JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012

Traitement médical des séquelles de résection du rectum

Dr Anne-Laure Tarrerias (Paris)

2 principales complications

- L'incontinence fécale
- La dyschésie

Les facteurs de risques de l'incontinence anale

- un volume tumoral important
- une radiothérapie préopératoire
- une insuffisance sphinctérienne pré-existante
- une anastomose colo-rectale basse voir colo-anale.
- l'existence d'une fistule anastomotique
- l'absence de réservoir colique
- une sclérose péri-anastomotique

Les facteurs de risque de la dyschésie

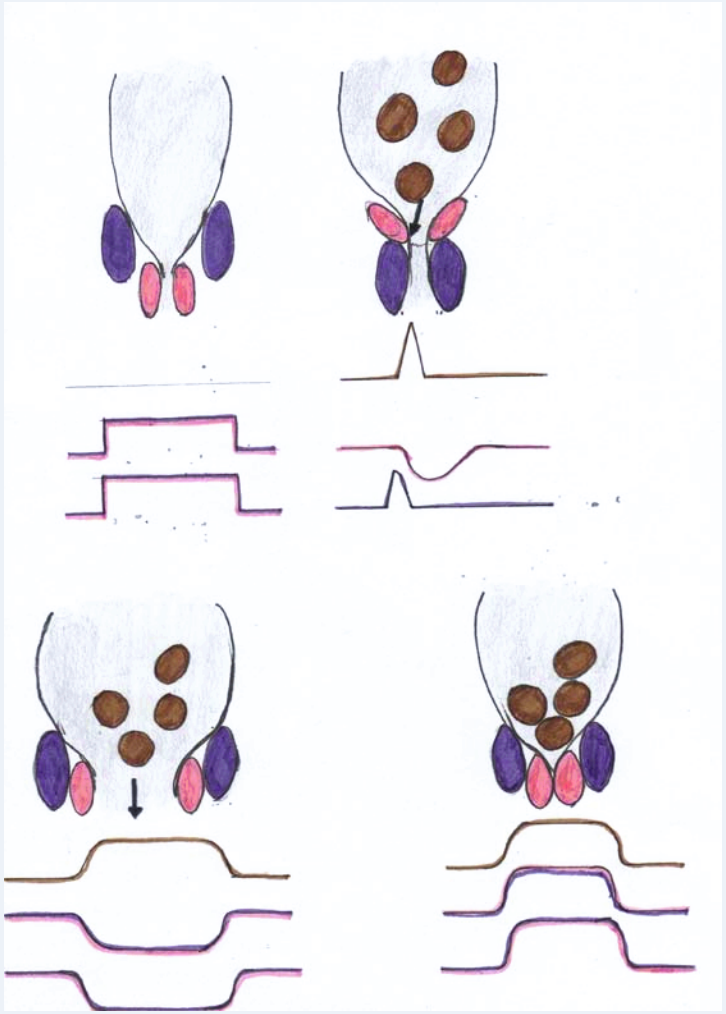
- Un réservoir colique trop important (plus de 6 à 8 cm)
- Une sténose anastomotique

Dans tous les cas, ces symptômes vont évoluer sur la 1ère année postop. Au delà une prise en charge s'impose.

Allal et coll. 2000. Br J Cancer 82 ;1131-7

Dehni et coll. 1998. Dis Colon Rectum 41 :817-22

Physiopathologie



- Le type d'incontinence dépend de la zone altérée :
  - Ligne pectinée
  - Réservoir
  - Sphincter interne
  - Sphincter externe

Durant la première année

- Rechercher une sténose anastomotique facile à lever les premiers mois
- Une fistule anastomotique qu'il faudrait traiter
- Une récidive tumorale

Si on a éliminé ces complications, il faut commencer un traitement médical et patienter car les symptômes régressent durant la première année.

Quel bilan ?

- Un interrogatoire précis :
  - Impériosités ou incontinence active
    - ➔Défaut de réservoir, microrectie
    - ➔Insuffisance sphinctérienne externe
  - Suintements ou incontinence passive
    - ➔Défaut de réservoir : trop large, ou non fonctionnel
    - ➔Incompétence du sphincter interne
  - Troubles du transit
    - ➔diarrhées par accélération du transit ou secondaire à la stase stercorale
    - ➔Constipation ou dyschésie

Quel bilan ?

- Examen proctologique complet
  - Testing musculaire
  - Examen neurologique : touché, piqué, sensibilité sur le territoire pudendal
  - Réflexes : clitoridosphinctérien ou cutanéosphinctérien
  - Déformation du canal anal
  - TR : vacuité rectale

Le traitement médical

- Régulariser le transit

  Ralentisseurs ou PEG/Mucilages. Chélateurs des acides biliaires

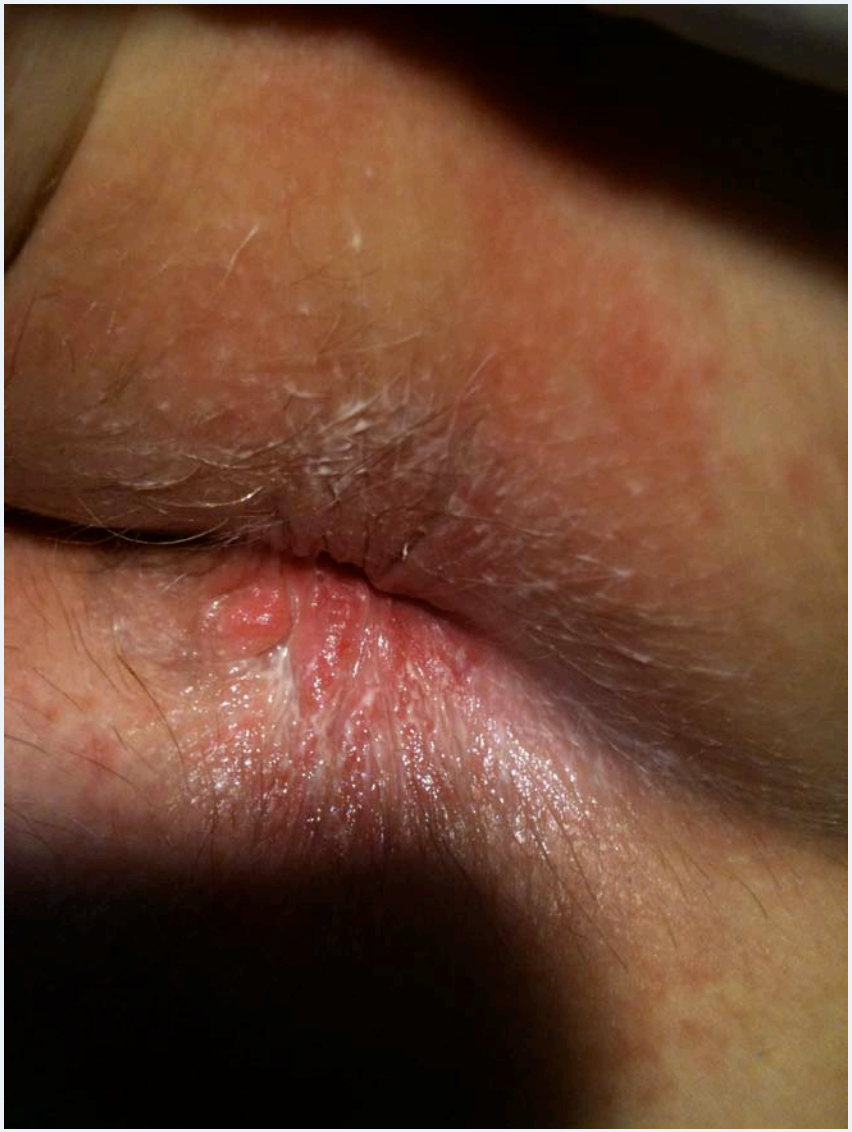
  Attention à la fausse diarrhée en cas d'utilisation abusive de loperamide.

- Obtenir la vacuité du réservoir

  Suppositoires, lavements à l'eau, biofeedback

- Traiter les lésions dermatologiques
- Obturateurs

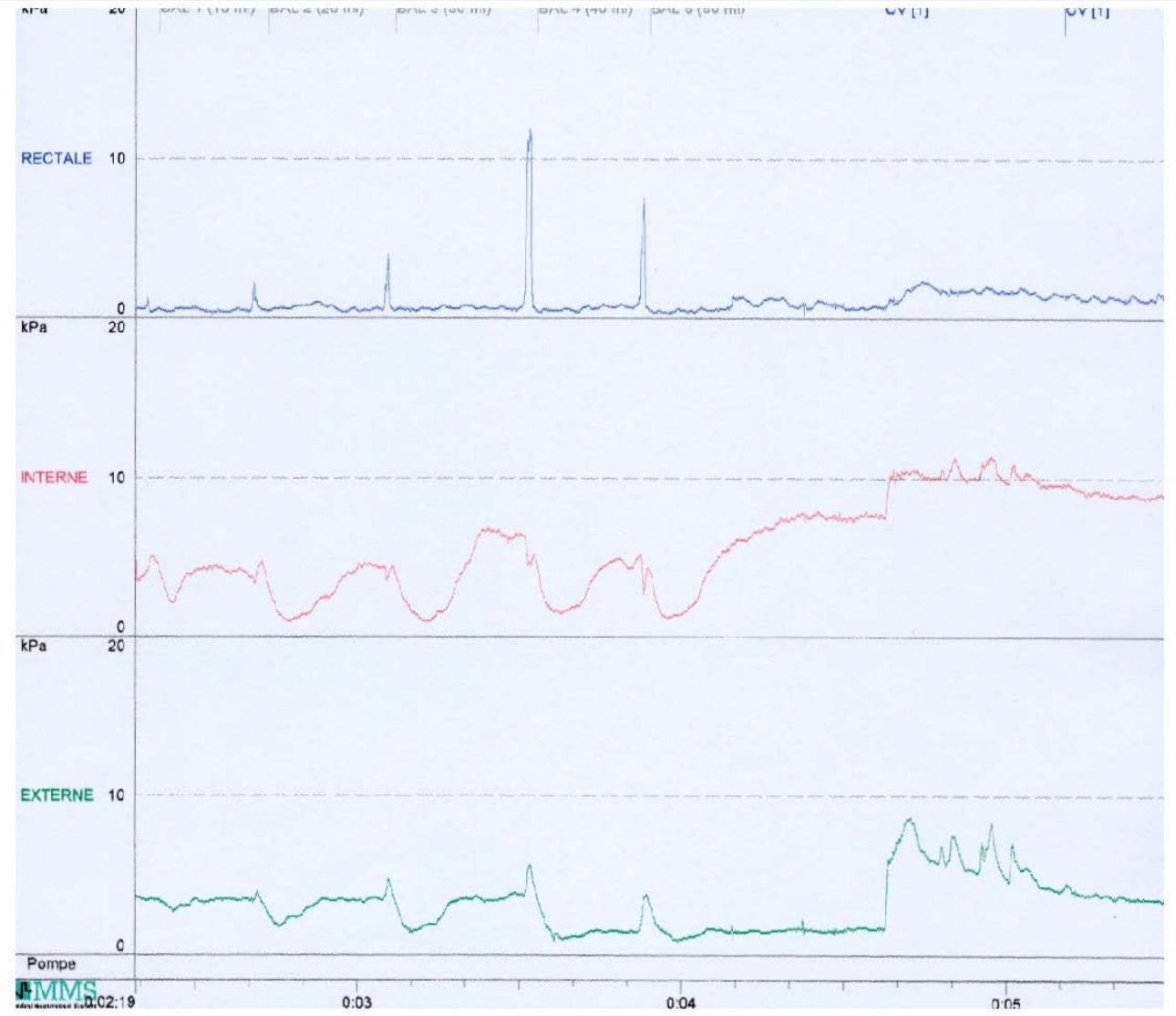
Intertrigo d'irritation secondaire aux suintements



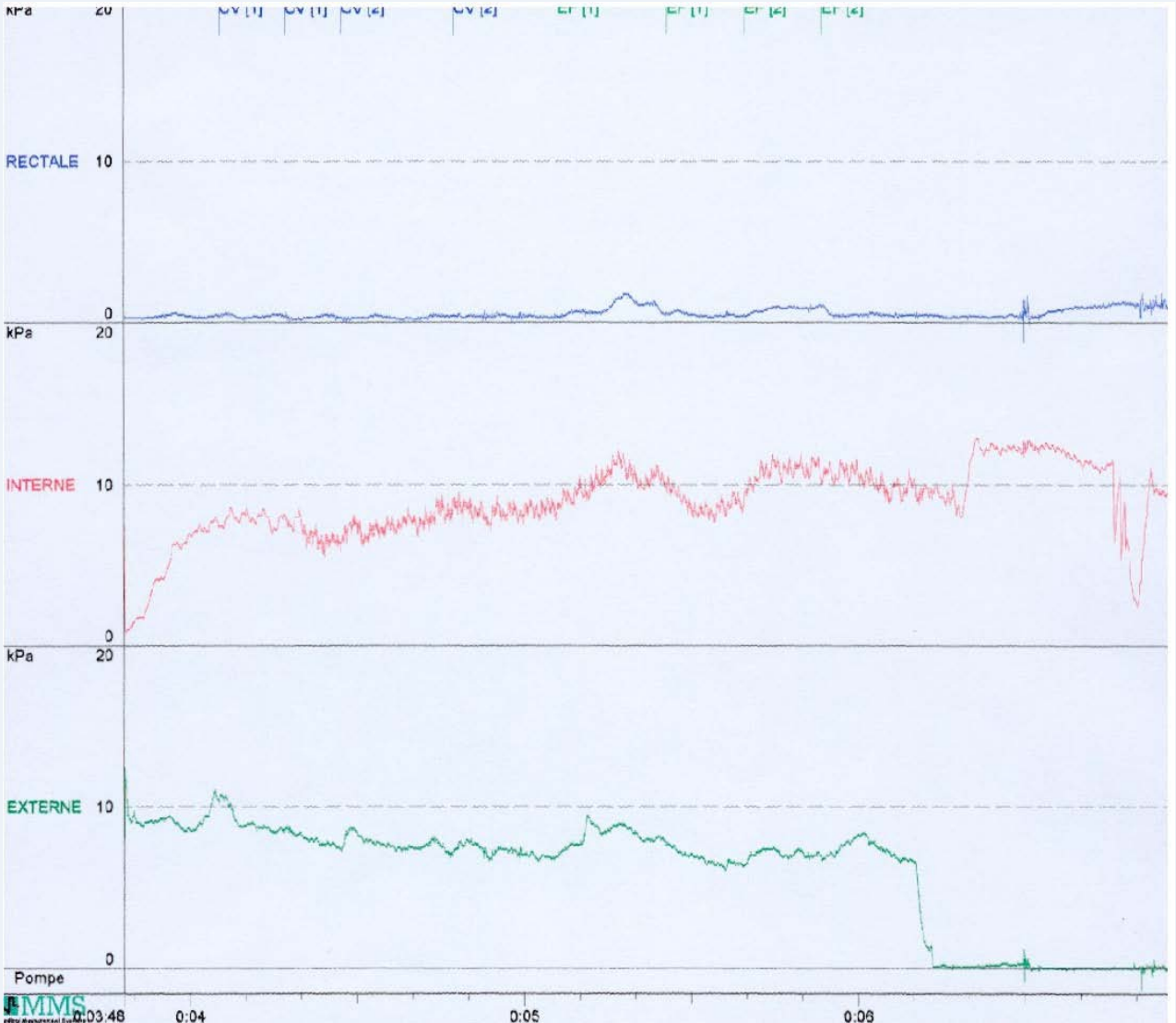
Bilan paraclinique en cas d'échec du traitement médical

- Manométrie anorectale
- Echoendoscopie du sphincter anal

Insuffisance sphinctérienne



Akinésie périnéale

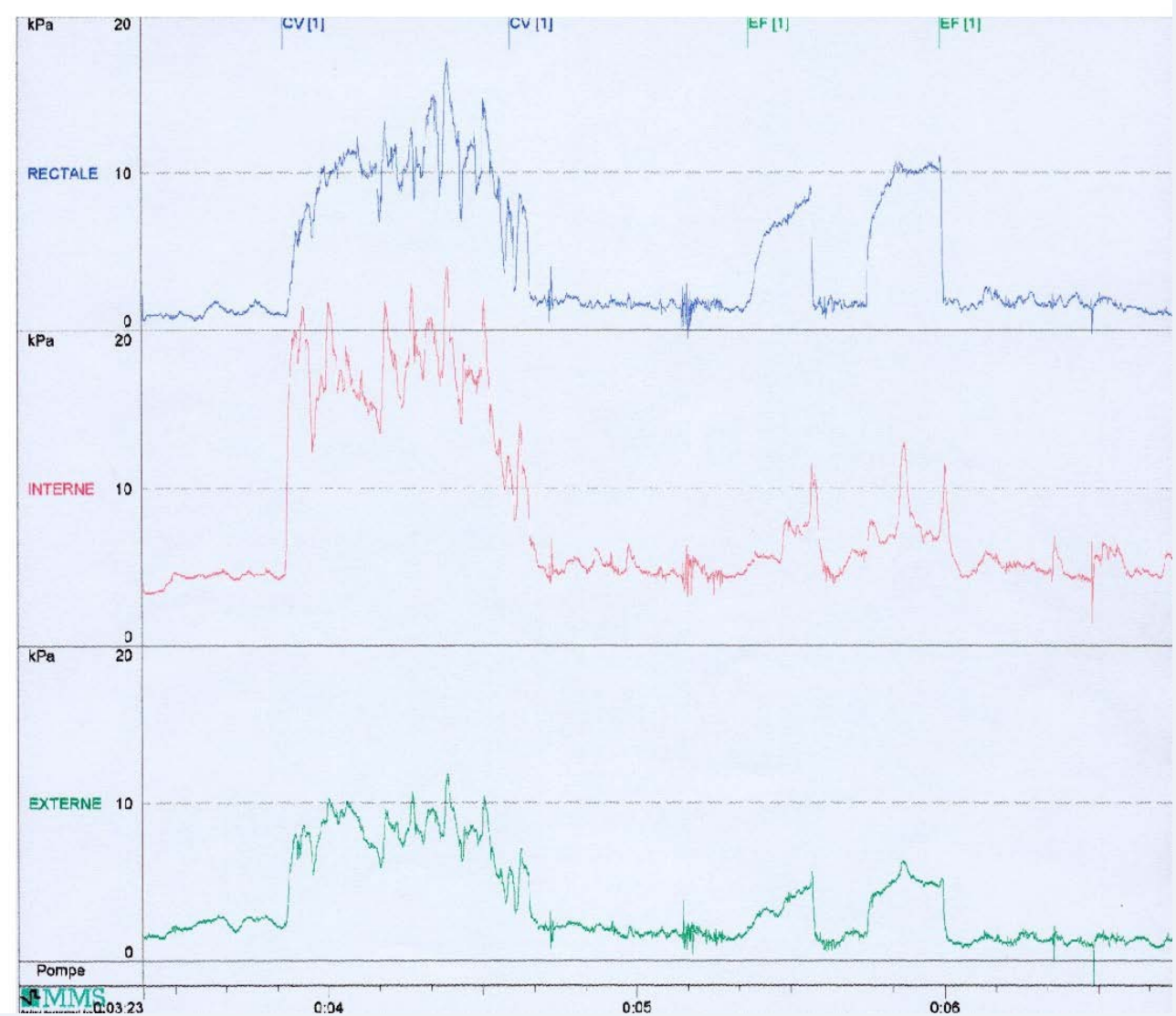


Sensibilité du reservoir

- Une hyposensibilité participe à une rétention rectale source de fuites anales et donc d 'une incontinence passive.

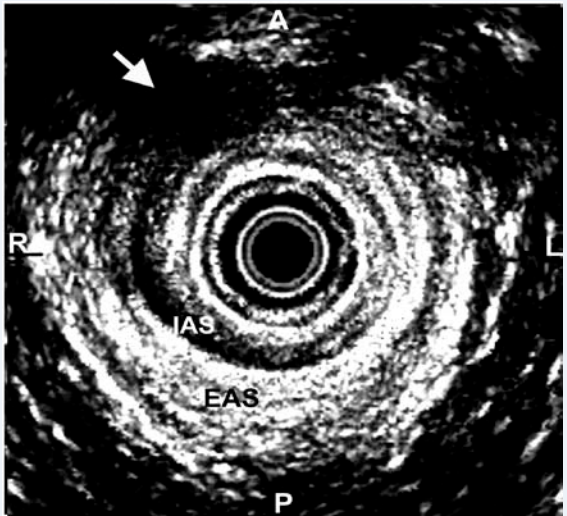
- L'hypersensibilité altère le rôle de réservoir d'où des impériosités.

L'asynergie abdominopérinéale



L'echoendoscopie du sphincter anal

- Lésion du sphincter interne source d'incontinence passive. Situation la plus difficile à corriger
- Lésion du sphincter externe : il faut faire la part de la lésion dans les symptômes.



Conclusion

- Le traitement médical de l'IF ou de la dyschésie après proctectomie s'attache à obtenir une bonne vacuité rectal en régularisant le transit et en couplant au techniques d'évacuation
- A 1 an en post opératoire, un bilan complet d'IF va permettre de comprendre la physiopathologie de l'IF pour proposer dans certains cas un traitement chirurgical.