

## CONSTIPATION TERMINALE ET TROUBLES DE LA STATIQUE PELVI-RECTALE

Dr Marie Armelle DENIS

Grande Journée Médicale Verviétoise  
Samedi 16 novembre 2019

La constipation terminale, appelée aussi dyschésie, se définit comme une difficulté à l'évacuation des selles. Les expressions en sont variées, que ce soit une sensation d'obstacle à l'évacuation, de vidange rectale incomplète, ou la nécessité d'efforts de poussée intenses et prolongés, éventuellement associés à des manœuvres digitales.

Ces troubles de l'évacuation sont fréquents : une enquête française rapportait la présence de troubles de l'évacuation rectale chez 22.4 % des personnes interrogées (1). La dyschésie est responsable d'une altération de la qualité de vie, mais elle est souvent sous-estimée car elle reste taboue.

Il existe de nombreuses causes de dyschésie, qui peuvent parfois être associées. On distingue des causes fonctionnelles (principalement l'anisme) et des causes anatomiques, principalement les troubles de la statique pelvi-rectale :

**La rectocèle** est une protrusion de la paroi antérieure du rectum à travers la cloison recto-vaginale. Très fréquente, elle est favorisée par les efforts de poussée excessifs répétés, les accouchements et traumatismes obstétricaux et les chirurgies pelviennes. Une rectocèle de petite taille (< 3 cm) est néanmoins physiologique et retrouvée chez 80% de contrôles asymptomatiques (2).

**Le prolapsus rectal extériorisé** est une invagination complète de la paroi rectale à travers l'anus, survenant le plus souvent lors des efforts d'exonération. Il est favorisé par les efforts de poussée chroniques, l'âge, les accouchements et traumatismes obstétricaux.

**La procidence rectale interne (ou intussusception)** est une invagination de la paroi rectale sans extériorisation. Elle est retrouvée à la défécographie chez la moitié des volontaires sains (2). Elle est très souvent retrouvée chez les patients dyschésiques, et fréquemment associée à un anisme, une rectocèle ou un périnée descendant. (3)

**Le syndrome du périnée descendant** se définit par une ballonnisation du périnée postérieur lors des efforts de poussée et une descente excessive par rapport au plan des ischions (2). Il traduit une faiblesse périnéale globale et est également fréquemment associé à d'autres troubles de la statique pelvi-rectale. (4)

Enfin, **l'élytrocèle** est une hernie du cul-de-sac de Douglas dans la cloison recto-vaginale, pouvant contenir des anses grêles (entérocele) ou du colon sigmoïde (sigmoïdocèle). Elle est favorisée par un antécédent d'hystérectomie et est fréquemment associée à d'autres troubles de la statique. Elle n'est généralement pas par elle-même responsable de dyschésie mais doit être prise en compte dans le traitement, notamment en cas de chirurgie.

La mise au point de la dyschésie débute par une anamnèse détaillée, puis un examen proctologique et périnéal. Après avoir exclu une lésion organique, les explorations complémentaires doivent aider à la prise en charge du patient en aidant à préciser les mécanismes de la dyschésie:

La manométrie ano-rectale avec test d'expulsion du ballonnet permettra de rechercher des signes de dyssynergie. Le temps de transit colique permettra d'objectiver une constipation de transit associée.

Enfin, la colpo-cysto-défécographie et l'IRM pelvienne dynamique permettront de visualiser la cinétique défécatoire et la statique périnéale globale.

Le but du traitement est d'améliorer les symptômes du malade sans en créer de nouveaux. Il est important de noter que la dyschésie relève parfois de plusieurs causes et que s'attacher seulement à la correction anatomique d'un prolapsus risque de ne pas résoudre les plaintes du patient (au contraire).

Le traitement médical doit comporter le traitement de la constipation de transit lorsqu'elle est présente. Des suppositoires à dégagement gazeux ou des lavements évacuateurs pourront être prescrits pour aider l'exonération.

La rééducation périnéale par biofeedback a pour but de corriger une dyssynergie et d'améliorer la dynamique défécatoire. C'est le traitement fondamental de l'anisme. Elle a également montré un bénéfice en cas de dyschésie sur trouble de la statique, et doit être envisagée en préparation et/ou après chirurgie.

Hormis pour le prolapsus rectal extériorisé, les indications chirurgicales pour les autres troubles de la statique postérieure doivent être prudentes, en raison des risques d'échec (le lien de causalité entre les symptômes et l'anomalie anatomique pouvant être difficile à établir), de récurrence ou de complication.

En conclusion :

La dyschésie est un symptôme fréquent, dont les causes sont nombreuses. Parmi elles, les troubles de la statique pelvi-rectale, et notamment la rectocèle, sont une cause très fréquente.

Il n'existe pas toujours de lien de causalité entre la dyschésie et un prolapsus identifié, et la prise en charge aura pour but d'améliorer avant tout les plaintes du patient (et donc sa qualité de vie) et non pas de vouloir restaurer une anatomie.

Les explorations complémentaires devront être confrontées à l'examen clinique. Le traitement médical et la rééducation par biofeedback sont les premières mesures à instaurer. Les indications chirurgicales devront être réfléchies, idéalement en concertation multidisciplinaire, en tenant compte des attentes du patient.

Références :

(1) Defecation disorders: a french population survey. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. Dis Colon Rectum 2006; 49 (2) 219-27.

(2) Defecography in normal volunteers: results and implications. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Gut 1989; 30 (12): 1737-49.

(3) Rectal intussusception: characterization of symptomatology. Dvorkin LS, Knowles CH, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Dis colon rectum 2005; 48 (4): 824-31.

(4) Descending perineum syndrome: audit of clinical and laboratory features and outcome of pelvic floor retraining. Harewood GC, Coulie B, Camilleri M, Rath-Harvey D, Pemberton JH. Am J Gastroenterol 1999; 94 (1): 126-30.