


PROLAPSUS RECTAL

Laurent SIPROUDHIS Véronique DESFOURNEAUX Pôle Abdomen & Métabolisme



 CHU Pontchaillou ; 35033 Rennes Cedex

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



CONFLITS D'INTÉRÊT



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

Objectifs Pédagogiques

Définitions

Pathogénie

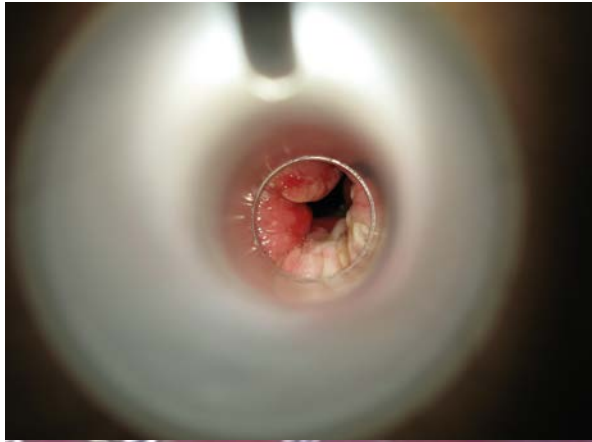
Reconnaître

Traiter

définition

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) s'exteriorise.

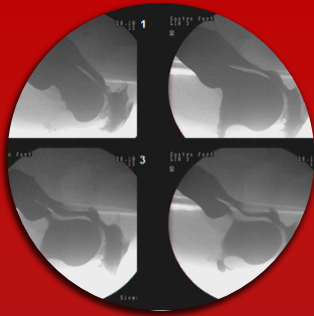


Examen dynamique

- Le diagnostic de prolapsus rectal extériorisé
 - 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.



pathogénie



Ce qui est connu



Ce qui
questionne



Les facteurs de risque

un long passé de constipation

chirurgie pelvienne passée

situations pathogéniques spécifiques

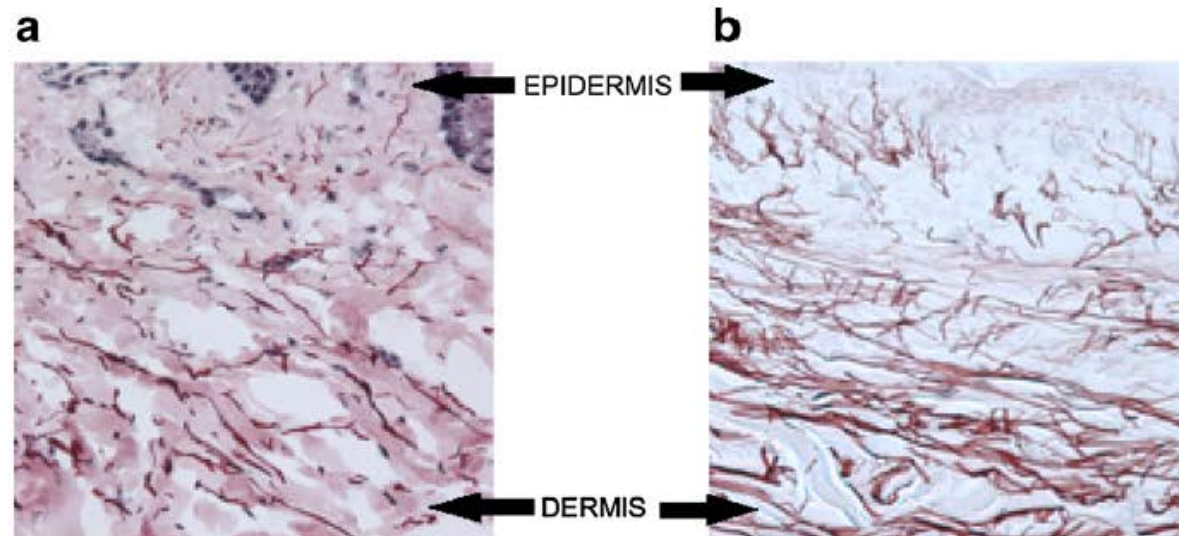
- syndrome d'hyperlaxité ligamentaire (syndrome d'Ehler Danlos)
- mucoviscidose

ORIGINAL ARTICLE

Histological and mechanical differences in the skin of patients with rectal prolapse

H. M. Joshi^{1,2} · A. K. Woods³ · E. Smyth¹ · M. P. Gosselink¹ ·
C. Cunningham¹ · I. Lindsey¹ · J. Urban⁴ · O. M. Jones¹ · F. Vollrath³

Fig. 2 Histological skin samples, stained with Orcein and observed under light microscope **a** control sample skin and **b** prolapse skin. Orcein stain ($\times 20$ magnification)



Troubles de la statique pelvienne

Rectocèle

Colpocèle
antérieure

Prolapsus

Entérocele

Périnée
descendant

- **Le prolapsus rectal est un trouble de la statique pelvienne parmi d'autres:**
 - **Iceberg**
 - **Facteurs de risque ou associés**
- **Il induit des troubles:**
 - **de type mécanique (procidence, syndrome rectal)**
 - **de type fonctionnel (canal anal en est la cible)**

Trois groupes de plaintes associées

Faux besoins/syndrome
rectal

Syndrome d'obstruction
défécatatoire

Incontinence

6 situations symptomatiques

Notion d'hémorroïdes
évoquées par un patient
dyschésique

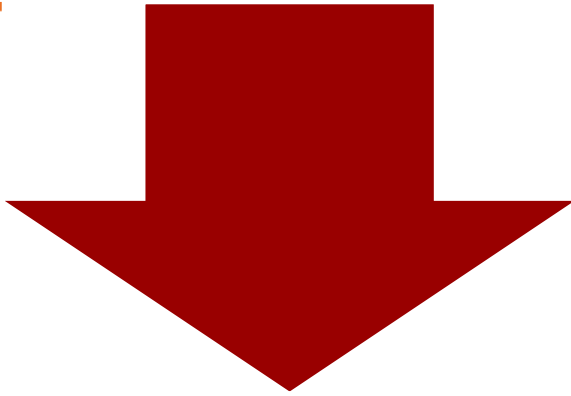
Extériorisation d'une
masse anale lors de la
défécation

Emissions de glaires
dans le sous vêtements
dans le cadre d'une
incontinence passive

Pesanteurs pelviennes
mécaniques

Sensation de corps
étranger endocanalaire

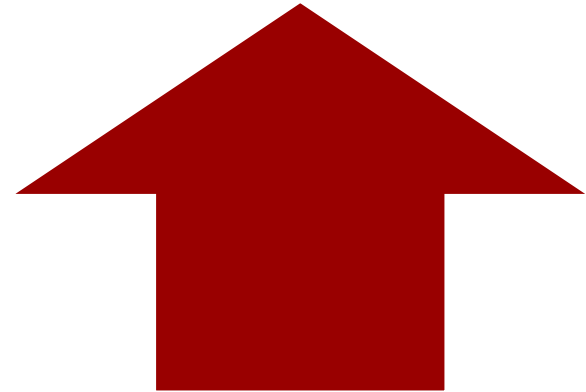
Douleurs
hypogastriques et
fessières à irradiation
descendante lors des
efforts de défécation



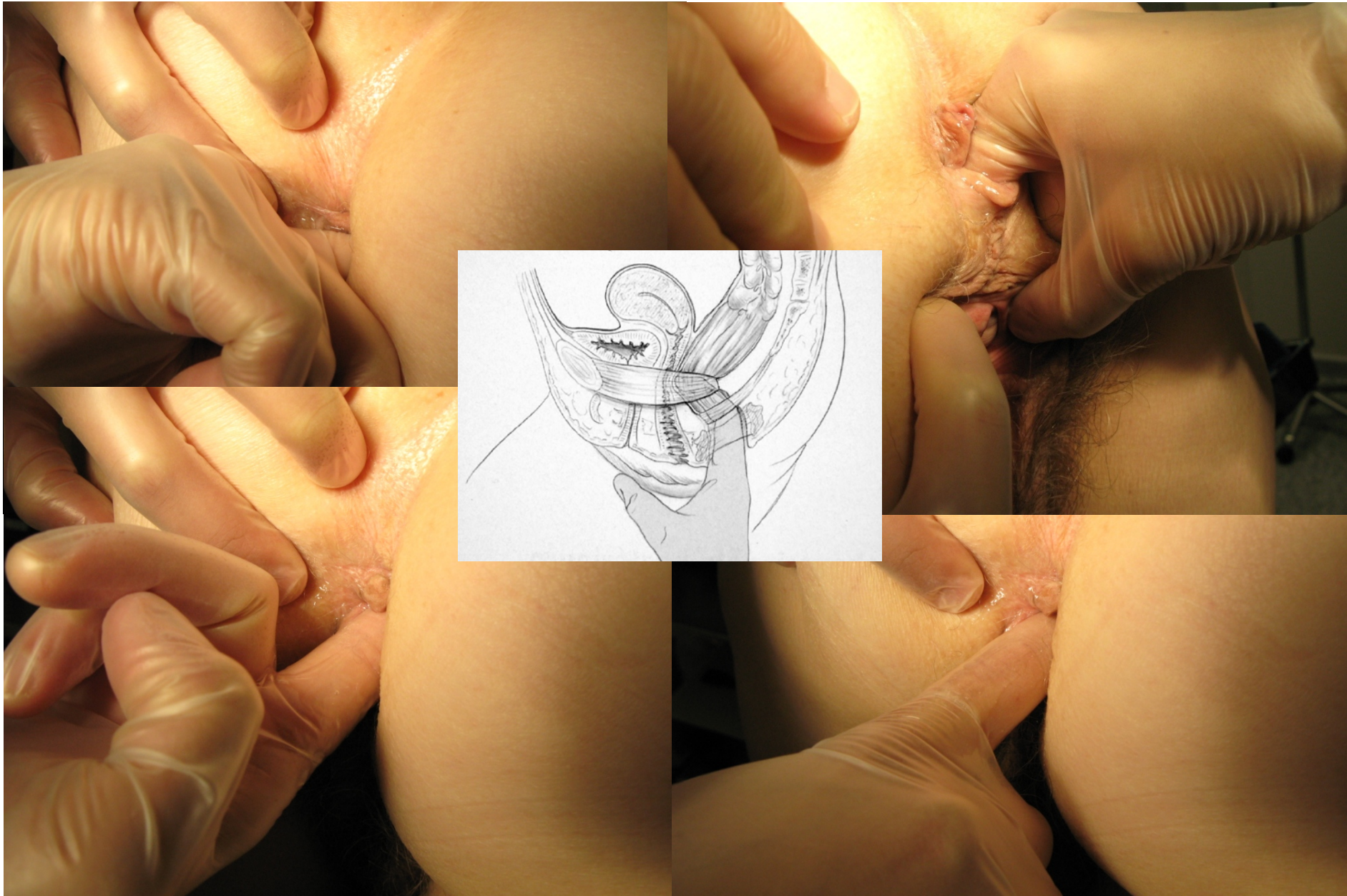
anatomie



fonction







6 situations d'examen

Syndrome rectal à
rectoscopie normale

Lésions muqueuses
inflammatoires
suspendues de la
première valvule de
Houston

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

Dyssynergie anorectale
évoquée en
manométrie mais sans
support clinique



Déféco



IRM



Quelles explorations supplémentaires?

Faut-il envisager des explorations supplémentaires?

Gastro fort
LIH 3

22.02.05
14.16
/3



Siemens

Gastro fort
LIH 3

22.02.05
14.16
/3



Siemens

Gastro fort
LIH 3

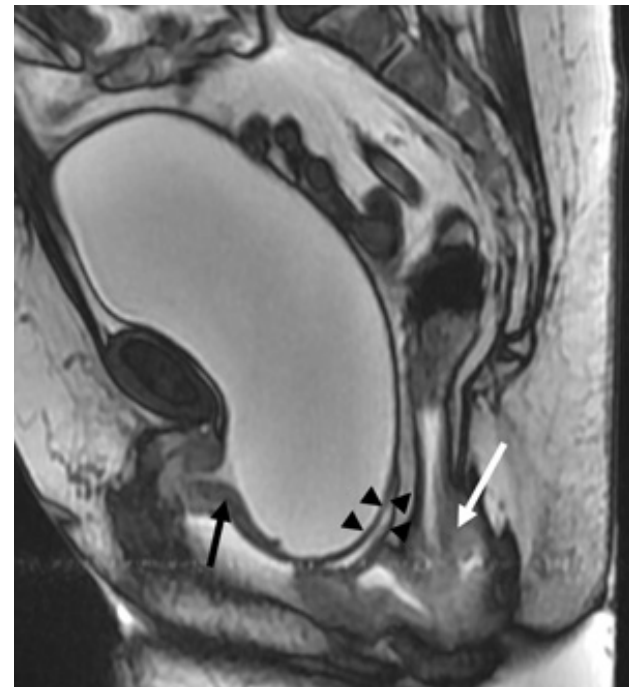
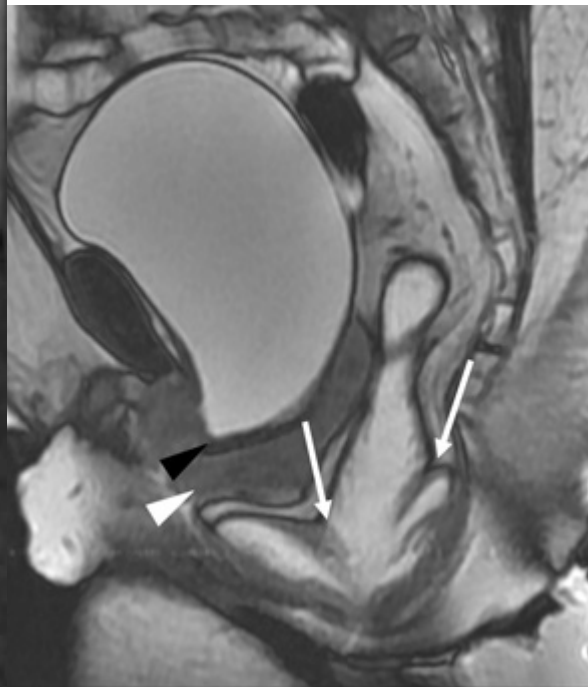
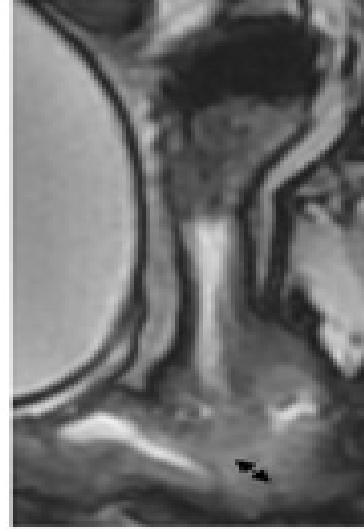
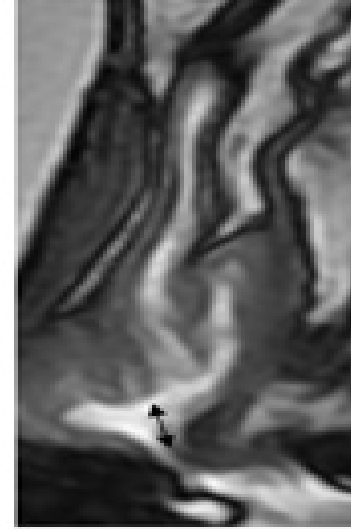
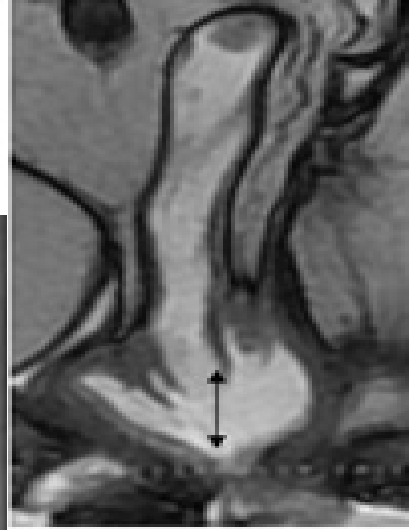
22.02.05
14.16
/3



Gastro fort
LIH 3

22.02.05
14.17
/3





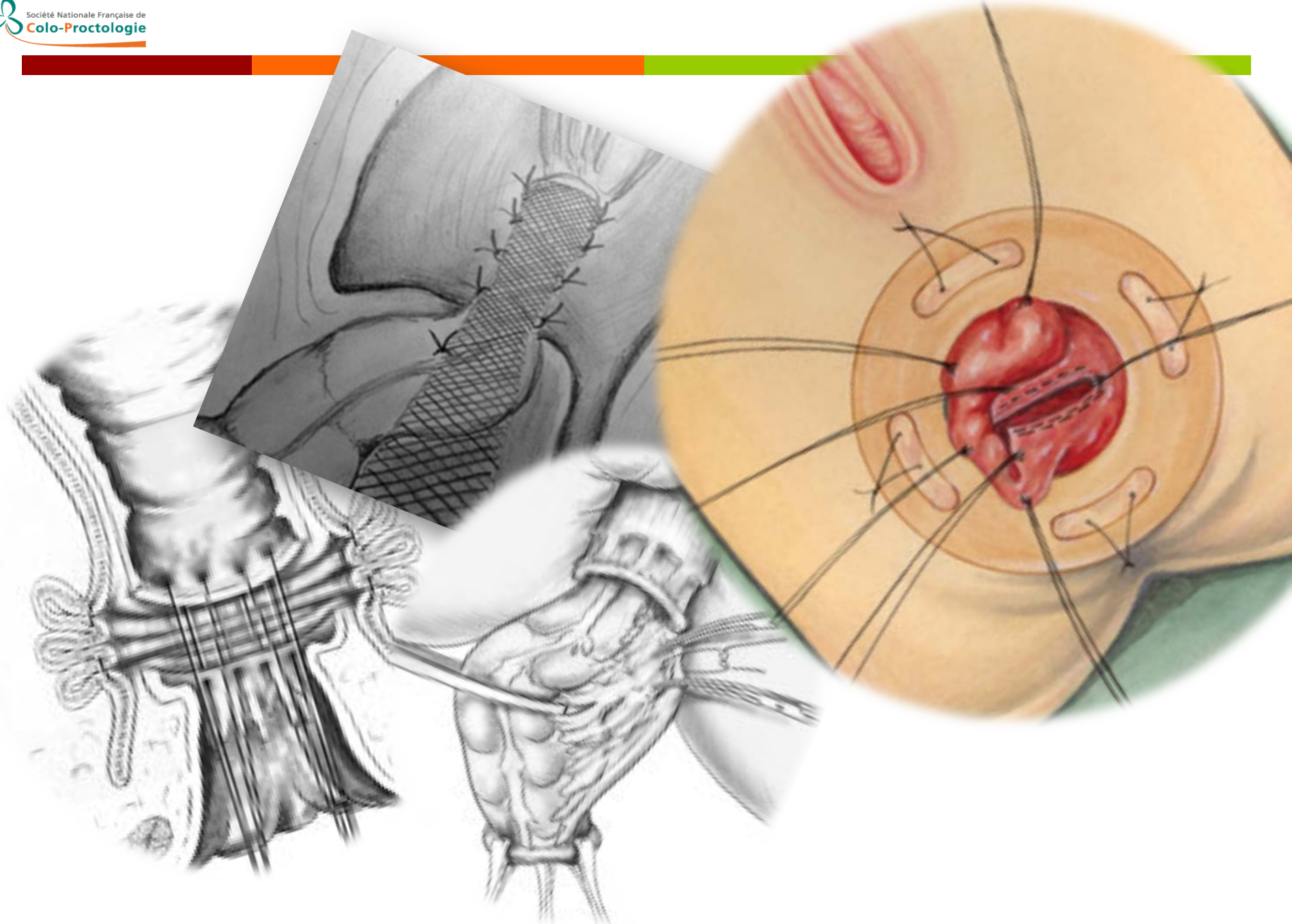
Dynamic cystocolpoproctography is superior to functional pelvic MRI in the diagnosis of posterior pelvic floor disorders: results of a prospective study

J.-L. Faucheron*, S. Barot*, D. Collomb†, N. Hohn†, D. Anglade* and A. Dubreuil‡

Table 1 Agreement between the DCP findings, the functional pelvic MRI findings and the operative findings according to the kappa (κ) value.

Diagnosis at surgery	DCP observed agreement (κ)	MRI observed agreement (κ)
Full-thickness rectal prolapse	95% (0.80, good)	91% (0.56, moderate)
Internal rectal prolapse	93% (0.85, excellent)	87% (0.69, good)
Posterior colpocele	89% (0.69, good)	91% (0.76, good)
Rectocele	91% (0.69, good)	93% (0.79, good)
Peritoneocele	87% (0.72, good)	76% (0.54, moderate)

- **Le prolapsus rectal doit être évoqué par le praticien:**
 - **Syndrome rectal**
 - **Signes indirects**
- **L'examen clinique suffit:**
 - **L'imagerie radiologique peut être en défaut**
 - **Les examens complémentaires n'enregistrent que des signes indirects et ne sont pas pronostiques**



4 enjeux thérapeutiques

améliorer les
symptômes liés à la
présence du prolapsus

éviter l'apparition ou
l'aggravation d'autres
symptômes

corriger durablement
l'anomalie
anatomique

restaurer une
physiologie anorectale
la plus proche de la
normale possible.

Arius of Alexandria (256–336 AD): the first reported mortality from rectal prolapse

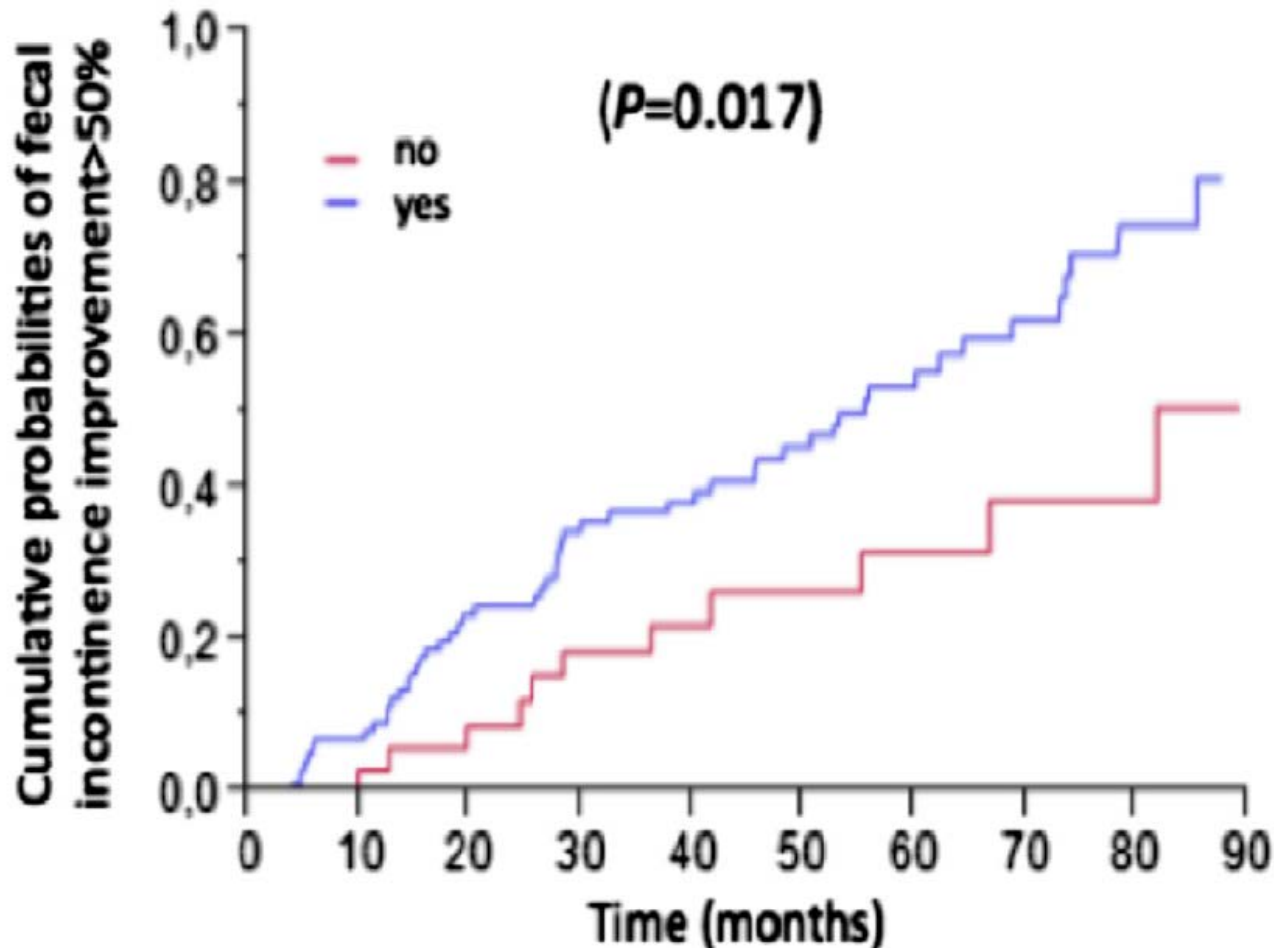
Hygiène défécatoire

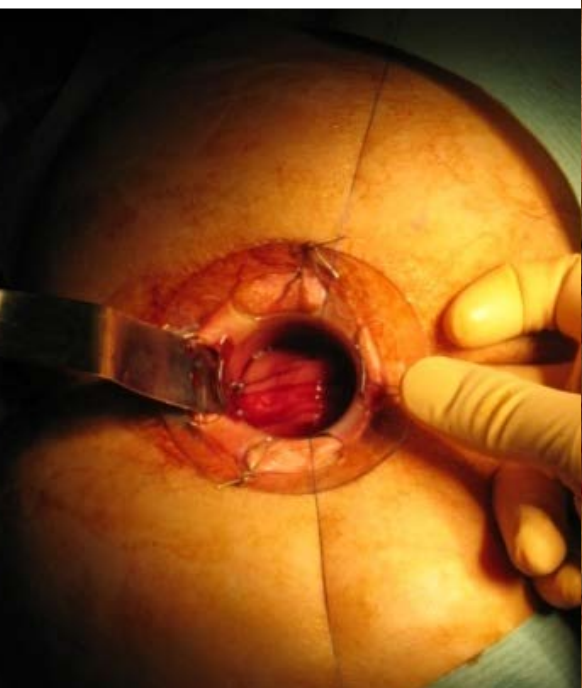
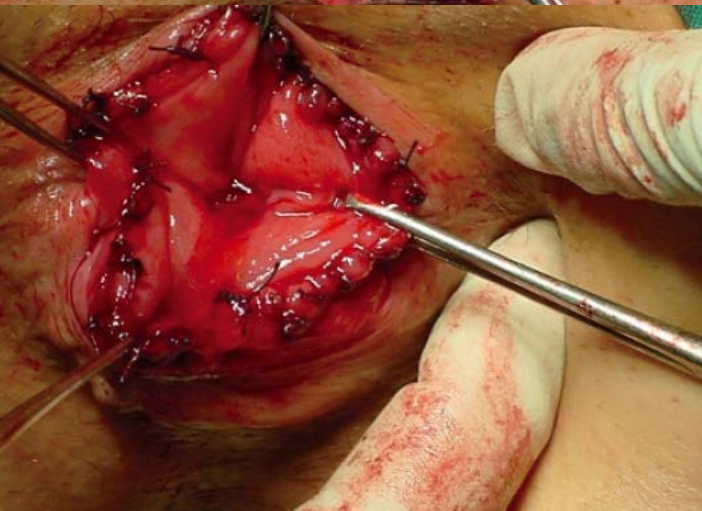
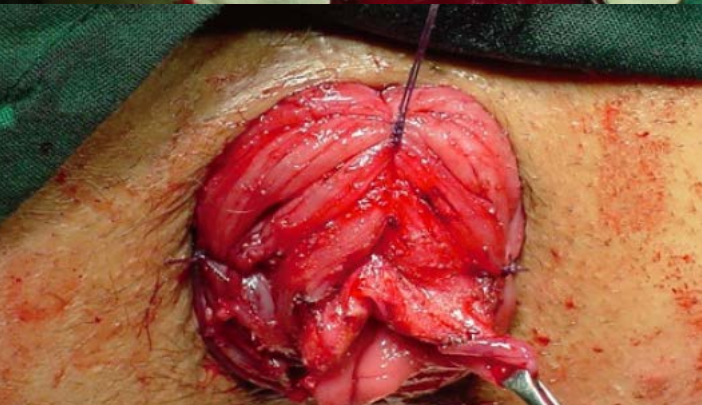
Résection trans anale

Ventropexie

Long-term impact of full-thickness
rectal prolapse treatment on fecal
incontinence

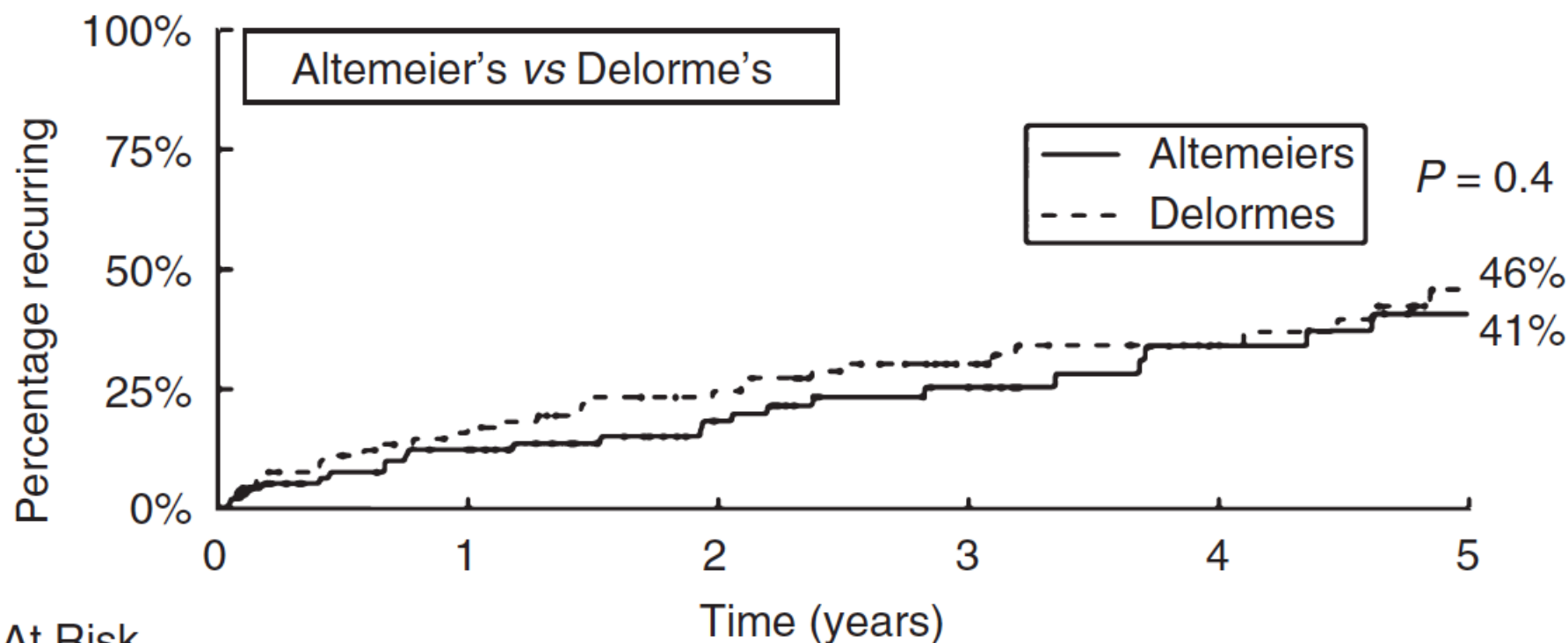
A Surgery for rectal prolapse





PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse

A. Senapati*, R. G. Gray†, L. J. Middleton‡, J. Harding§, R. K. Hills¶, N. C. M. Armitage**, L. Buckley†† and J. M. A. Northover‡‡ on behalf of the PROSPER Collaborative Group¹



At Risk

Altemeiers: 102	72	50	36	20	15
Delormes: 99	69	57	40	25	15

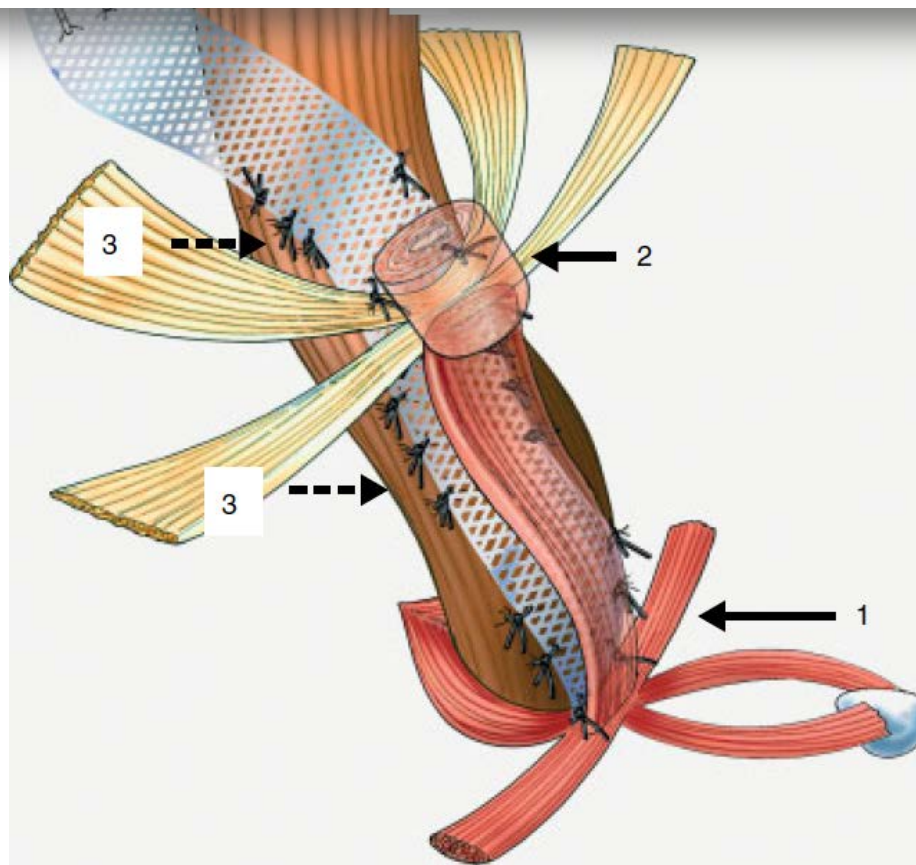


Clinical, physiological and radiological assessment of rectovaginal septum reinforcement with mesh for complex rectocele

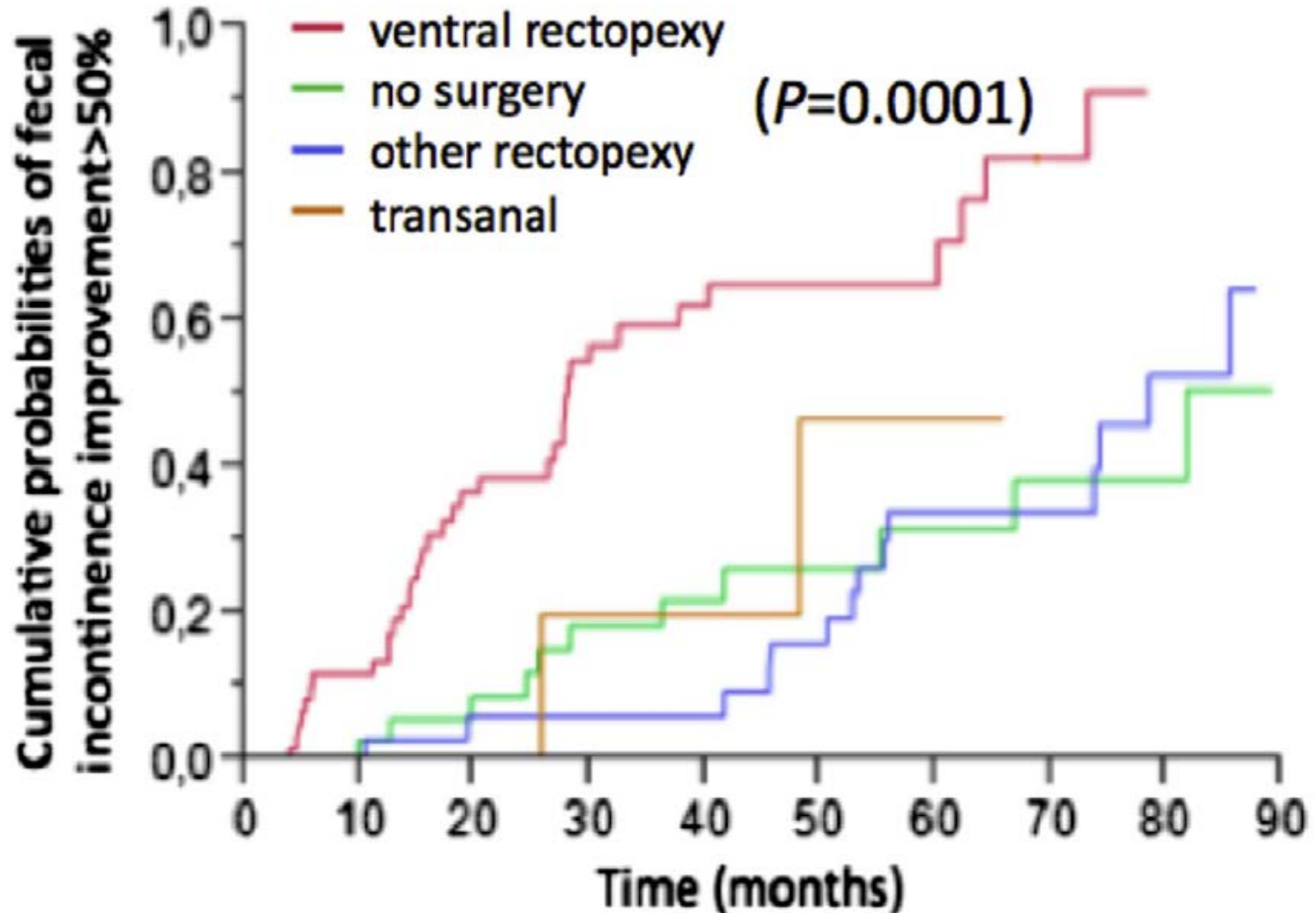
A. D'Hoore¹, D. Vanbeckevoort² and F. Penninckx¹

Departments of ¹Abdominal Surgery and ²Radiology, University Clinics Gasthuisberg, Leuven, Belgium

Correspondence to: Dr A. D'Hoore, Department of Abdominal Surgery, University Clinics Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, Belgium (e-mail: andre.dhoore@uz.kuleuven.ac.be)



Long-term impact of full-thickness
rectal prolapse treatment on fecal
incontinence



Incontinence persistante

Trois ans après rectopexie prothétique

- deux tiers des malades observent une amélioration des troubles de la continence.

Lorsqu'il est quantifié, le niveau d'amélioration est modeste

- Puisqu'une continence parfaite est rapportée moins d'une fois sur dix
- près de la moitié des malades gardent une incontinence pour les selles et gardent des garnitures.

Constipés

Idéal

Anorexie

Gériatrie

Qui?

Homme



- **Hygiène défécatoire**
 - **Symptomatologie discrète**
- **Résection trans anale**
 - **Risque opératoire majeur**
- **Ventropexie**
 - **Troubles de la continence et syndrome rectal**

Synthèse et points-clés

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

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.