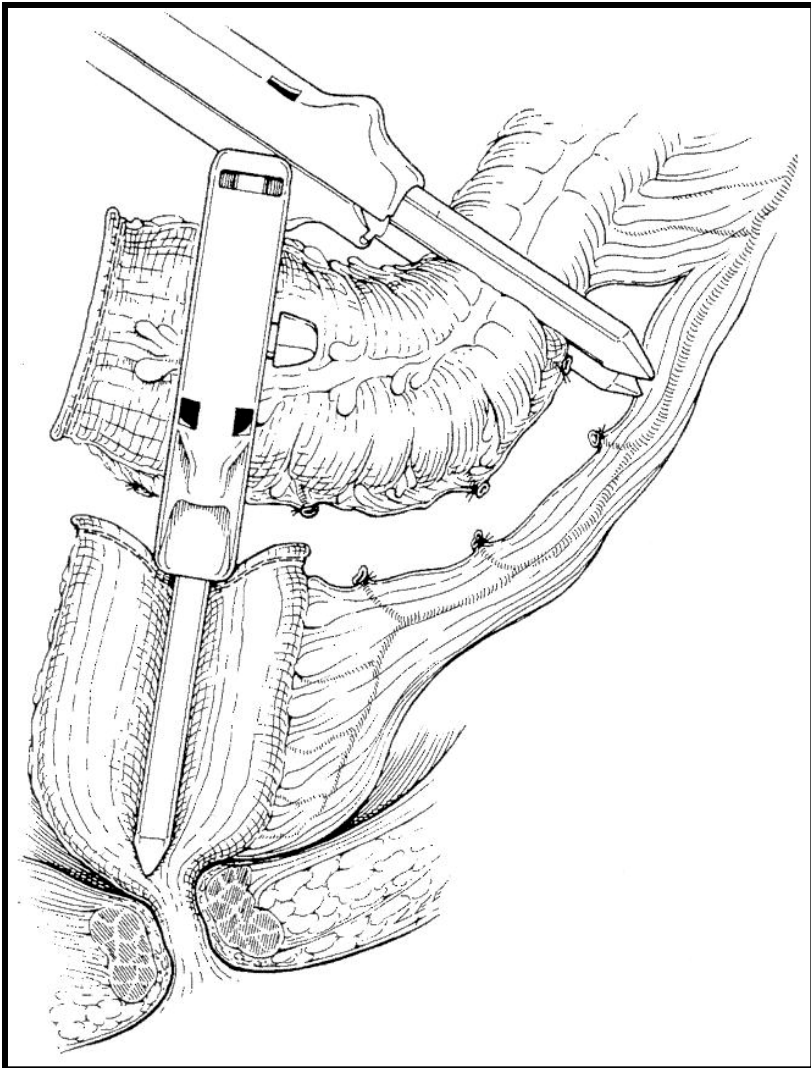
Constipation apparue  
depuis l'hystérectomie

Pas de ralentissement  
colique

Sigmoïdocèle majeure

# CHIRURGIE

## *Megarectum*: Vertical Reduction Rectoplasty?





# Les Points forts

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).
4. Ne pas oublier hyposensibilité rectale et sigmoïdocèle
5. Le diagnostic est clinique sauf pour ondes ultralentes, hyposensibilité rectale, sigmoïdocèle
6. Le traitement est avant tout médical (biofeedback en cas d'anisme « vrai »)
7. L'indication du traitement chirurgical d'un trouble de la statique est difficile