

# LES TROUBLES ANORECTAUX ASSOCIES AUX TROUBLES DU BAS APPAREIL URINAIRE

**AM Leroi**

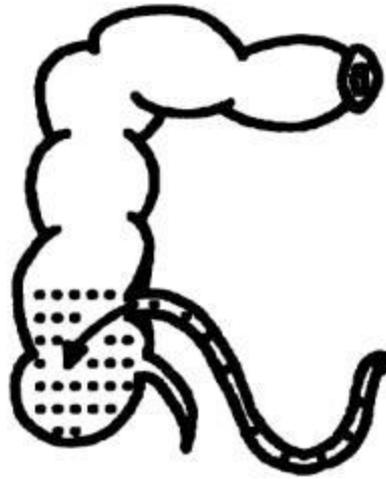
**Service de Physiologie Digestive, Urinaire,  
Respiratoire et Sportive**

**CHU Rouen**

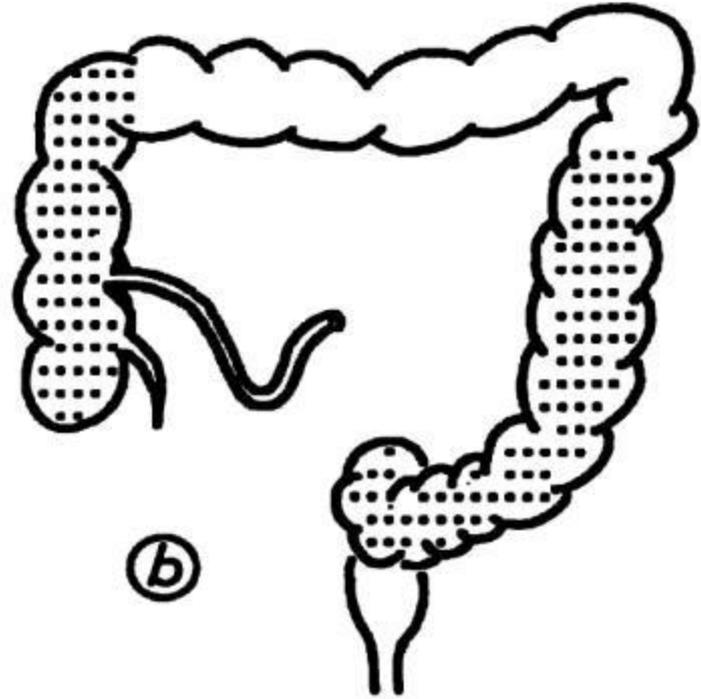
**DIU Urodynamique, Hôpital Bichat, Février 2024**

# **I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE**

## **A- Rappel anatomique**



a



b



c

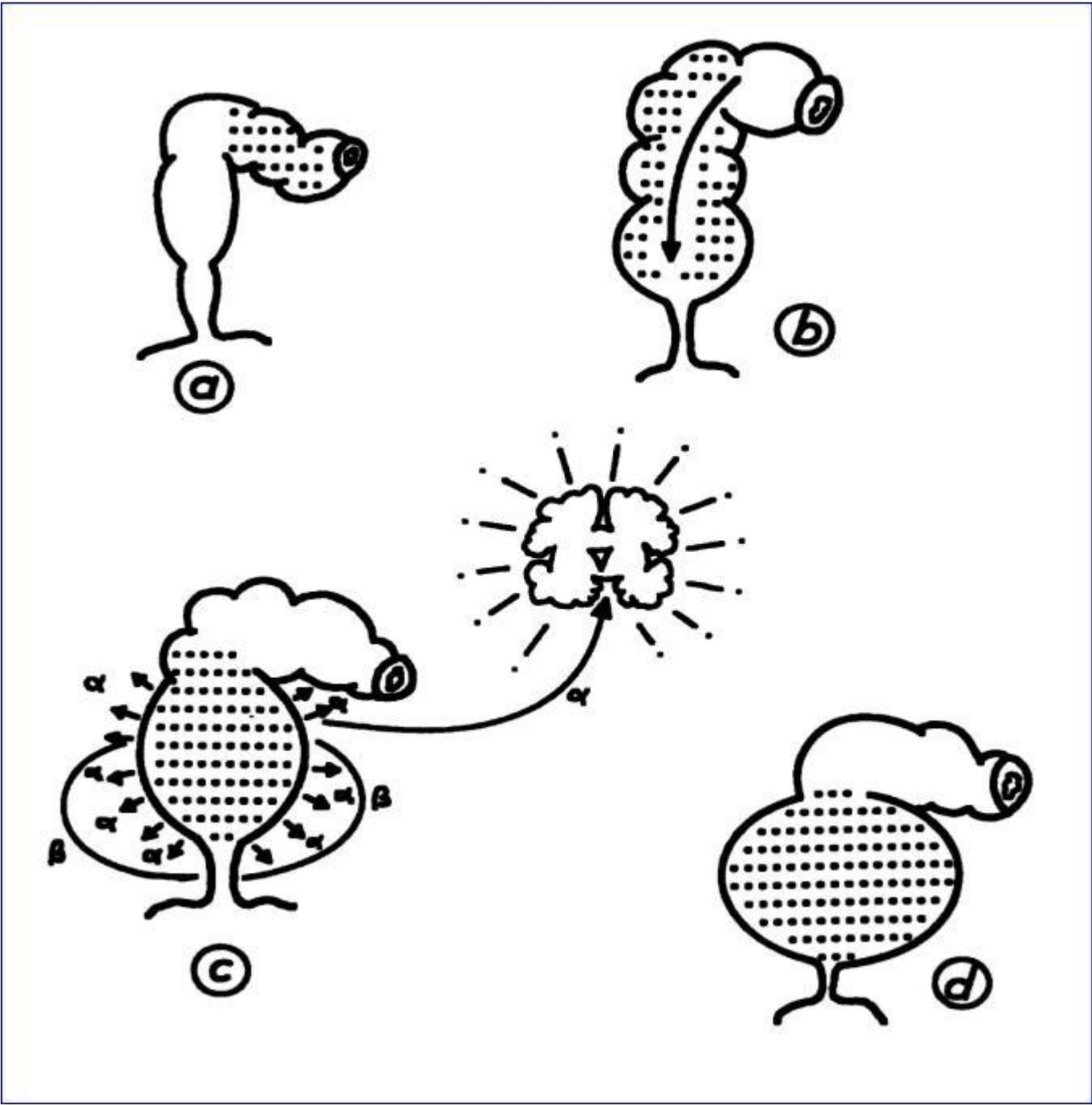


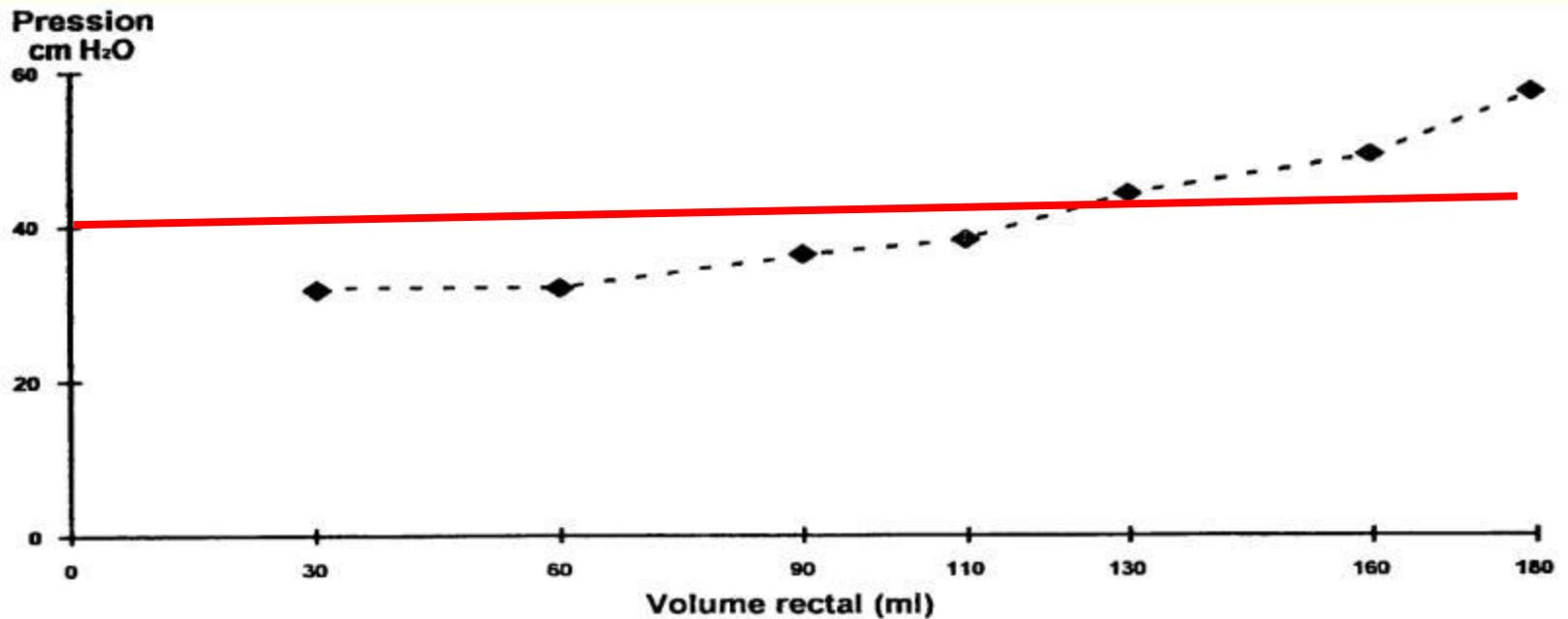
d

# **I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE**

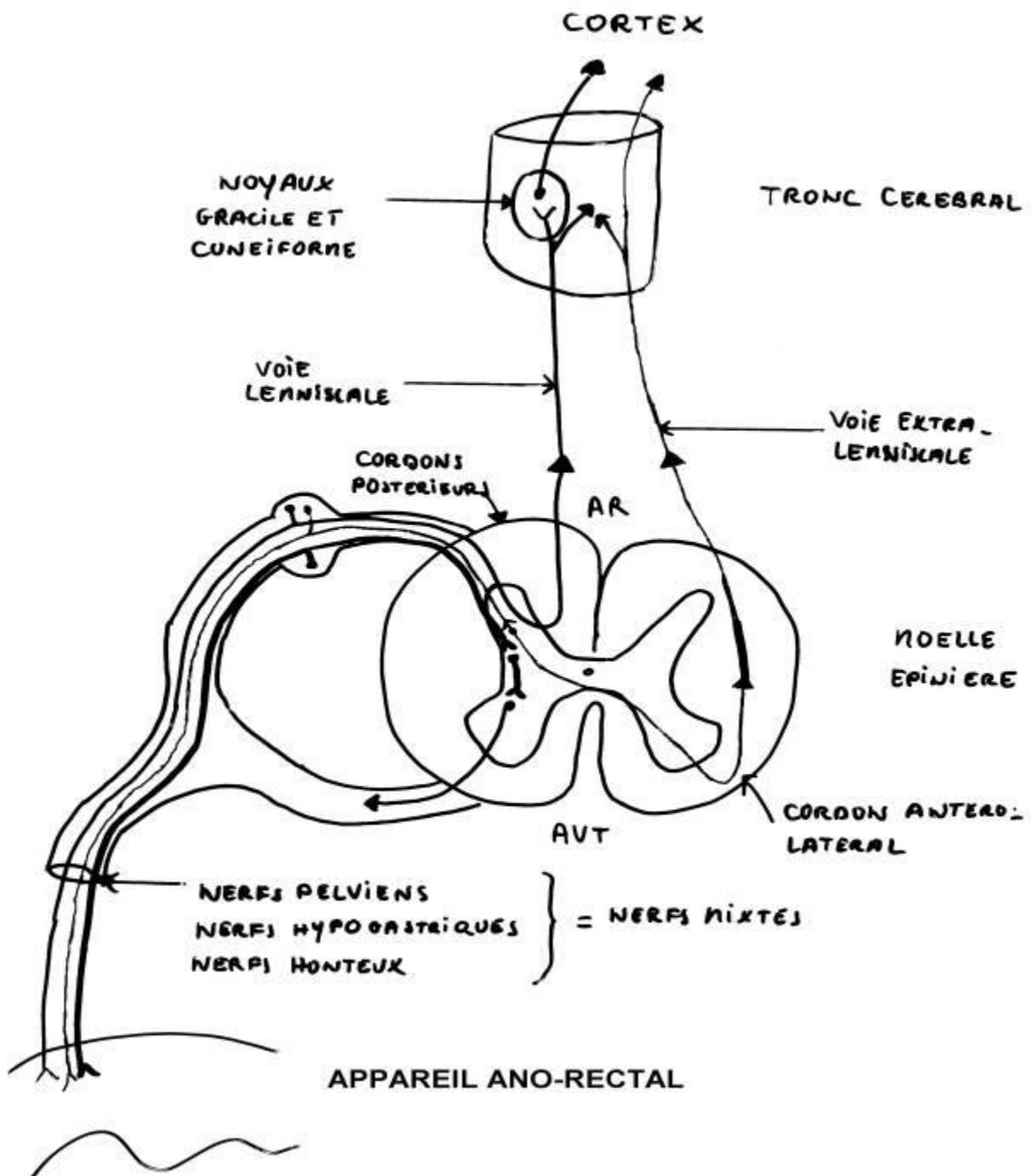
**A- Rappel anatomique**

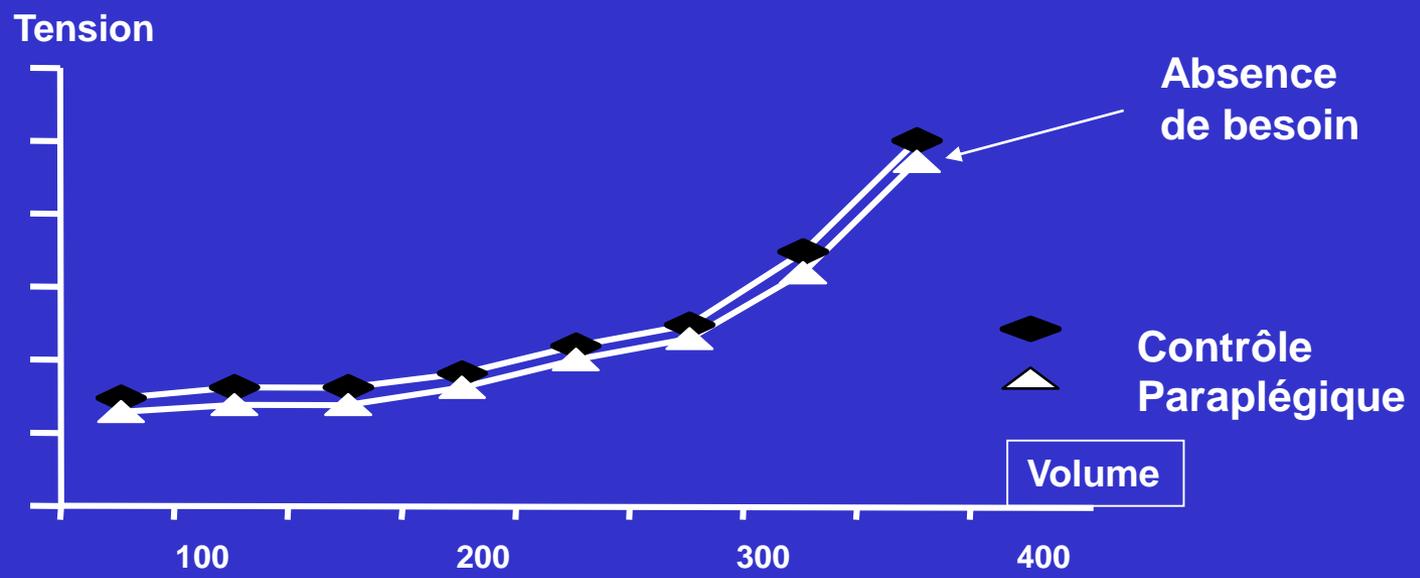
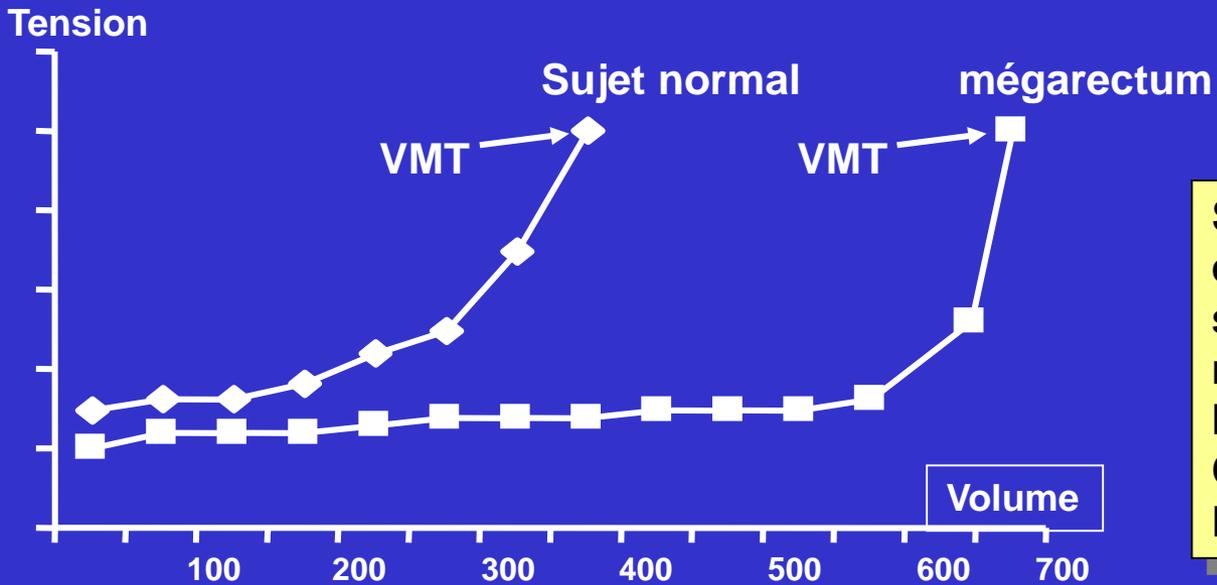
**B- Sensibilité rectale et besoin  
exonérateur**





**Courbe pression/volume pour le rectum étudiée chez une patiente ressentant une perception constante pour un volume de 80 ml et un volume maximum tolérable de 180 ml. La relation pression-volume pour le rectum n'est pas linéaire. Cet organe peut adapter un volume important sous faible pression.**





# **ABSENCE DE BESOIN EXONERATEUR A TRANSIT COLIQUE NORMAL**

**« TROUBLE DE LA PERCEPTION RECTALE »**

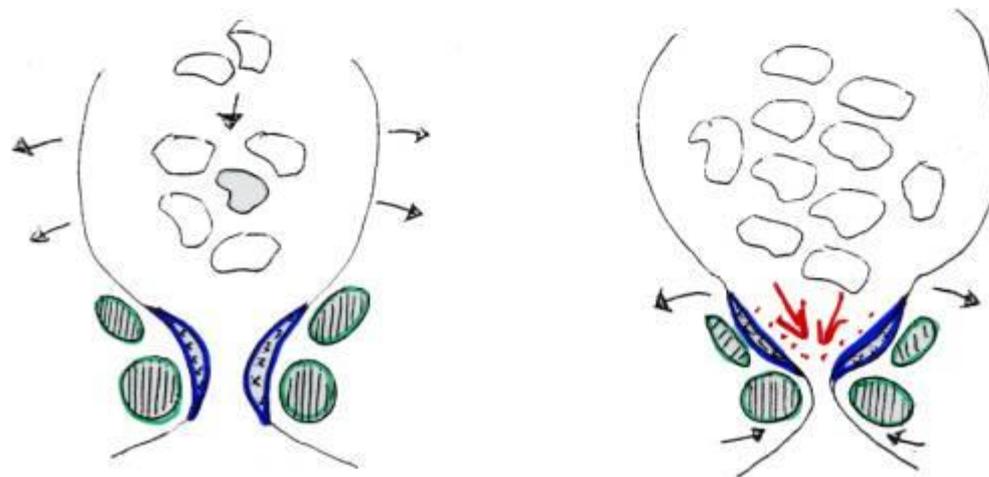
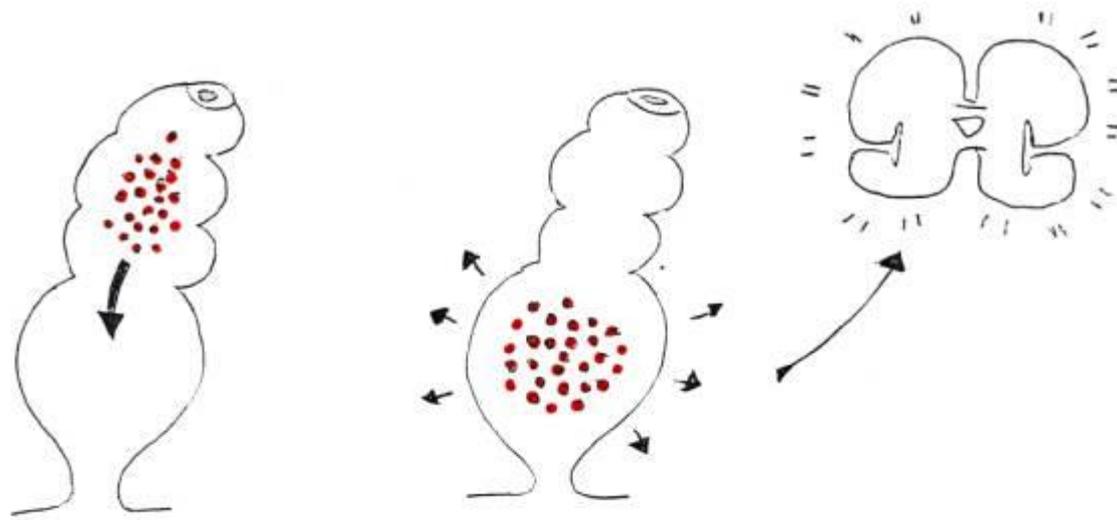
- 1- cause neurologique**
- 2- mégarectum**
- 3- fécalome**

# **I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE**

## **A- Rappel anatomique**

## **B- Sensibilité rectale et besoin exonérateur**

## **C- Le réflexe d'échantillonnage**

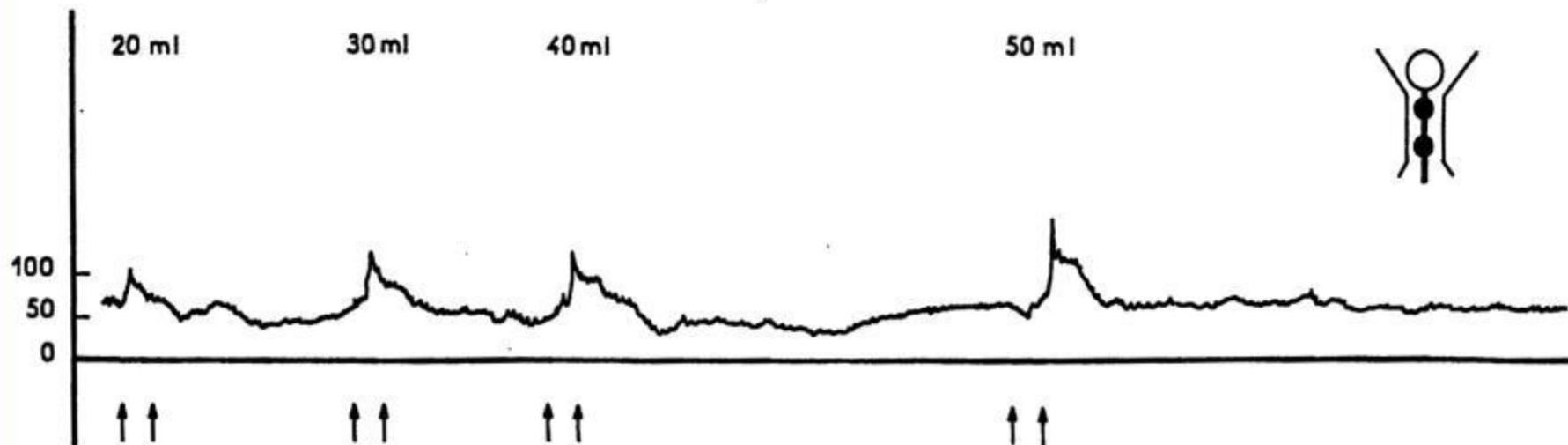
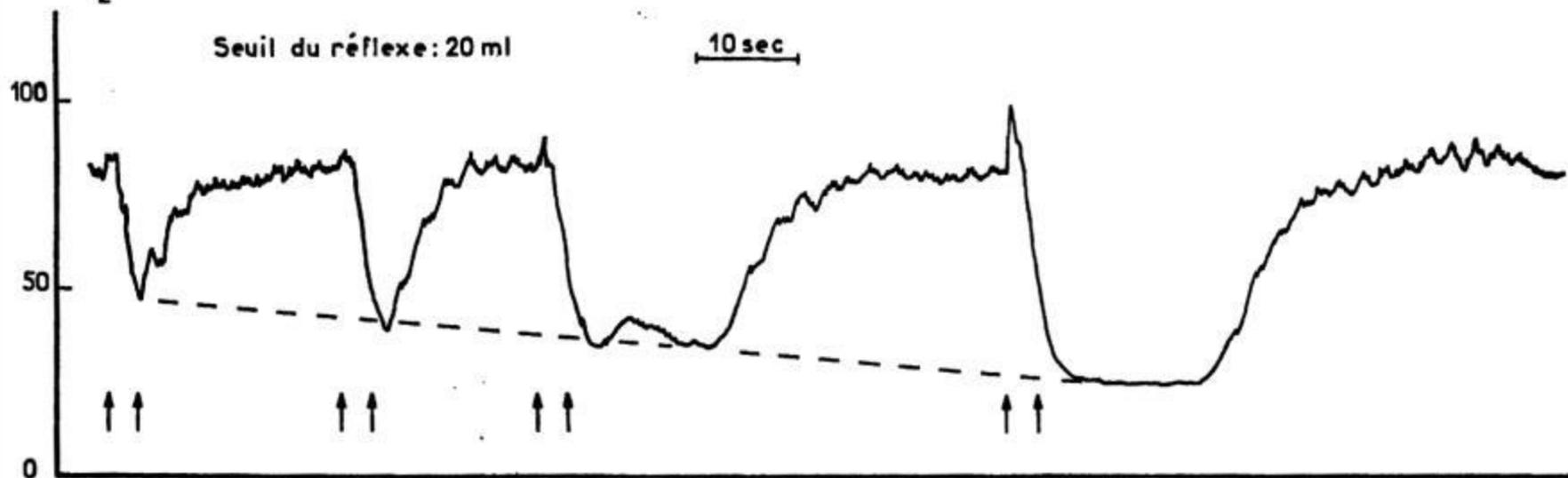


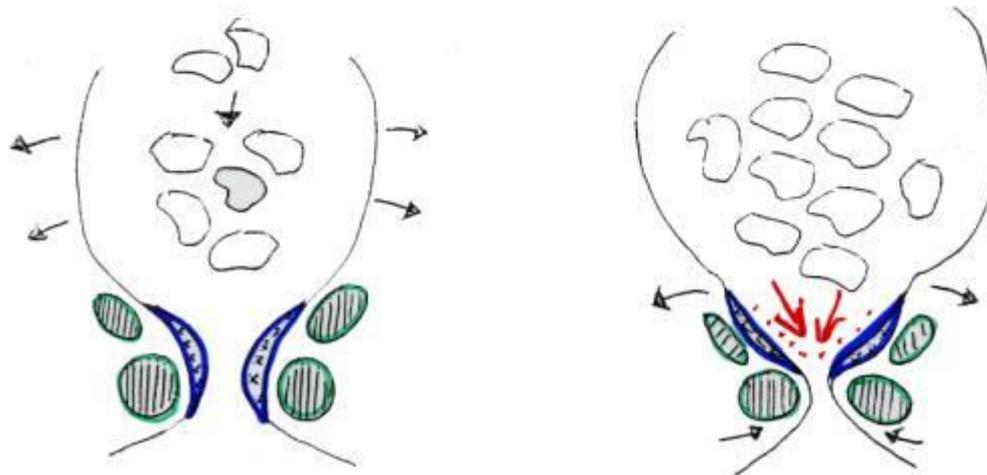
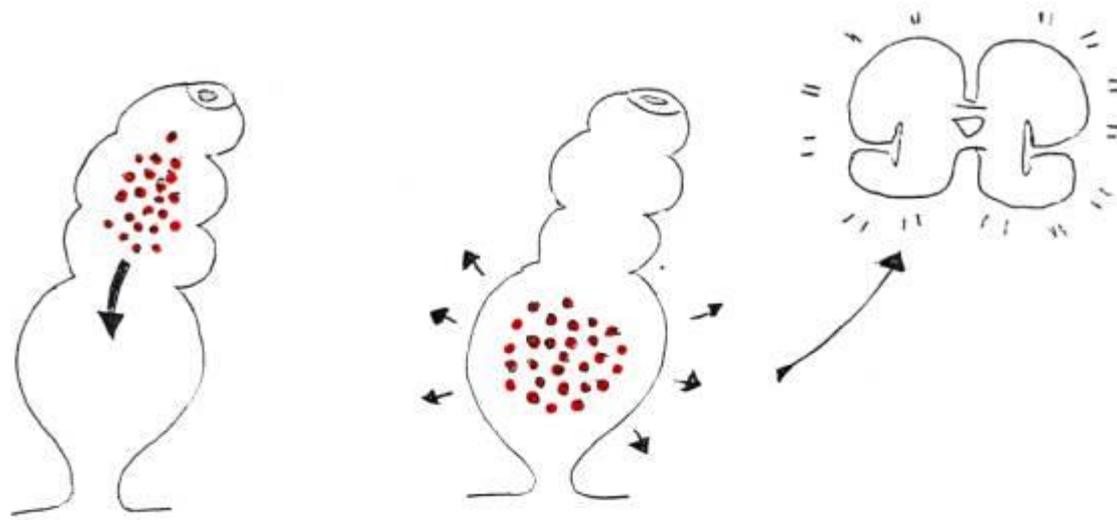
# REFLEXE RECTO-ANAL INHIBITEUR ET CONTRACTION REFLEXE CHEZ UN SUJET NORMAL

$P_{cmH_2O}$

Seuil du réflexe: 20 ml

10 sec





# INNERVATION INTRINSEQUE

**Innervation intrinsèque ou intramurale de l'appareil recto-sphinctérien :**

- Plexus sous-muqueux (Meissner)
- Plexus dans la musculature (Auerbach)

**Réseau constitué de ganglions reliés entre eux par des faisceaux nerveux contenant des prolongements axoniques de :**

- Neurones intra-muraux
- Fibres nerveuses d'origine extrinsèque

# CONTRÔLE NERVEUX EXTRINSEQUE DU RRAI

- RRAI existe même en cas de section spinale complète :

Son obtention est indépendante des structures supra-spinales.

- RRAI existe même en cas de lésion des voies sympathiques ou parasympathiques sacrées :

Son obtention est indépendante des structures spinales.

- RRAI n'existe pas en cas d'absence de plexus nerveux intrinsèque (Hirschsprung) ou d'anesthésie de la muqueuse rectale :

Son obtention exige la présence du plexus nerveux intrinsèque.

## SNE

- Stimulation des efférences parasympathiques (N. pelviens) :  
relaxation du SAI identique à celle obtenue par distension rectale;

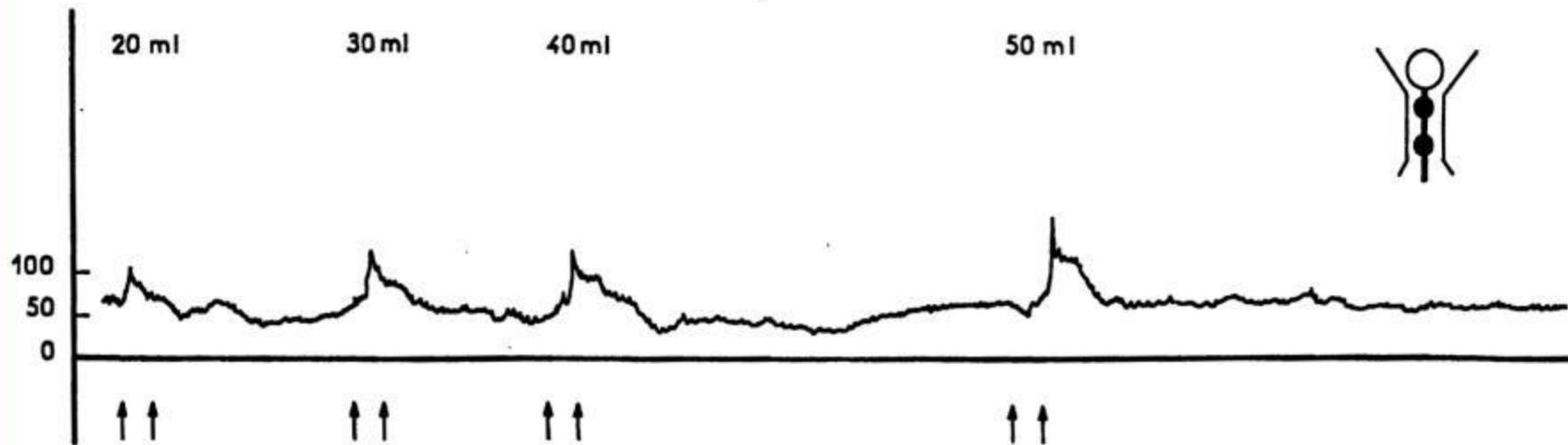
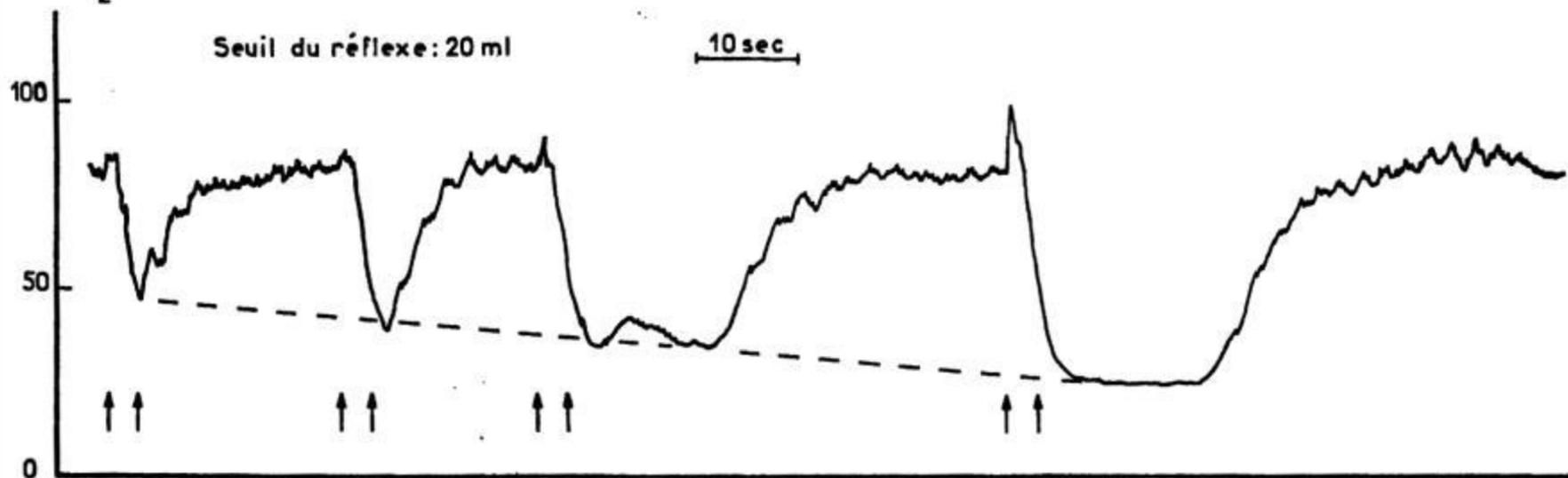
- **Modulation du RRAI : rôle des systèmes nerveux sympathiques et parasympathiques.**

# REFLEXE RECTO-ANAL INHIBITEUR ET CONTRACTION REFLEXE CHEZ UN SUJET NORMAL

$P_{cmH_2O}$

Seuil du réflexe: 20 ml

10 sec



# CONTRÔLE NERVEUX EXTRINSEQUE DU RRAI

- RRAI existe même en cas de section spinale complète :

Son obtention est indépendante des structures supra-spinales.

- RRAI existe même en cas de lésion des voies sympathiques ou parasympathiques sacrées :

Son obtention est indépendante des structures spinales.

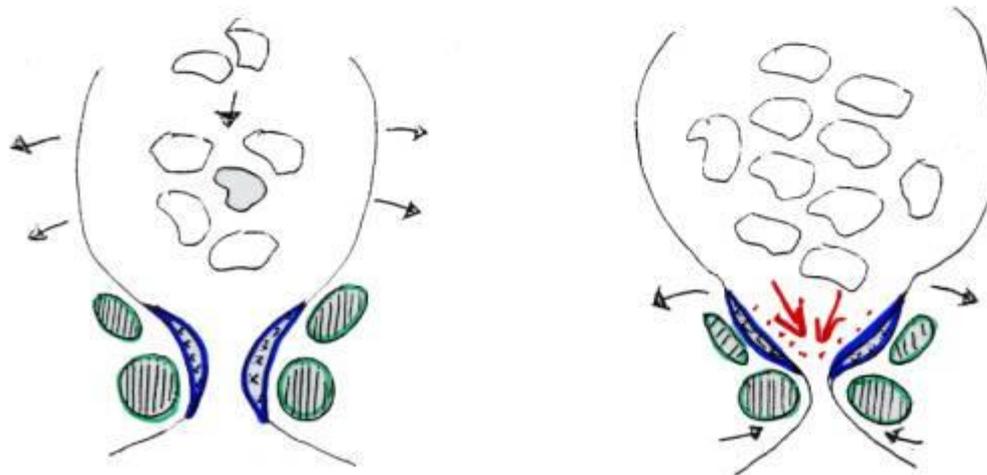
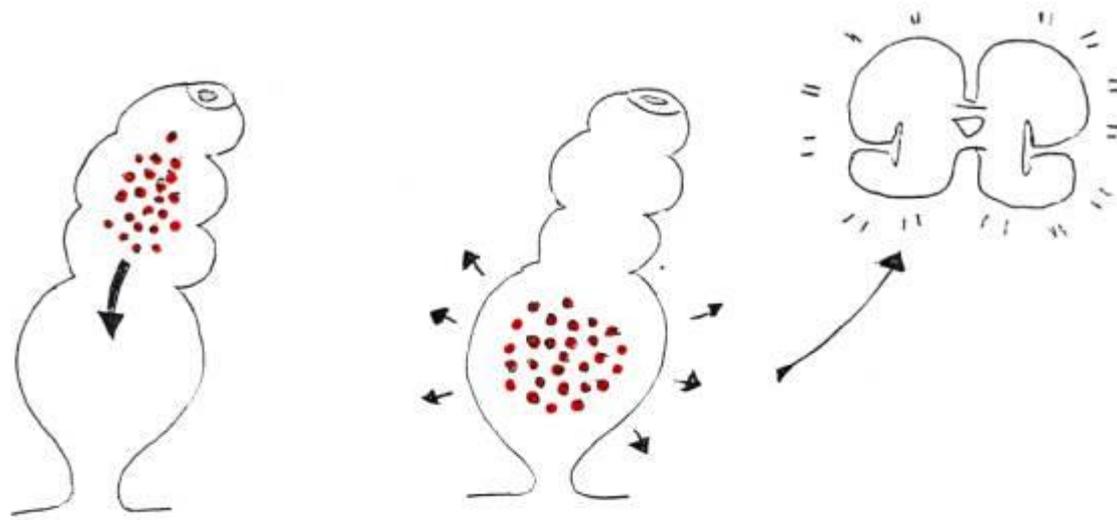
- RRAI n'existe pas en cas d'absence de plexus nerveux intrinsèque (Hirschsprung) ou d'anesthésie de la muqueuse rectale :

Son obtention exige la présence du plexus nerveux intrinsèque.

## SNE

- Stimulation des efférences parasympathiques (N. pelviens) :  
relaxation du SAI identique à celle obtenue par distension rectale;

- Modulation du RRAI : rôle des systèmes nerveux sympathiques et parasympathiques.

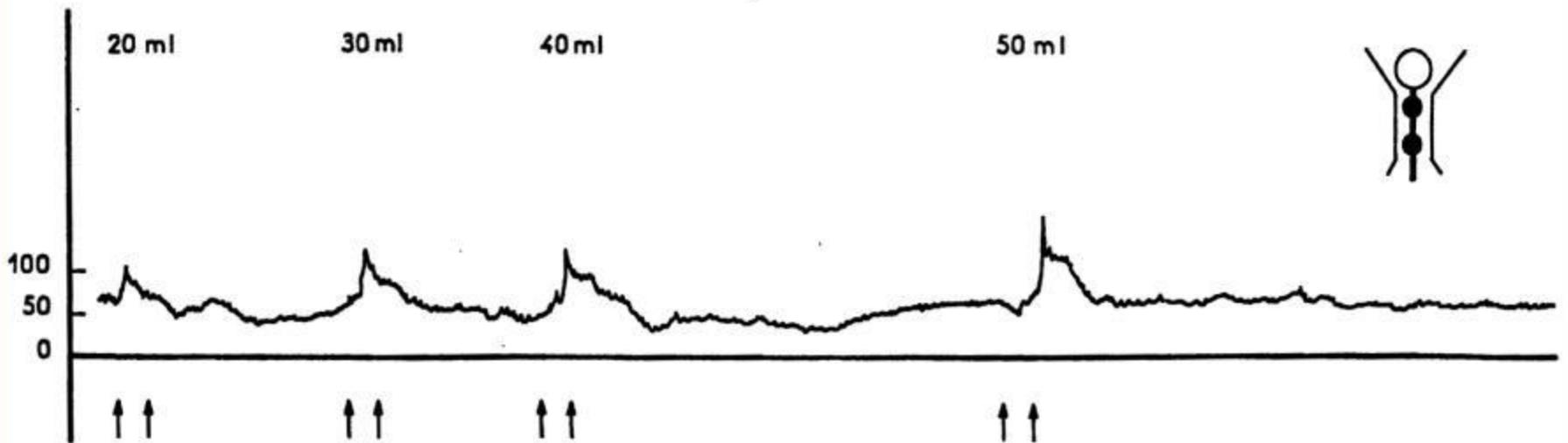
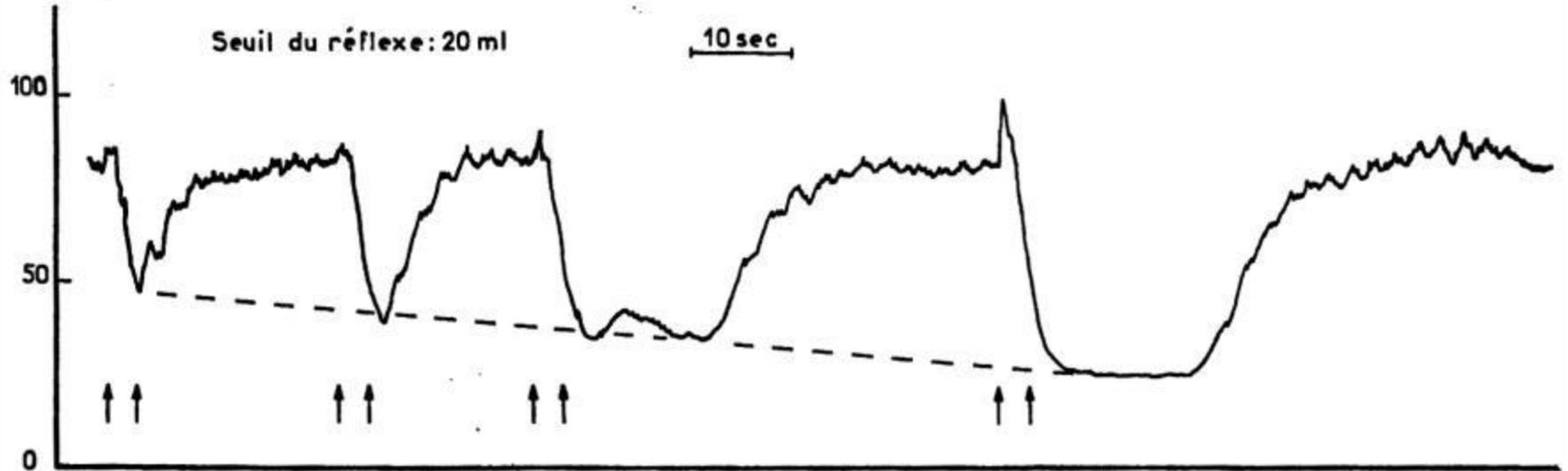


# REFLEXE RECTO-ANAL INHIBITEUR ET CONTRACTION REFLEXE CHEZ UN SUJET NORMAL

$P_{cmH_2O}$

Seuil du réflexe: 20 ml

10 sec



## **REFLEXE RECTOANAL EXCITATEUR**

- **Réflexe conditionné car non spinal :**
  - **Absent avant l'apprentissage de la propreté,**
  - **Absent la nuit,**

# **I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE**

## **A- Rappel anatomique**

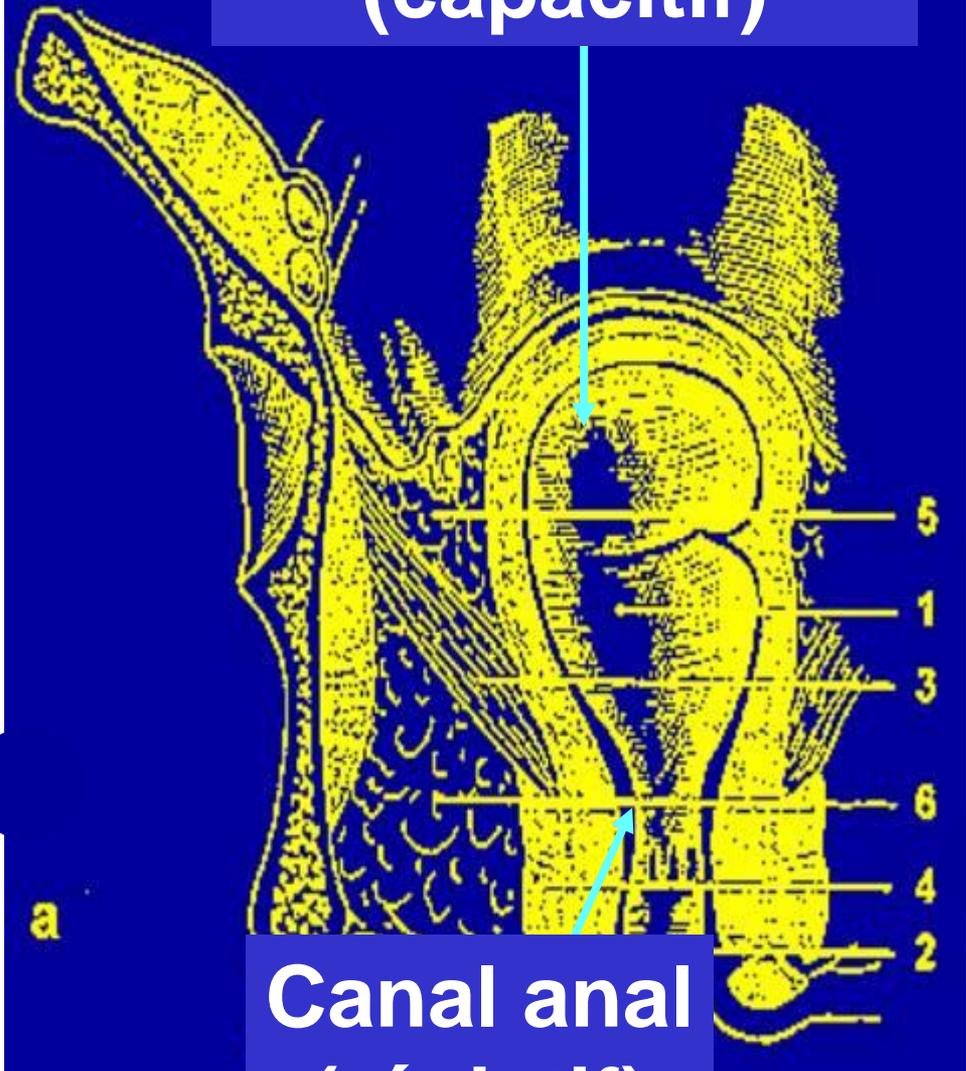
## **B- Sensibilité rectale et besoin exonérateur**

## **C- Le réflexe d'échantillonnage**

## **D- La continence**

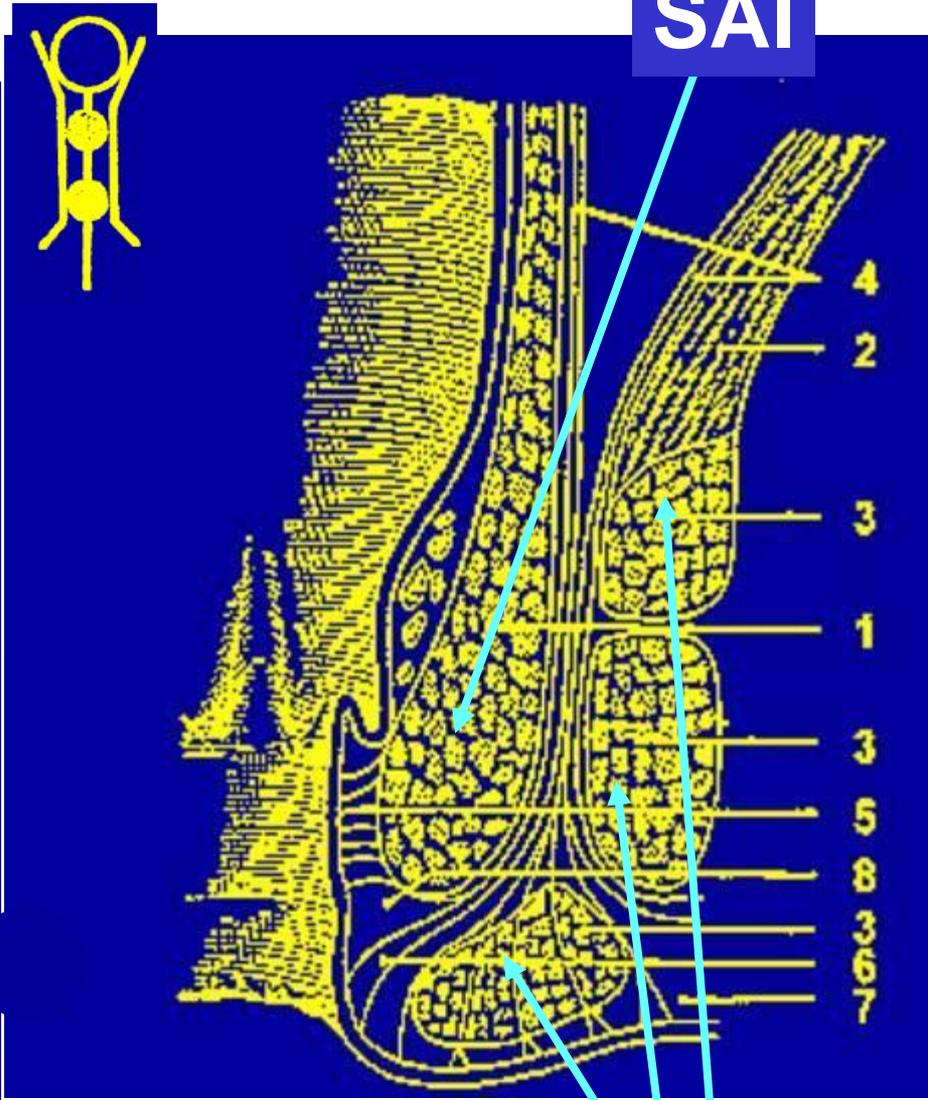
- Système résistif**
- Système capacitif**

**Ampoule rectale  
(capacitif)**



**Canal anal  
(résistif)**

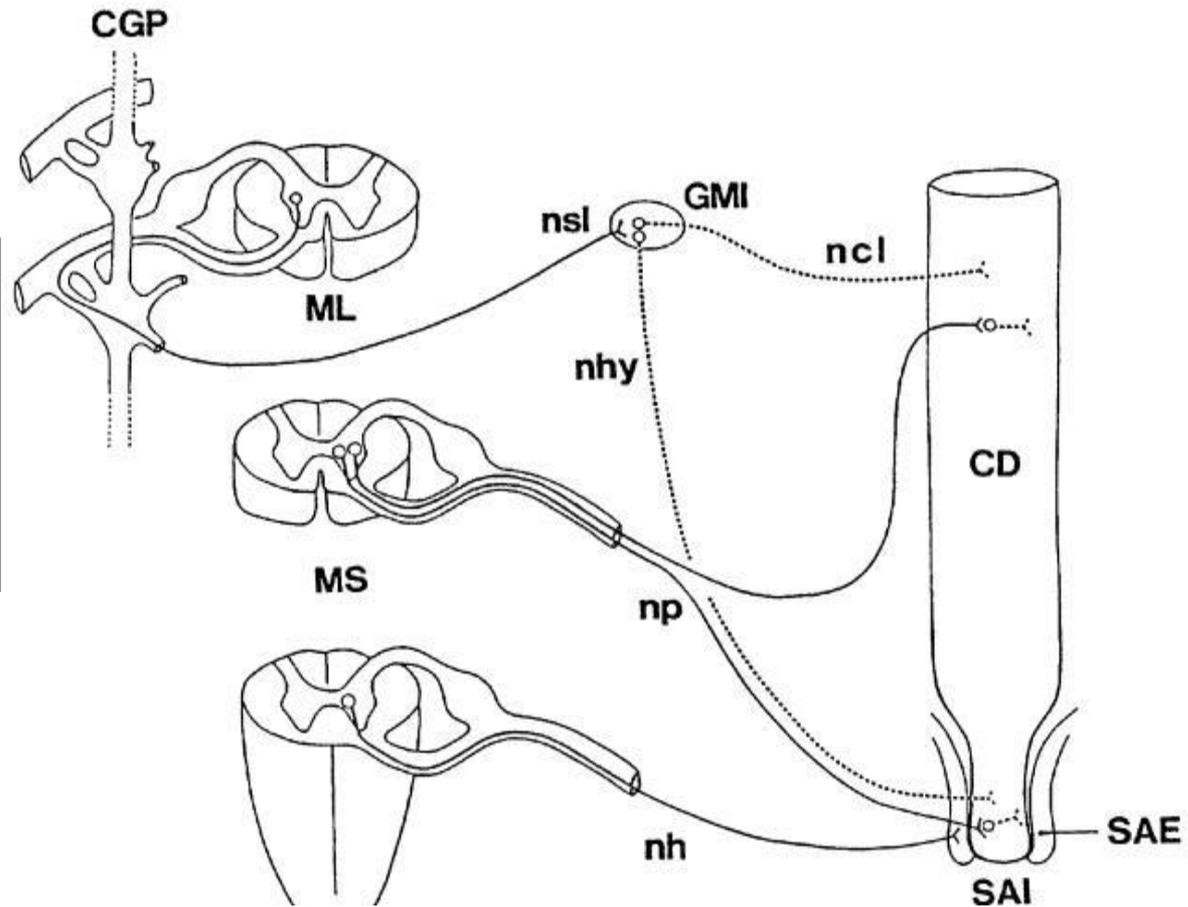
**SAI**



**SAE**

# Schéma de l'innervation motrice des muscles lisses et striés de la région recto-anale (d'après Abysique, 1992)

**Sympathique**  
**Para-**  
**sympathique**  
**somatique**



CD : Côlon distal  
CGP : Chaîne ganglionnaire para vertébrale  
GMI : Ganglion mésentérique inférieur  
ML : Moelle épinière lombaire  
MS : Moelle épinière sacrée  
SAE : Sphincter anal externe

SAI : Sphincter anal interne  
ncl : nerfs coliques lombaires  
nh : nerfs honteux (pudendaux)  
nhy : nerfs hypogastriques  
np : nerfs pelviens  
nsl : nerfs splanchniques lombaires

# TONUS ANAL

-Au moins 80 % du à la contraction tonique permanente du SAI, secondaire à des ondes électriques lentes, générées par les fibres musculaires et synchronisées par des fibres nerveuses (Plexus nerveux intrinsèque et SNE).

- **Rôle ++ du système nerveux sympathique :**

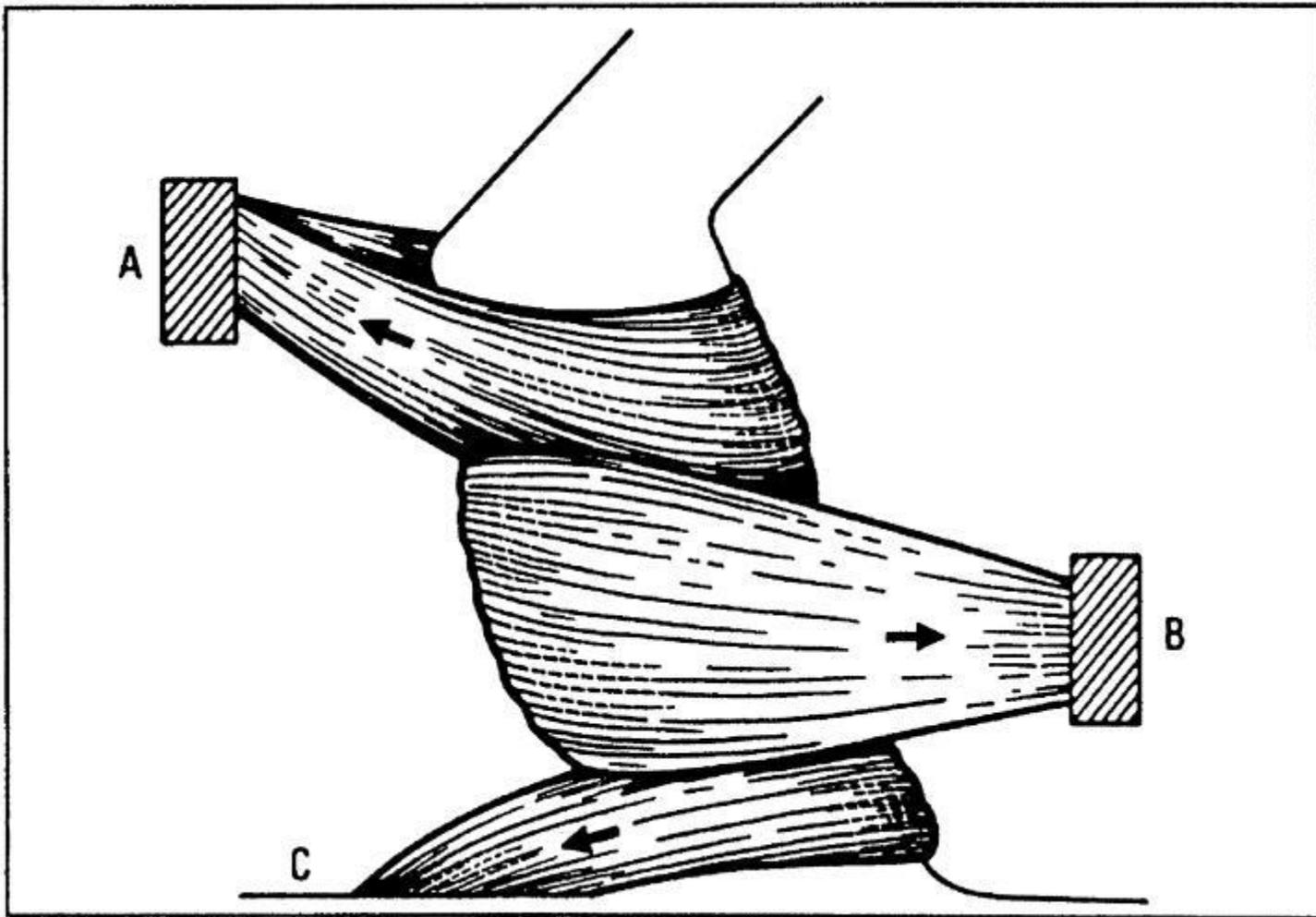
- Stimulation de la partie terminale des nerfs sympathiques hypogastriques provoque une contraction sphinctérienne.
- Anesthésie spinale localisée au niveau du centre sympathique lombaire diminue le tonus anal.
- Alpha-bloquants diminuent le tonus anal.

- **Rôle du parasympathique :**

- Lésions du parasympathique sacré augmentent le tonus anal.

- **Absence d'influence supra-spinale :**

- Section complète de la moelle de C6 à L1 ne modifie pas le tonus anal.



**Organisation du système à trois boucles du sphincter anal externe  
(d'après Shafik, 1975)**

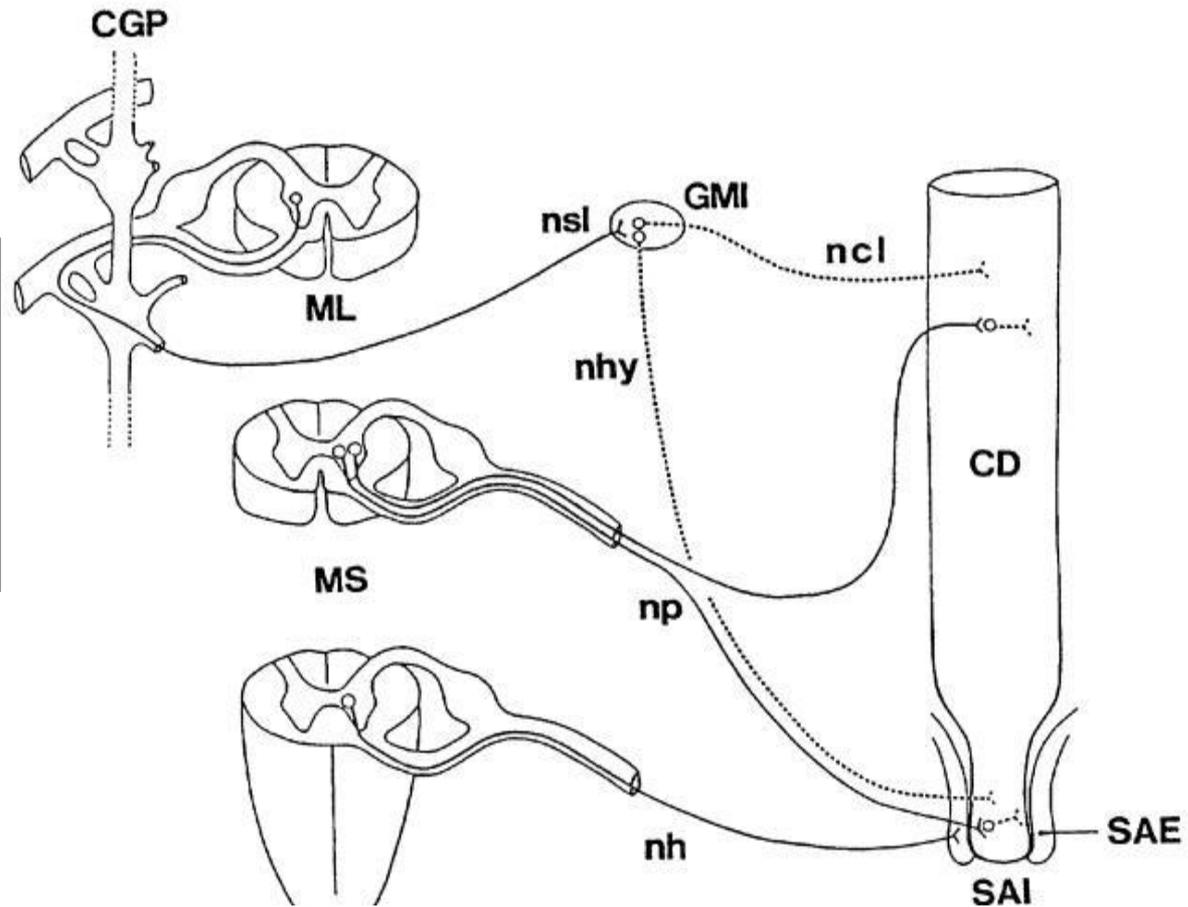
**La sangle pubo-rectale (A), fixée au pubis et qui cravate le bas rectum par l'arrière, maintient entre le rectum et l'anus un angle d'environ 90°.**

**La boucle moyenne du sphincter externe de l'anus (B) est amarrée au coccyx.**

**La boucle inférieure du sphincter externe (C) s'attache à la peau périnéale.**

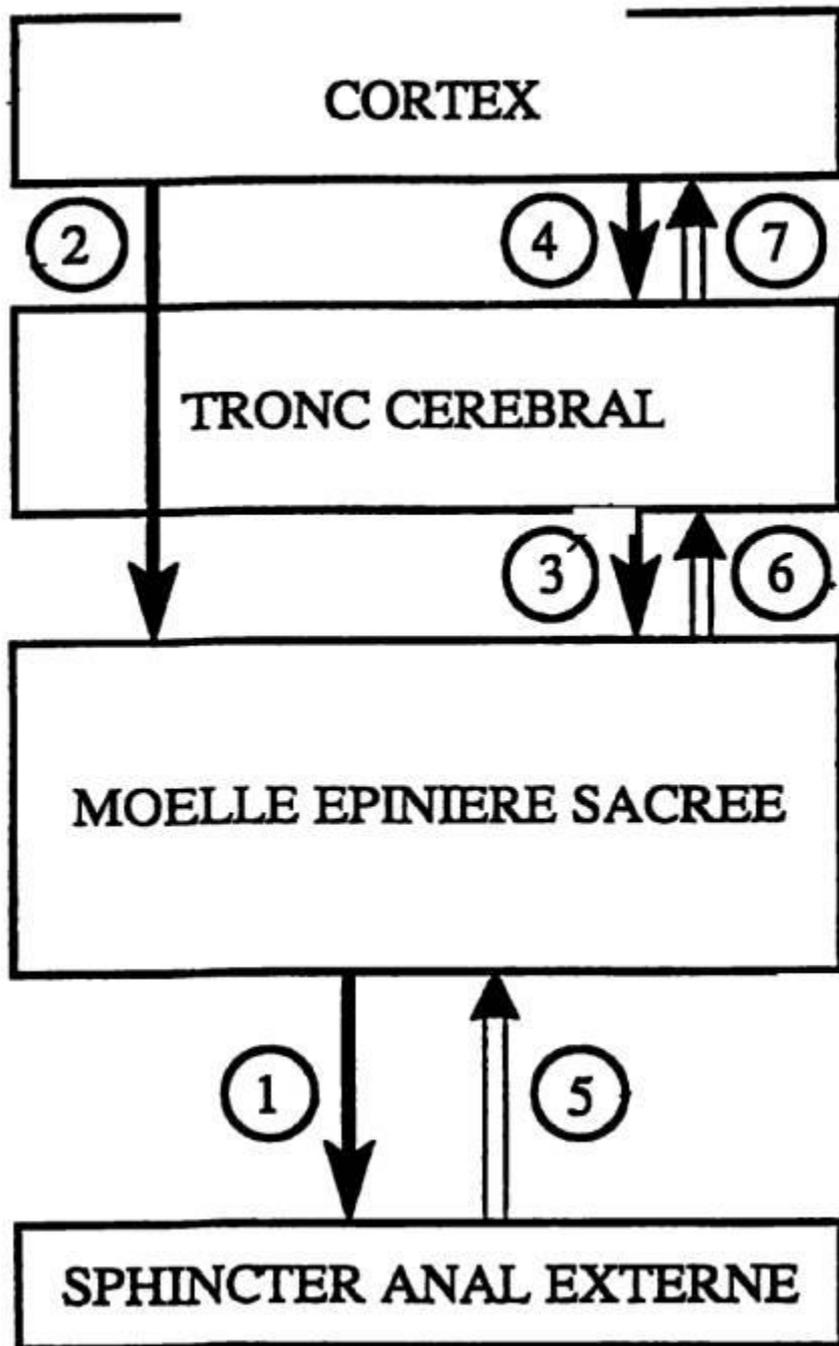
# Schéma de l'innervation motrice des muscles lisses et striés de la région recto-anale (d'après Abysique, 1992)

**Sympathique**  
**Para-**  
**sympathique**  
**somatique**



CD : Côlon distal  
CGP : Chaîne ganglionnaire para vertébrale  
GMI : Ganglion mésentérique inférieur  
ML : Moelle épinière lombaire  
MS : Moelle épinière sacrée  
SAE : Sphincter anal externe

SAI : Sphincter anal interne  
ncl : nerfs coliques lombaires  
nh : nerfs honteux (pudendaux)  
nhy : nerfs hypogastriques  
np : nerfs pelviens  
nsl : nerfs splanchniques lombaires



**Organisation de l'innervation du sphincter anal externe (d'après Abysique; 1992)**

**1 : motoneurone du sphincter anal externe**

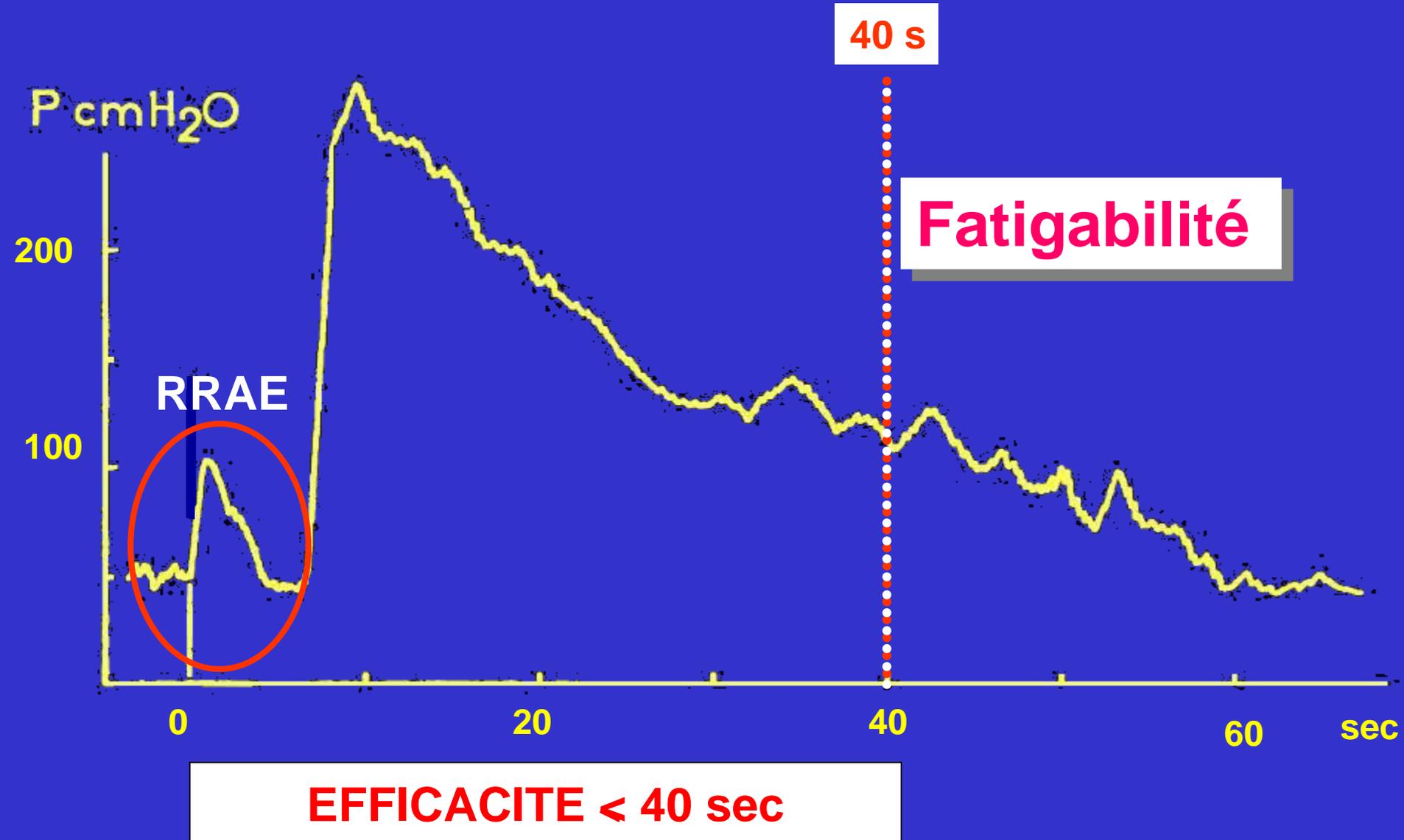
**2 : voie pyramidale**

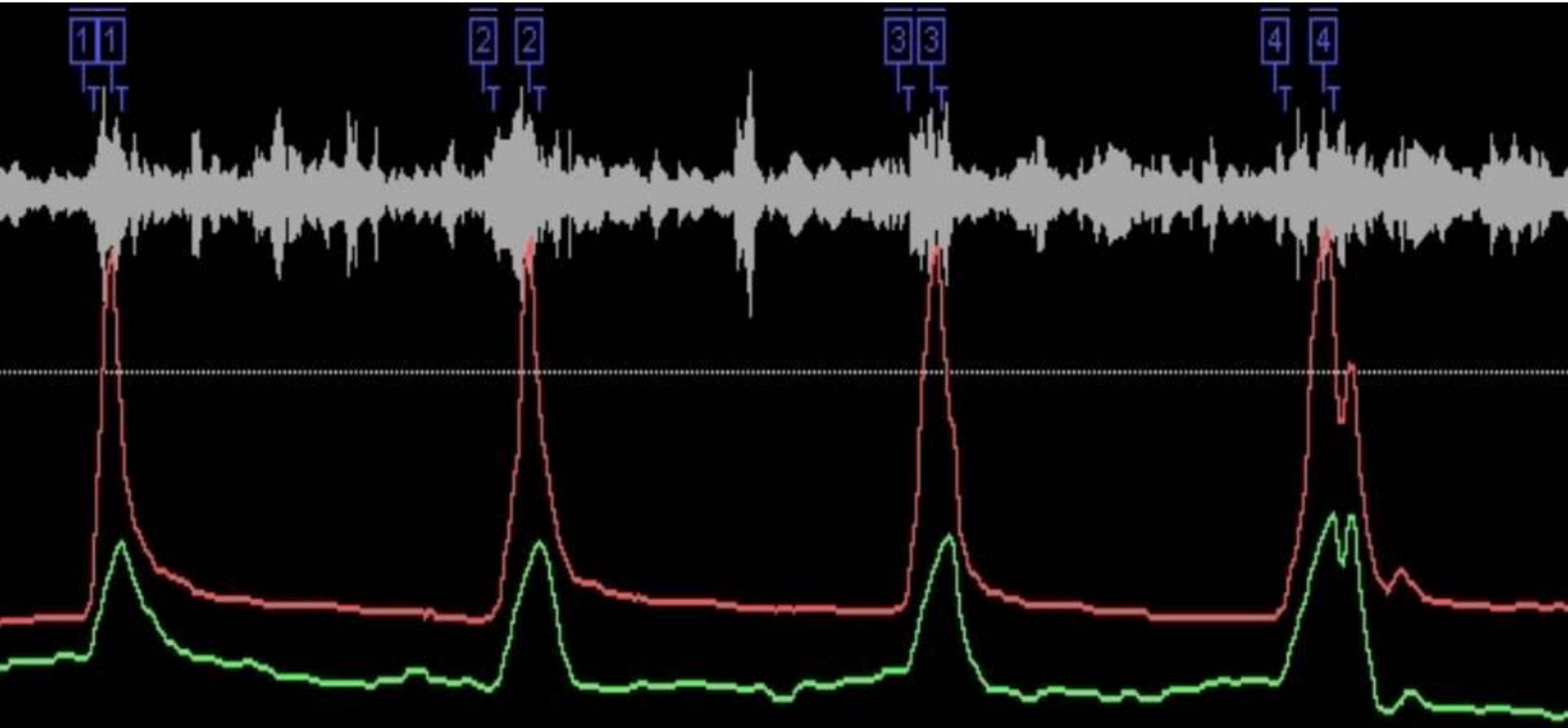
**3 : voie noradrénergique coeruleo-spinale**

**4 : voie cortico-pontique**

**5,6,7 : voie afférente provenant des propriocepteurs sphinctériens.**

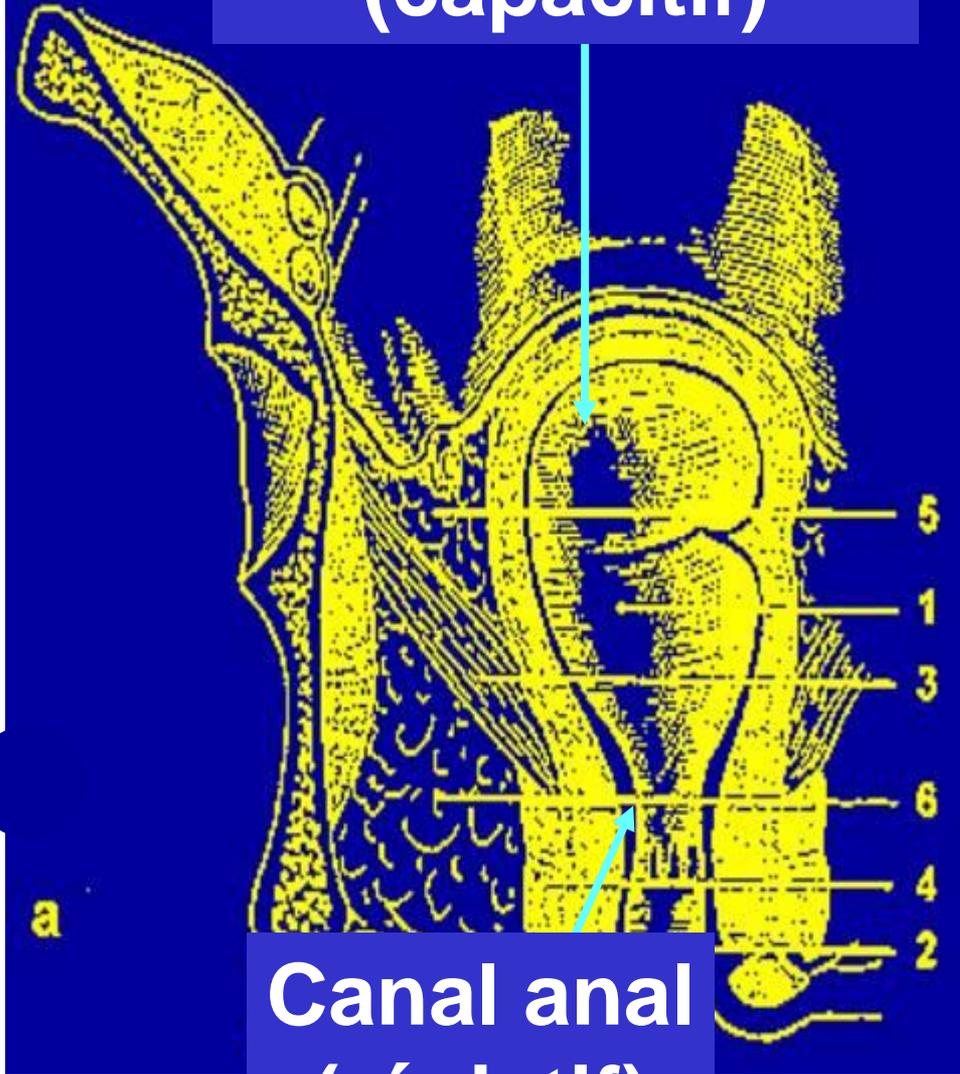
# CONTRACTION VOLONTAIRE DU SAE





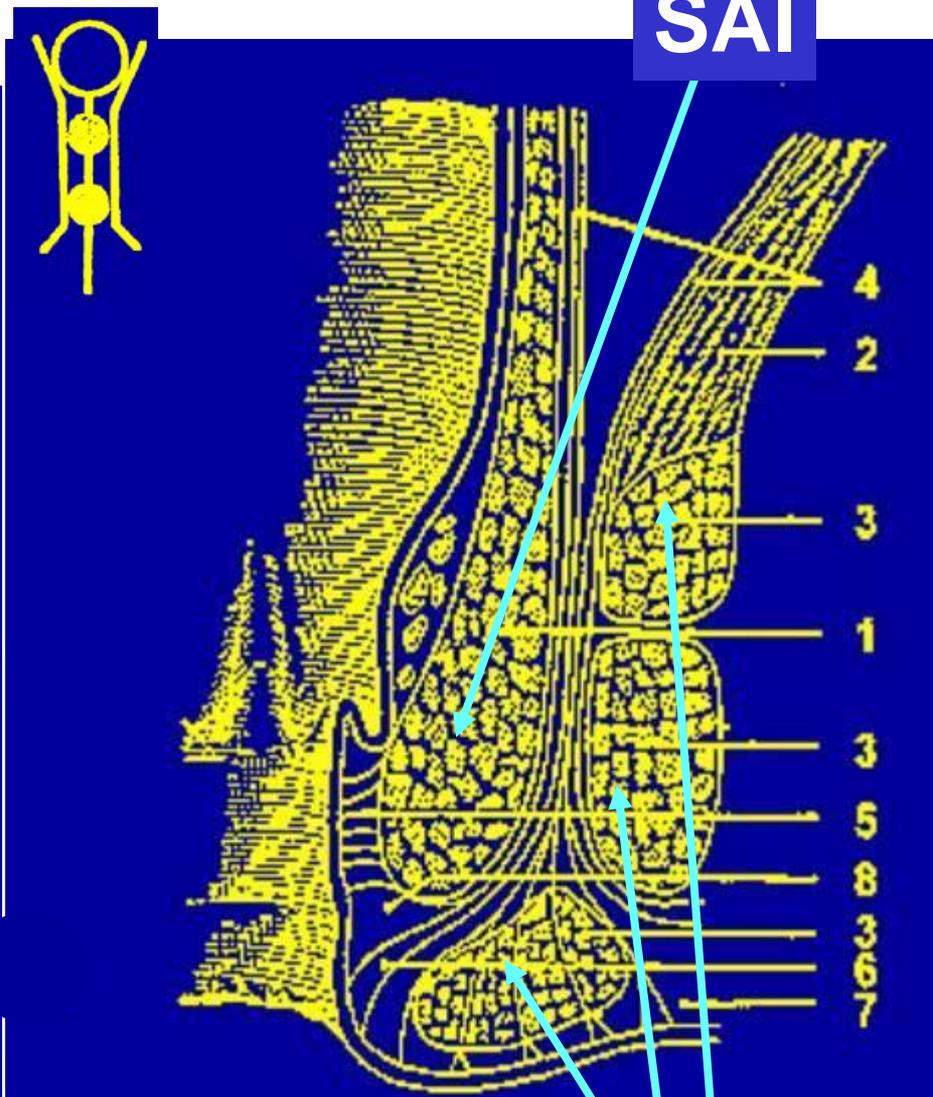
**Pression rectale**  
**Pression canal anal**

**Ampoule rectale  
(capacitif)**



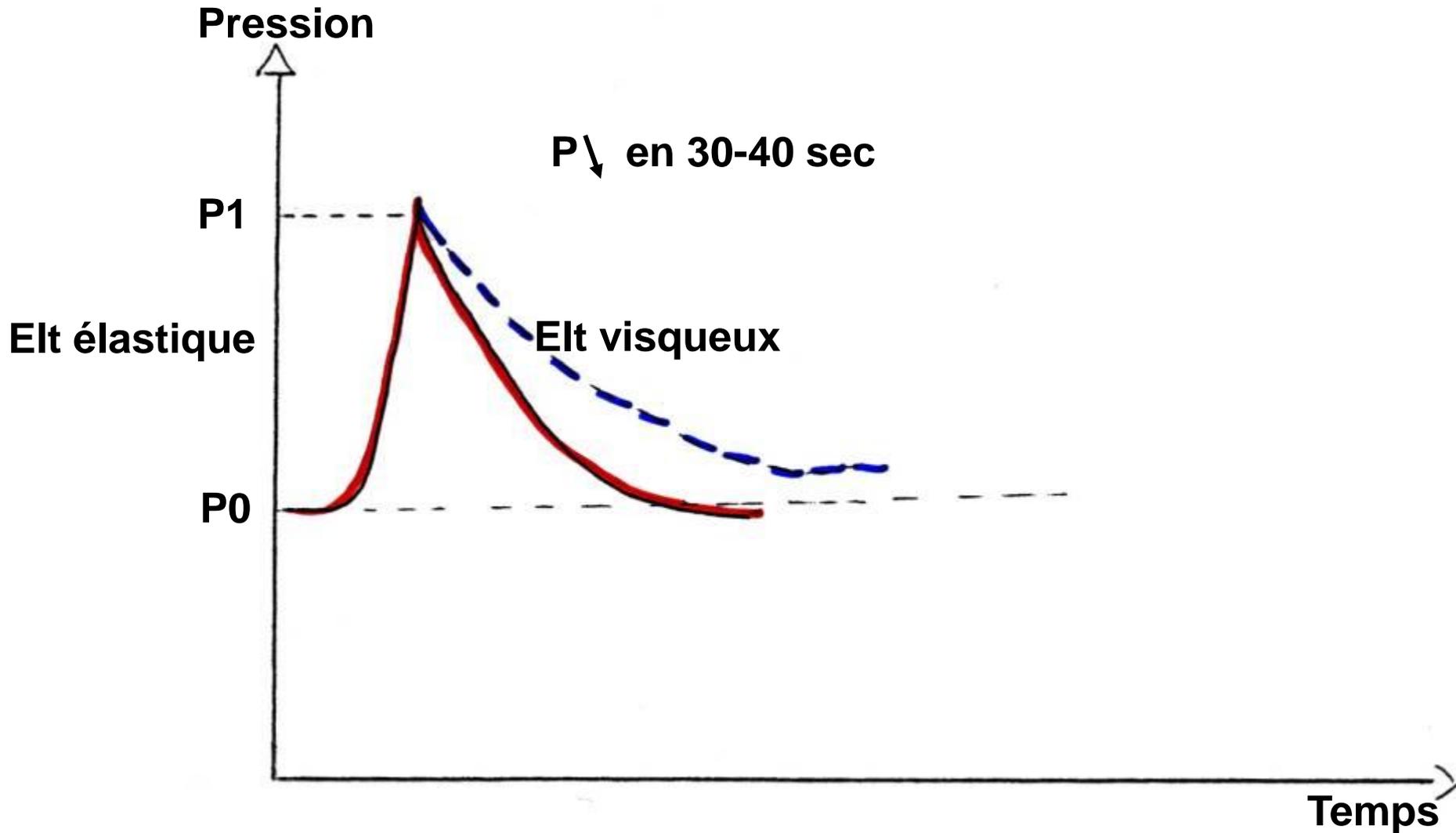
**Canal anal  
(résistif)**

**SAI**

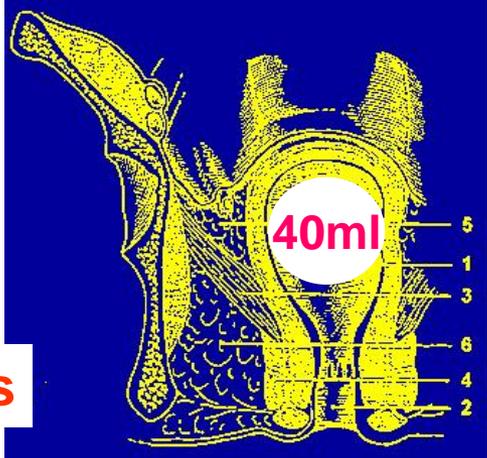


**SAE**

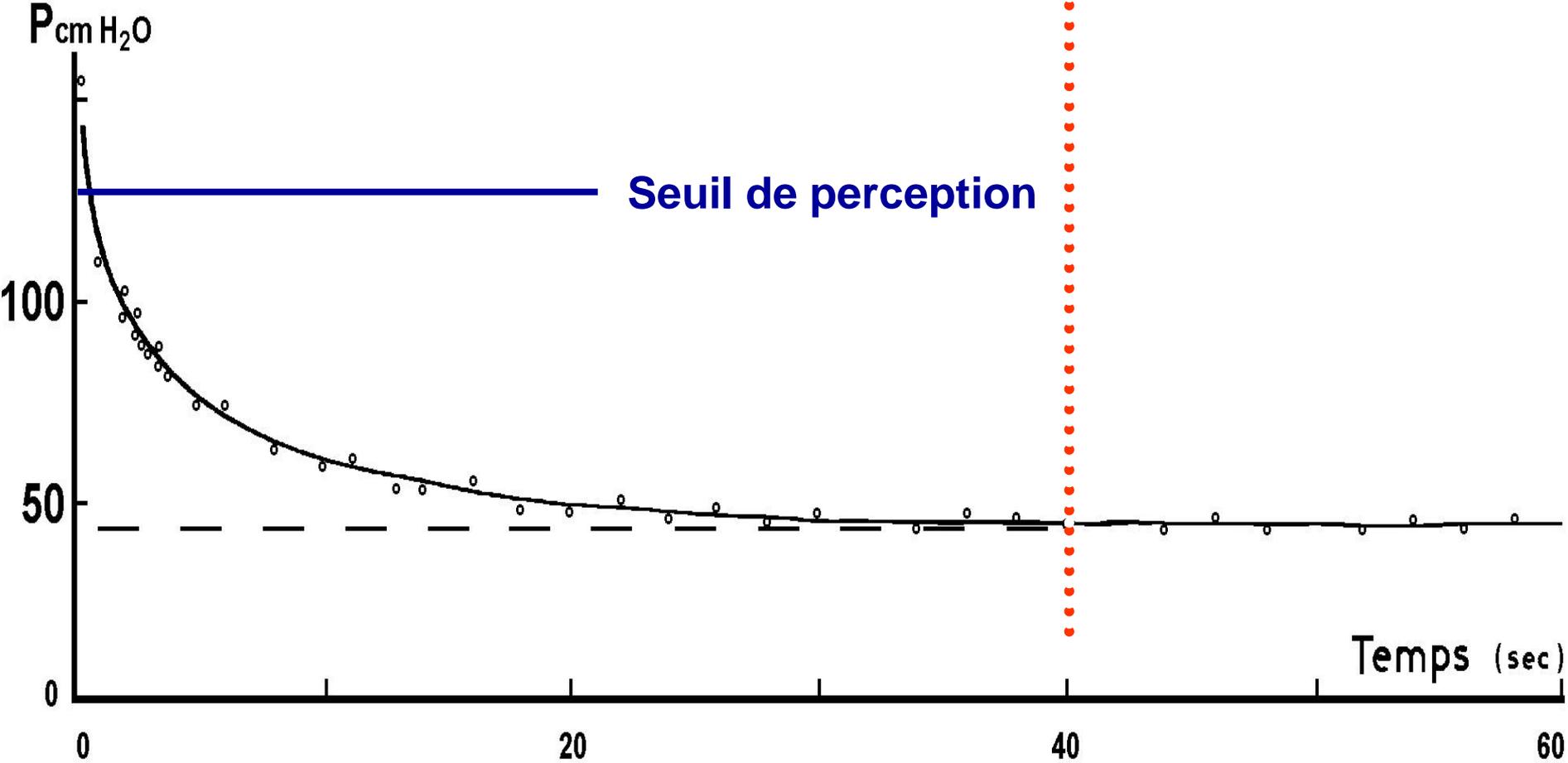
# LA CONTINENCE : LE SYSTEME CAPACITIF

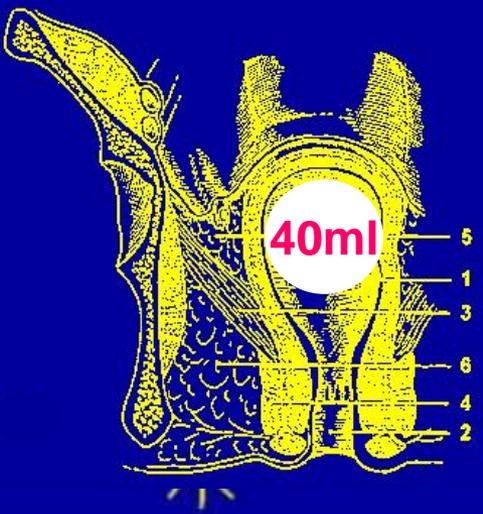


# Sujet normal

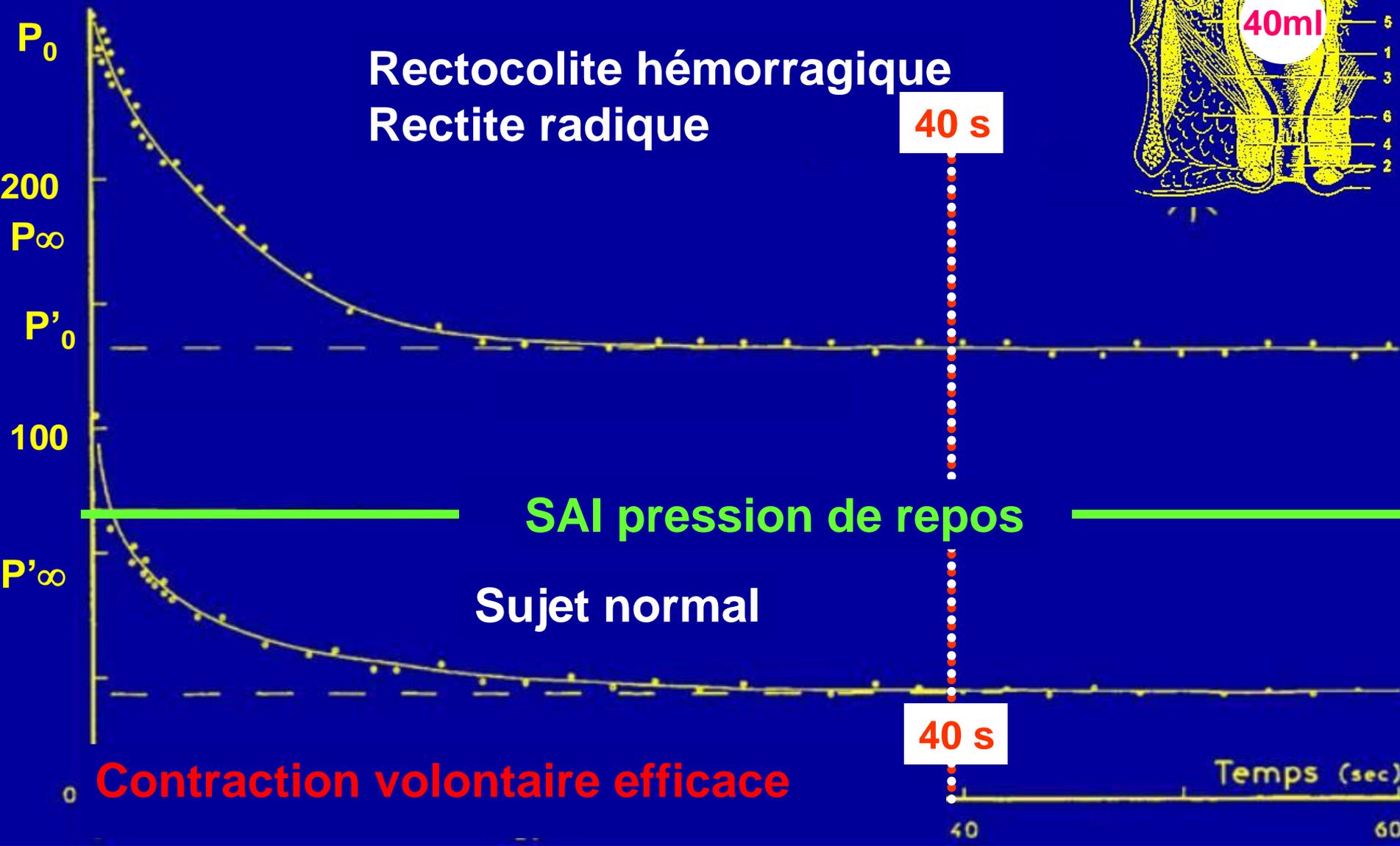


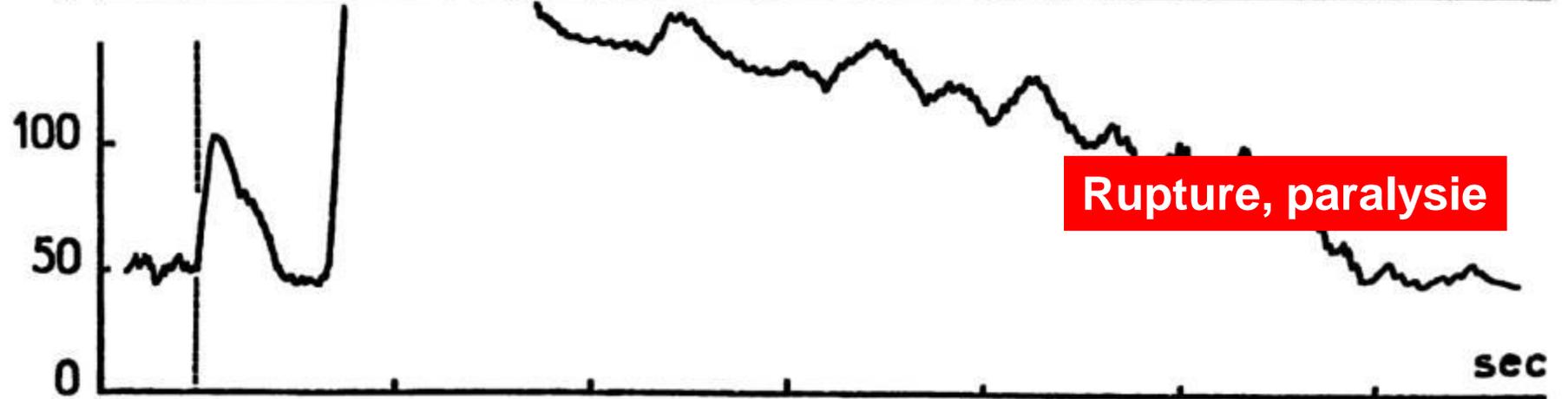
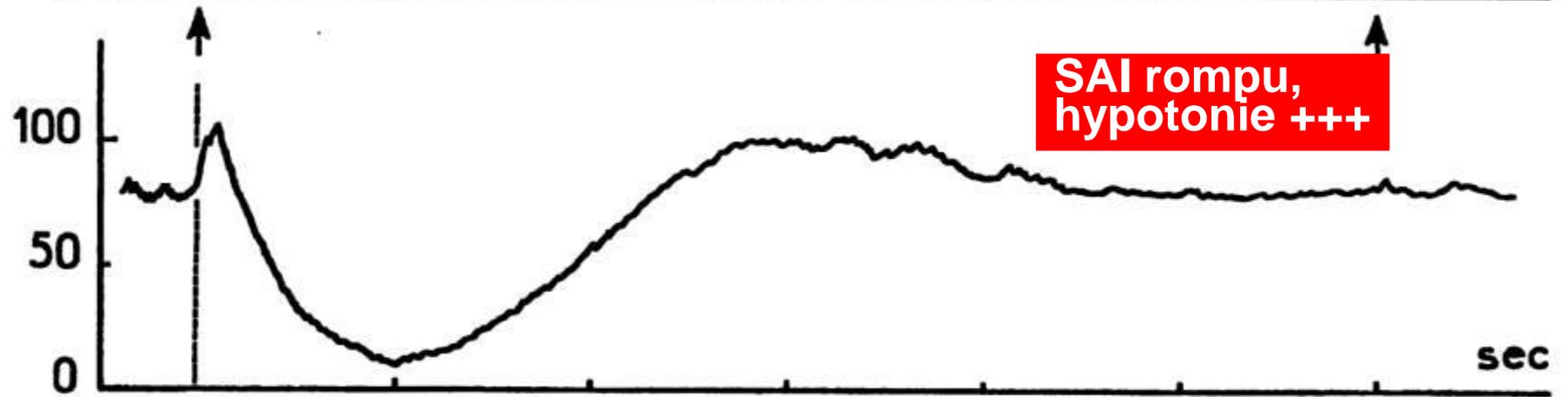
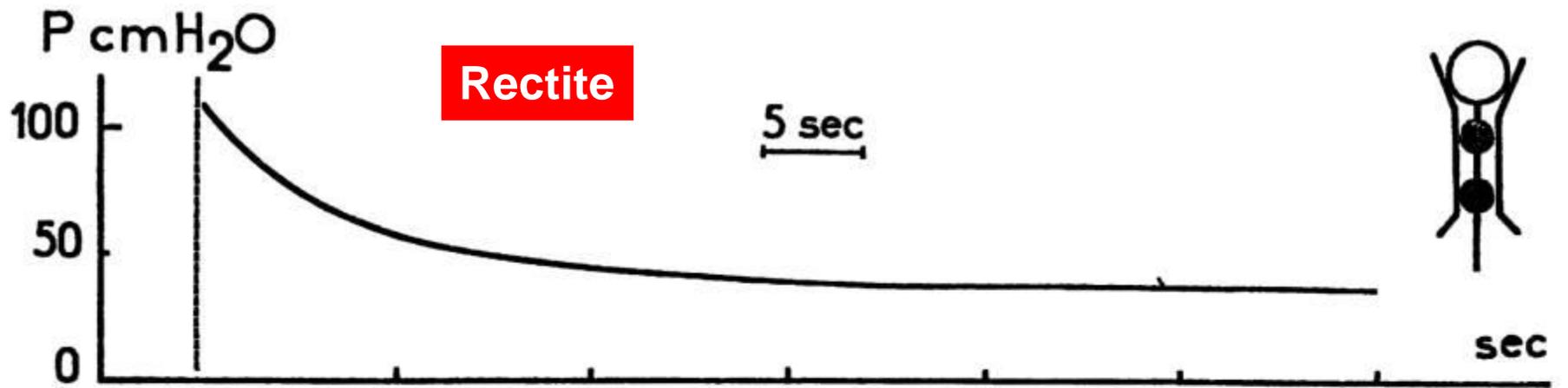
40 s





Pression cm H<sub>2</sub>O





# **BESOINS IMPERIEUX= INCONTINENCE ACTIVE (4 ACTEURS)**

- 1- Rupture ou paralysie du SAE**
- 2- Microrectie**
- 3- Diarrhée**
- 4- Hypotonie anale: SAI, Procidence rectale**

## **INCONTINENCE PASSIVE**

**Absence de besoin exonérateur**

# **ABSENCE DE BESOIN EXONERATEUR A TRANSIT COLIQUE NORMAL**

**« TROUBLE DE LA PERCEPTION RECTALE »**

- 1- cause neurologique**
- 2- megarectum**
- 3- fécalome**
- 4- hypotonie anale**

# **I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE**

**A- Rappel anatomique**

**B- Sensibilité rectale et besoin exonérateur**

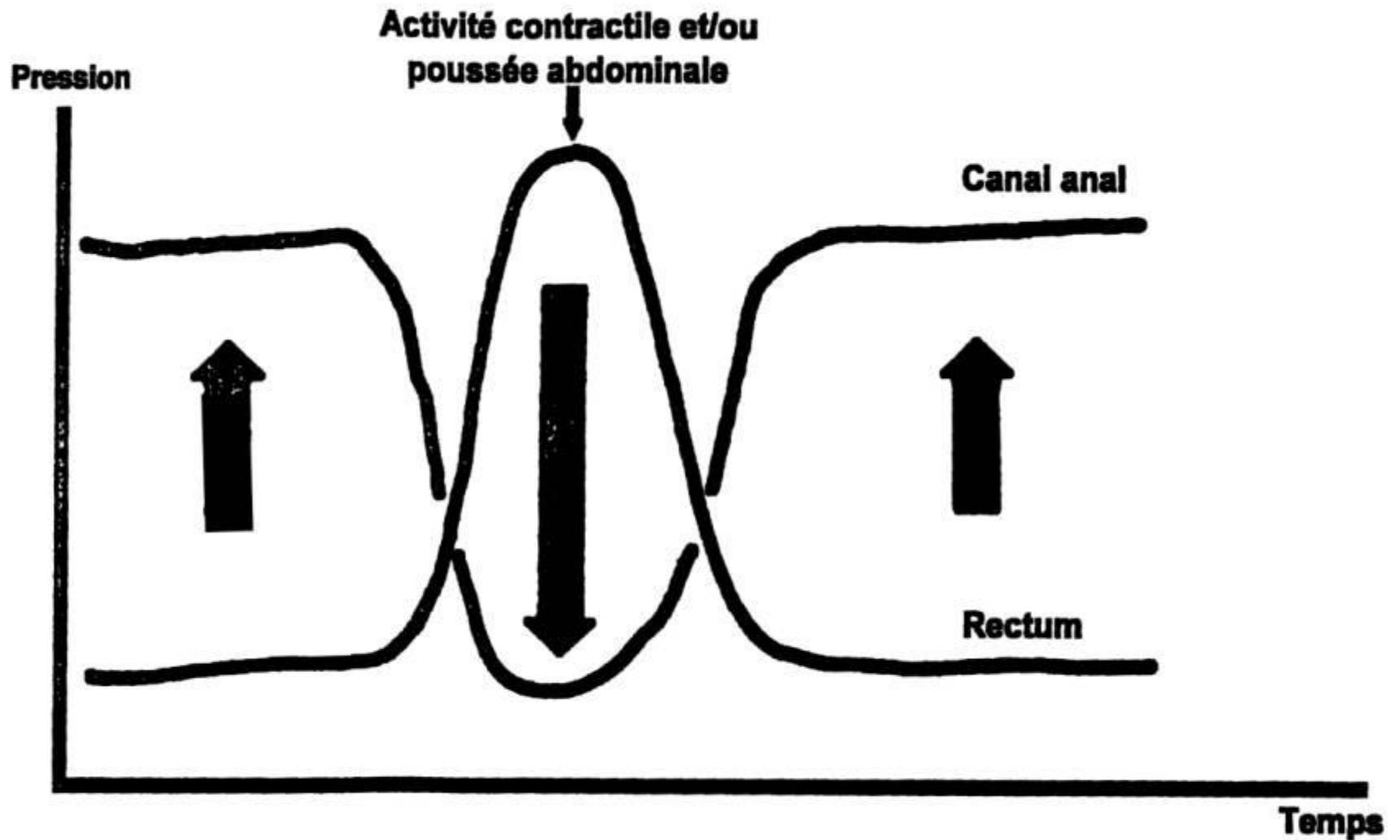
**C- Le réflexe d'échantillonnage**

**D- La continence**

- **Systeme résistif**

- **Systeme capacitif**

**E- La défécation**

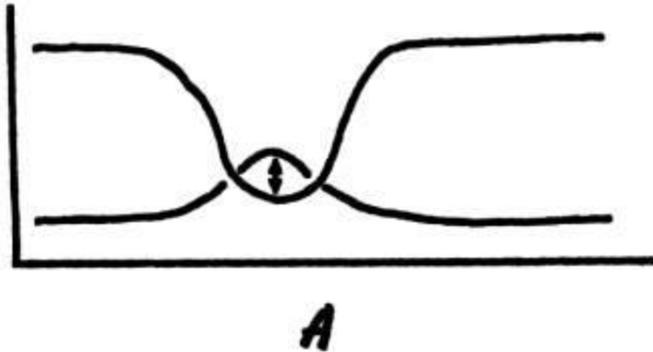


**CONTINENCE**

**DEFECATION**

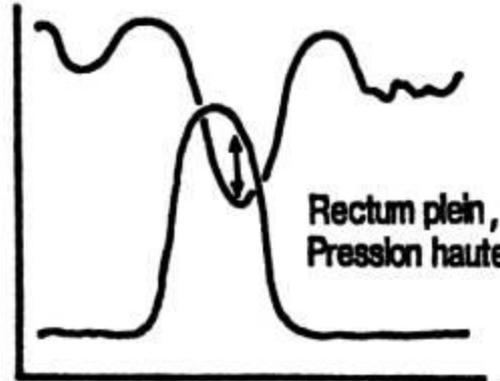
**CONTINENCE**

**FORCE PROPULSIVE ANORMALE**

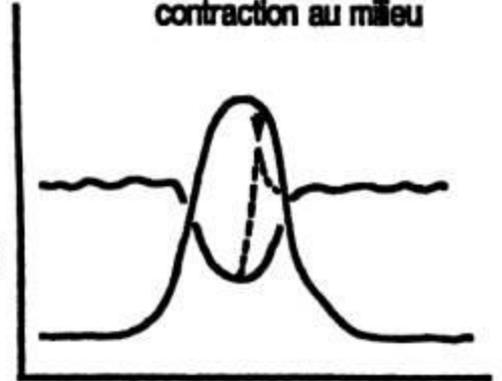


**ANISME**

Hypertonie instable

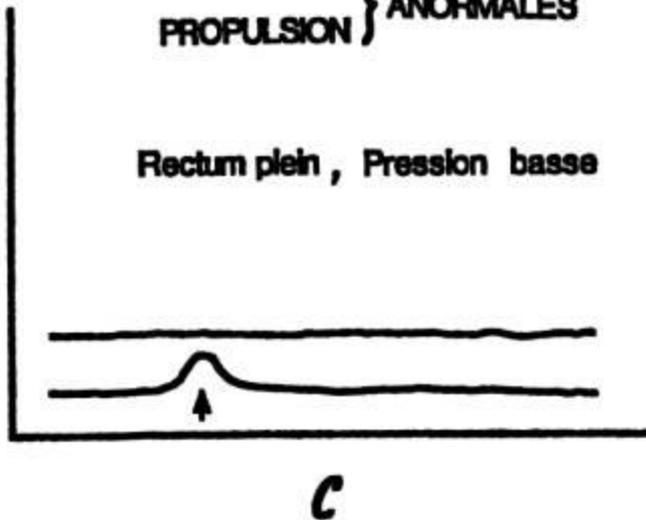


RRAI trop faible et / ou contraction au milieu

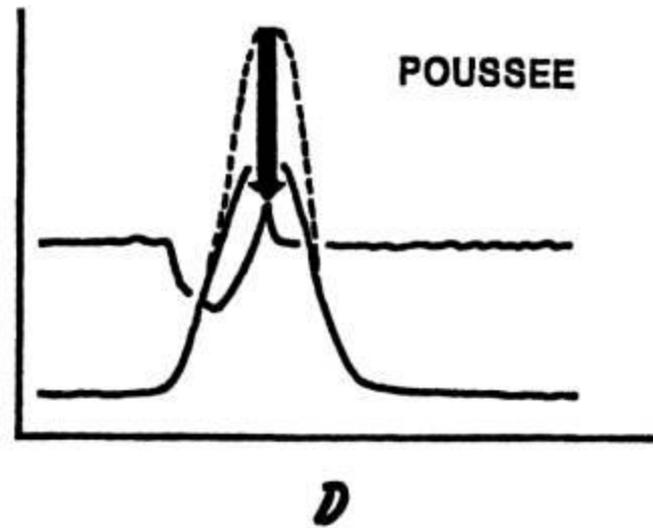


OUVERTURE } ANORMALES  
PROPULSION }

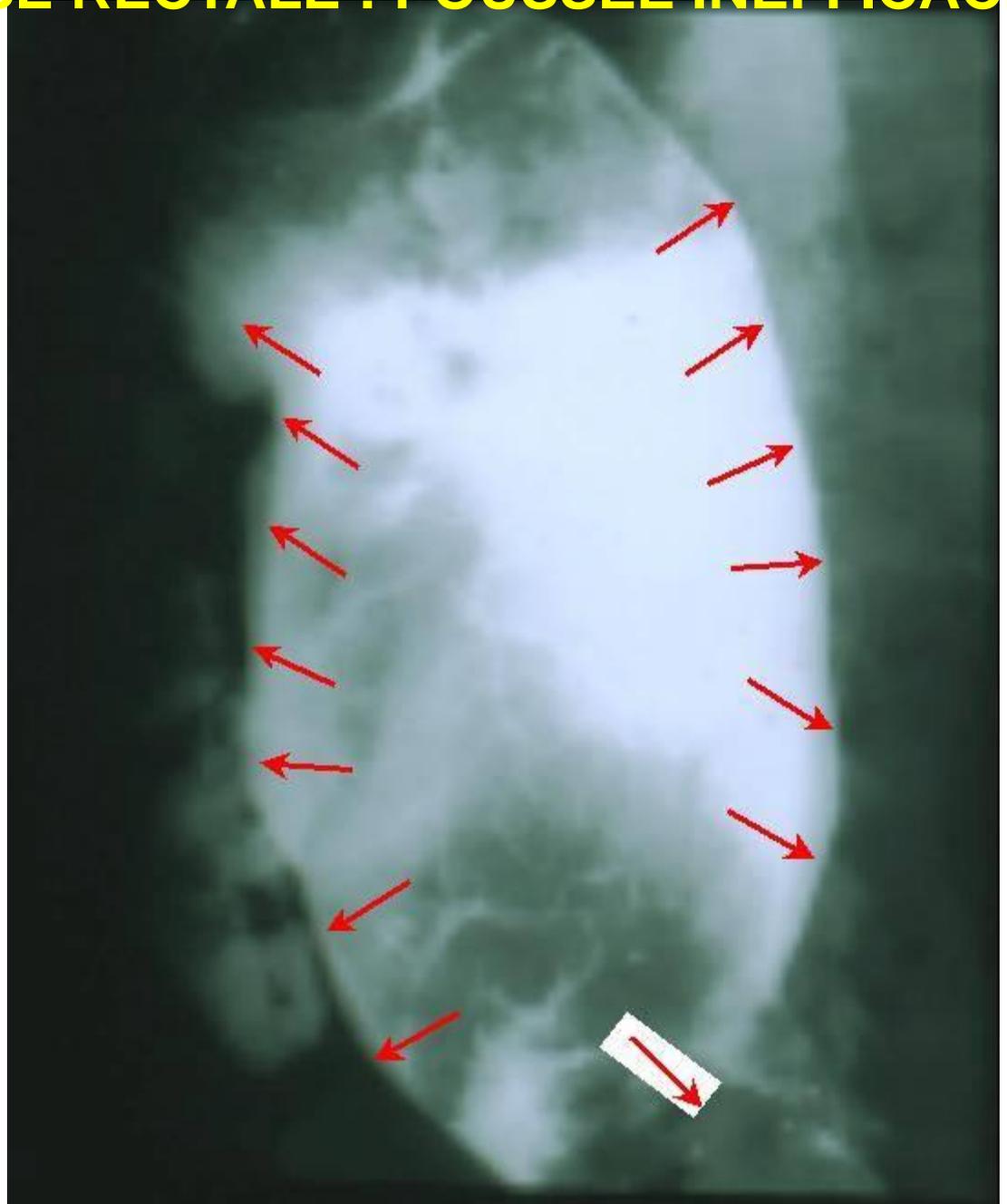
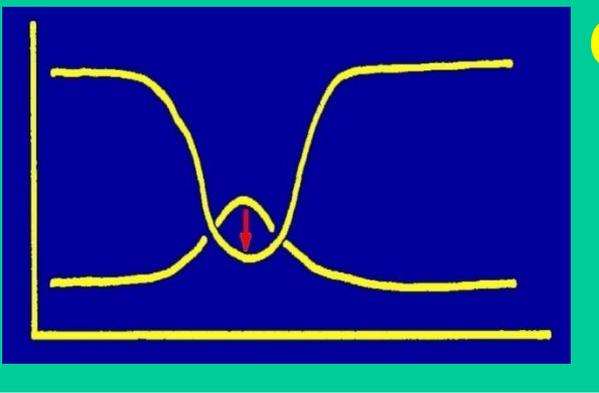
Rectum plein, Pression basse



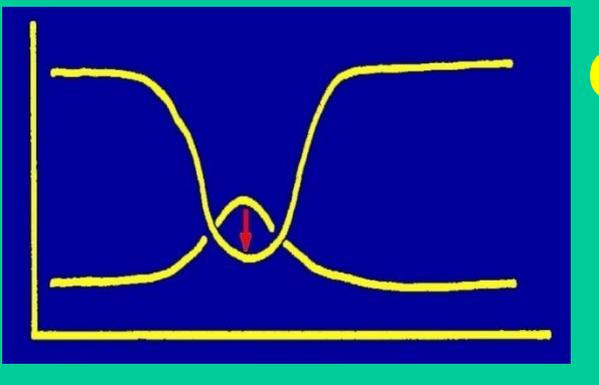
POUSSEE



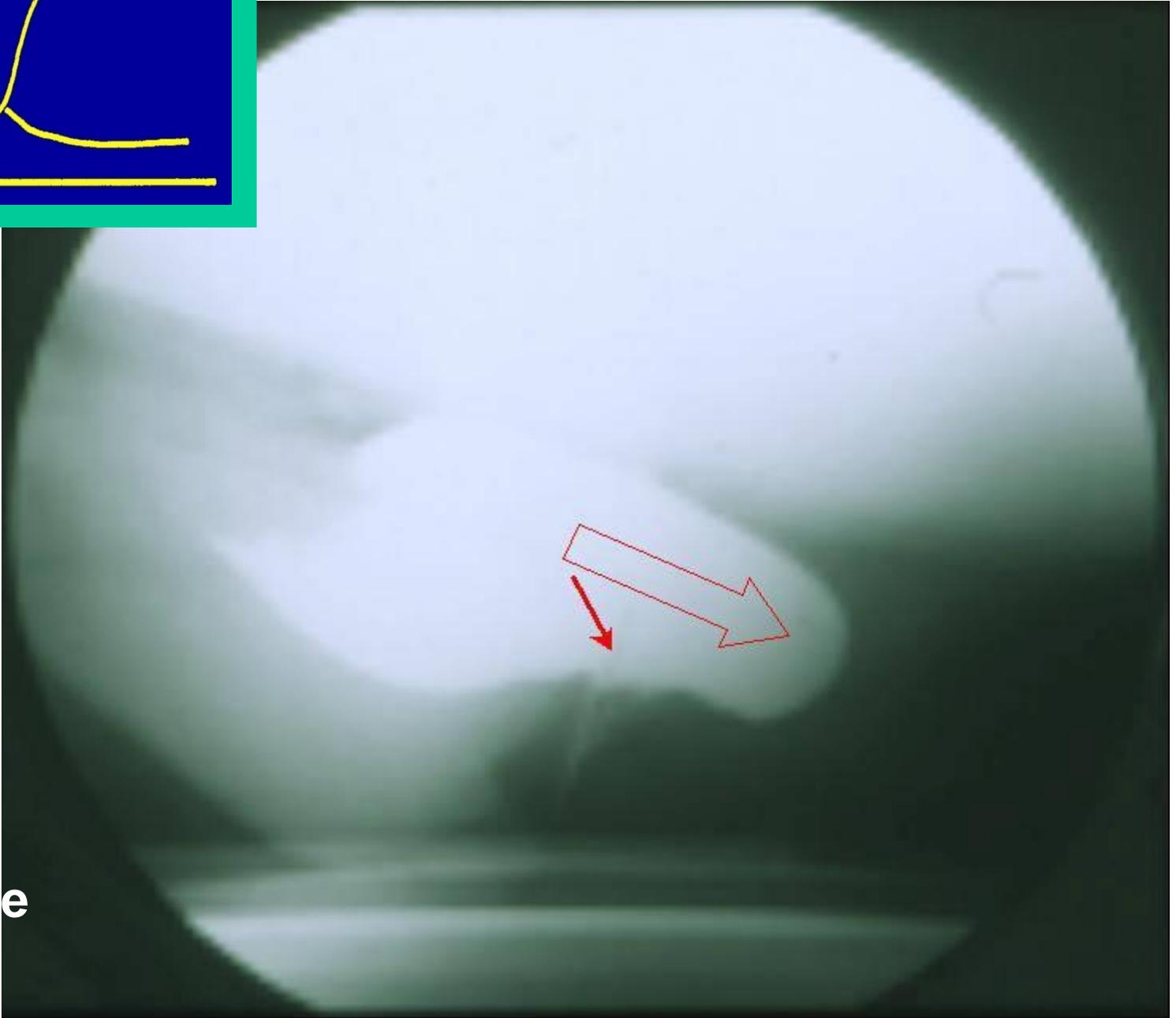
# CAUSE RECTALE : POUSSÉE INEFFICACE



# CAUSE RECTALE : POUSSEE INEFFICACE

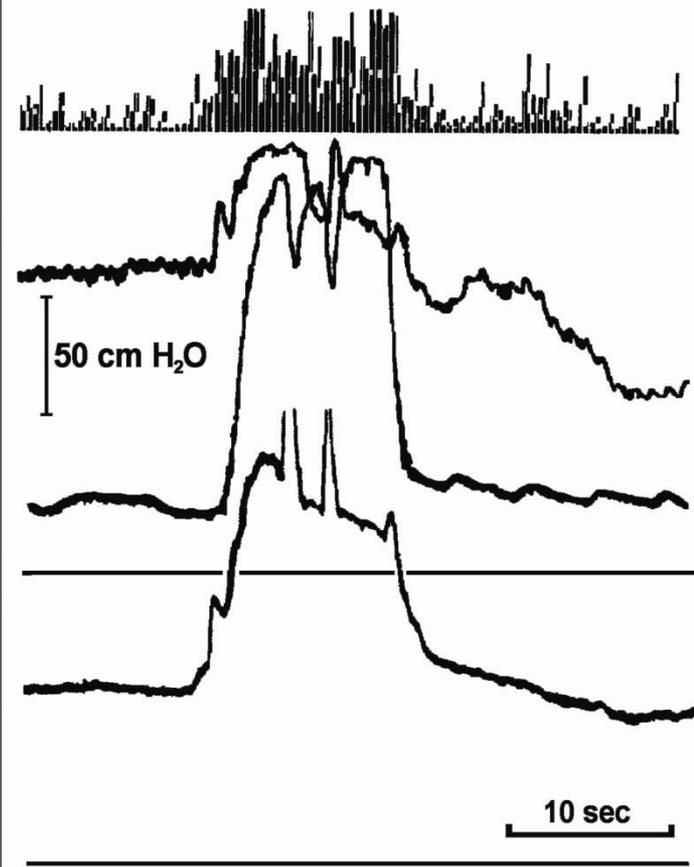
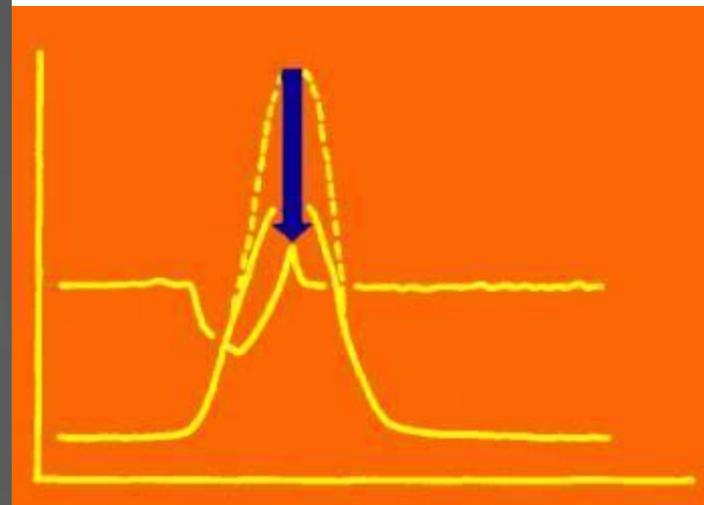


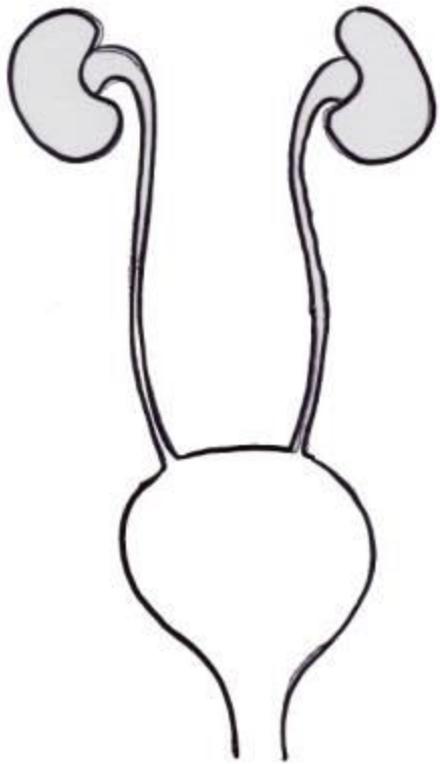
e



# ANISME

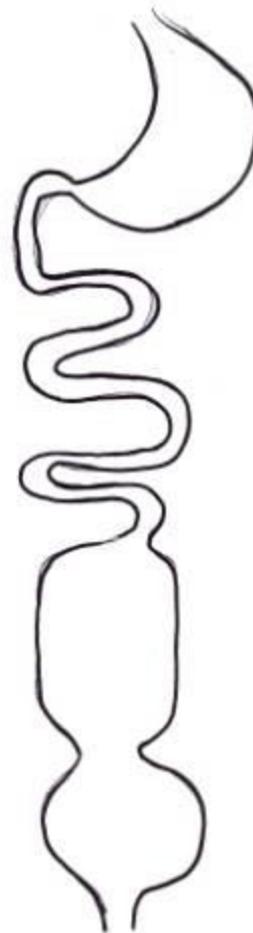
Pubo rectal





**vessie**

- 5 à 6 besoins par jour
- Obligatoires
- Contenu constant



**Estomac**

**Intestin grêle**

**Colon**

**Rectum**

- 1 besoin par jour
- Contenu variable

↓ ↓  
Défécation

physiologique

sociologique

# I-PHYSIOLOGIE ANORECTALE

**A- Rappel anatomique**

**B- Sensibilité rectale et besoin exonérateur**

**C- Le réflexe d'échantillonnage**

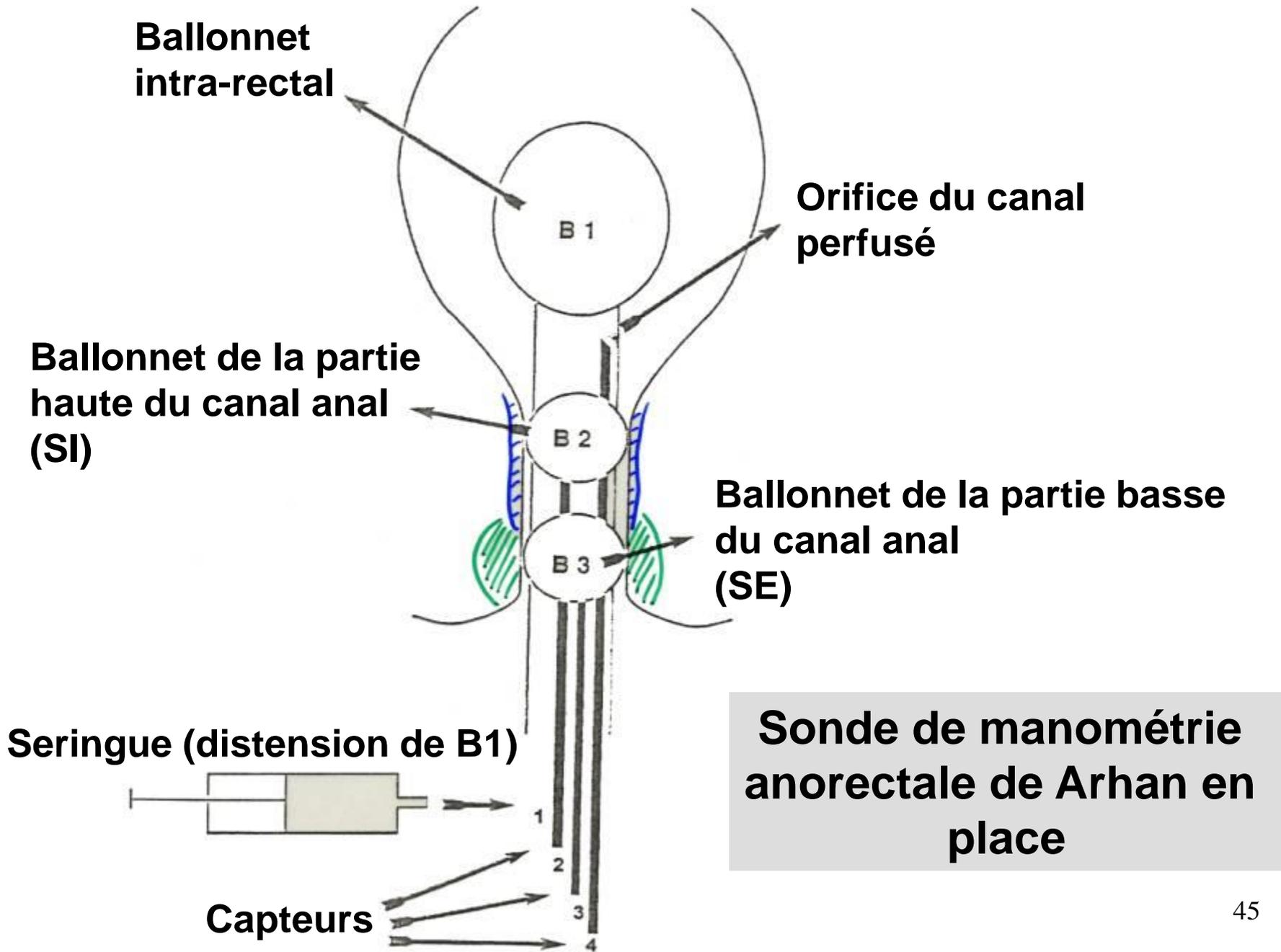
**D- La continence**

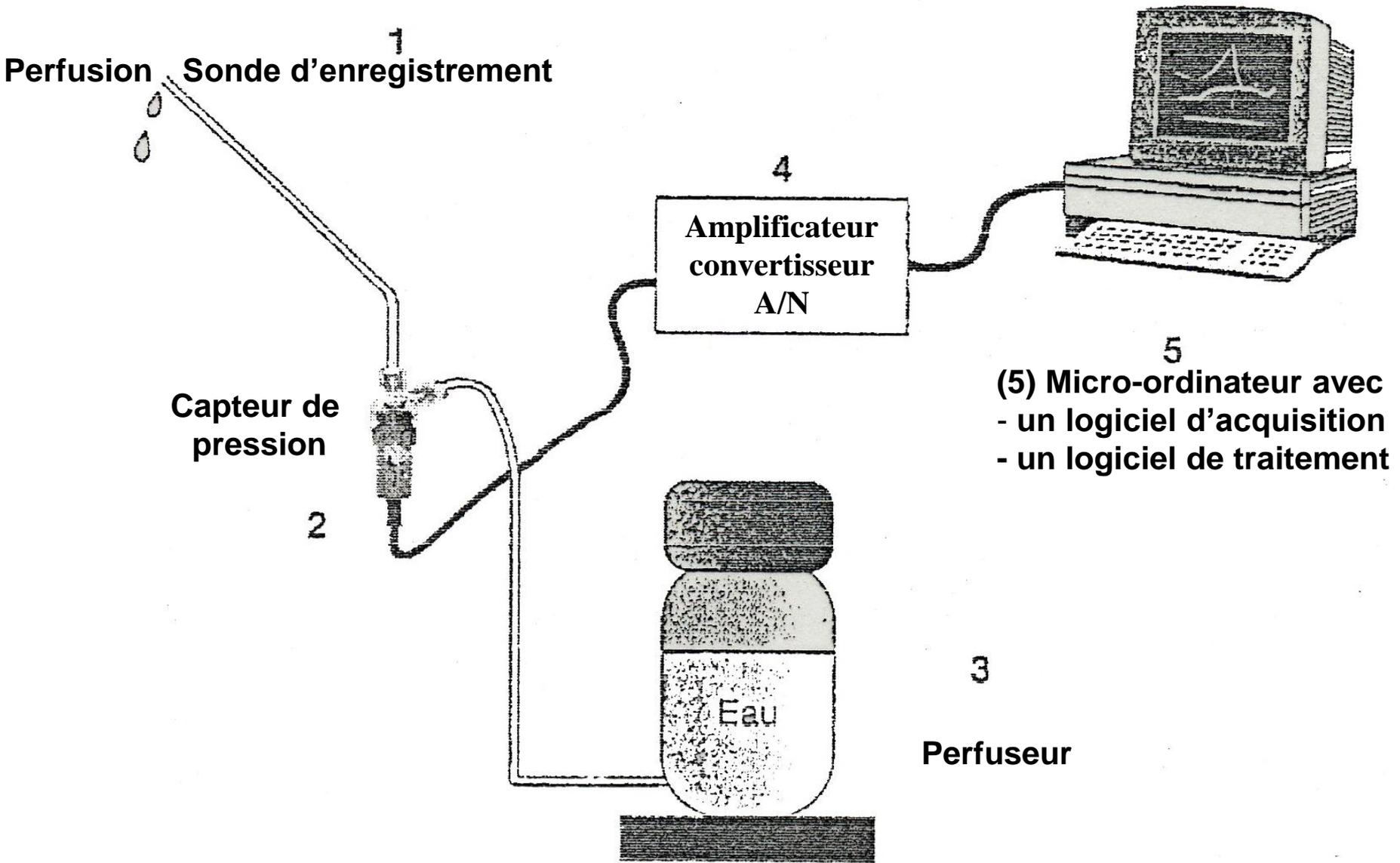
- **Systeme résistif**

- **Systeme capacitif**

**E- La défécation**

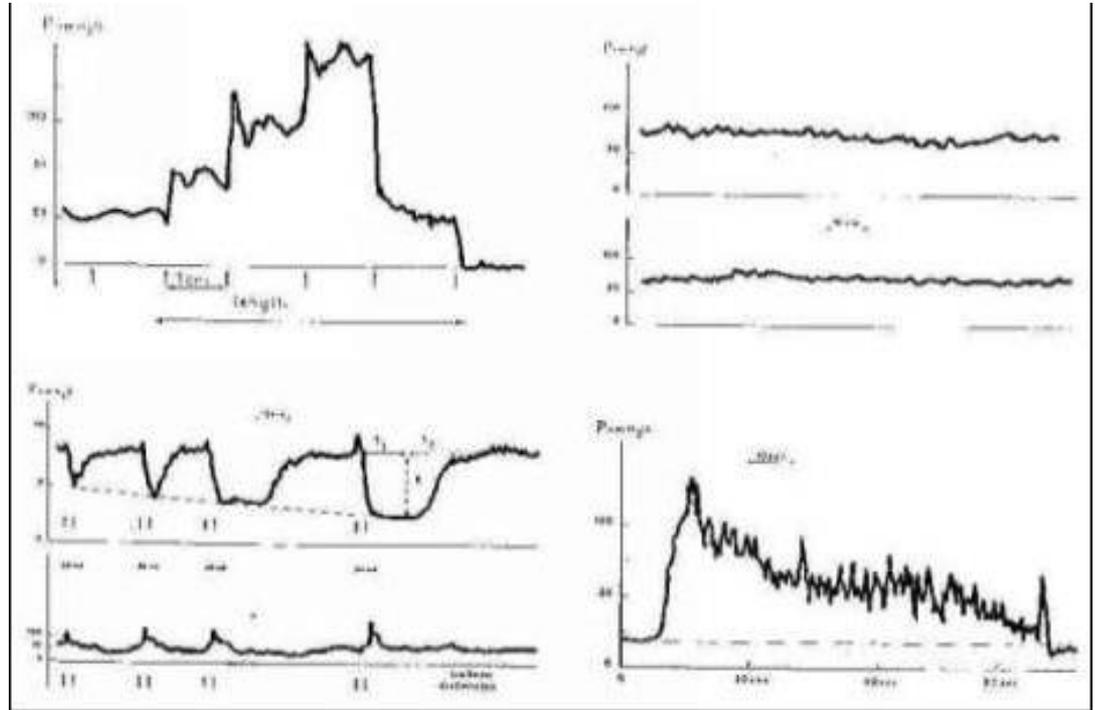
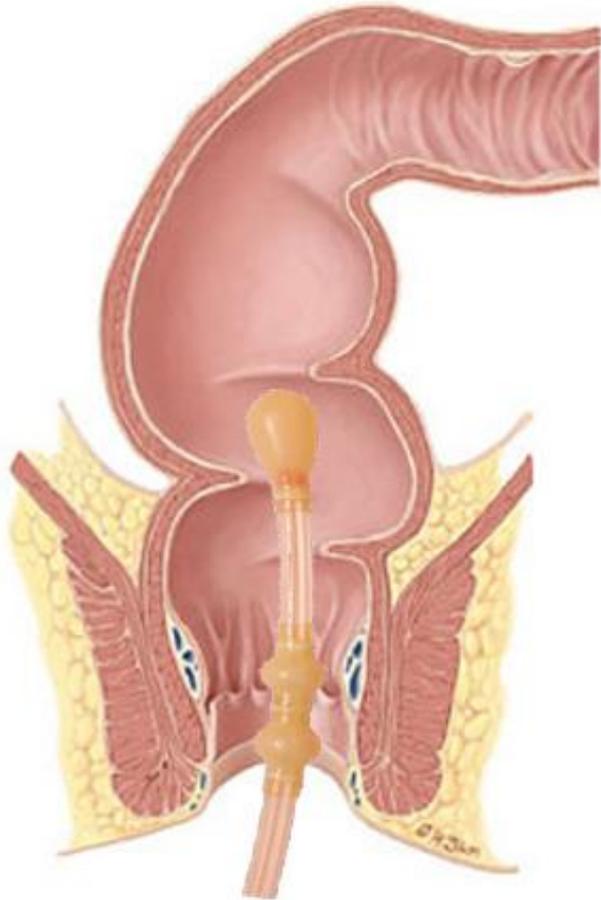
## II-EXPLORATION: MANOMETRIE ANORECTALE



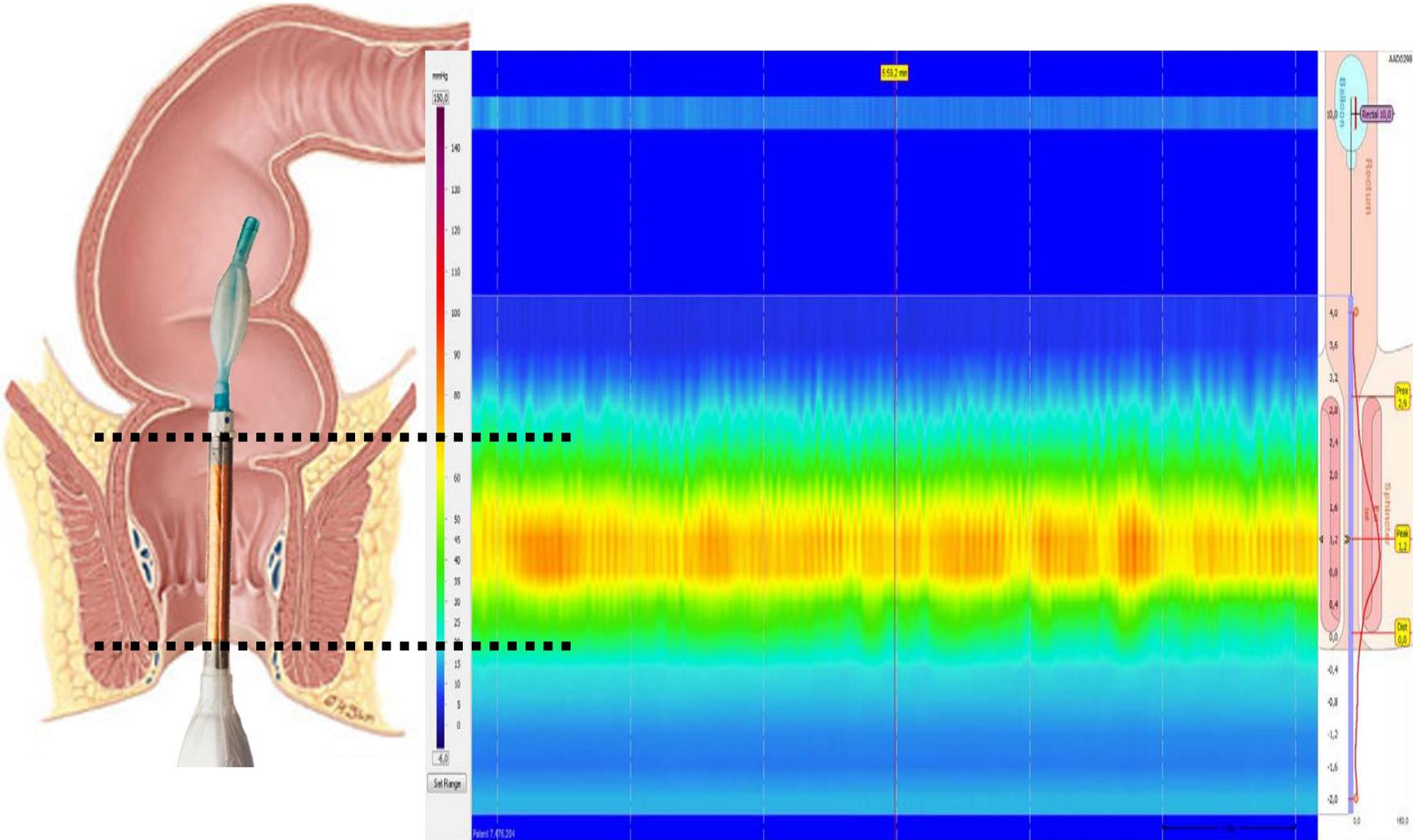


**Principaux constituant d'une chaîne de manométrie de mesure convertisseur A/N : convertisseur analogique/numérique**

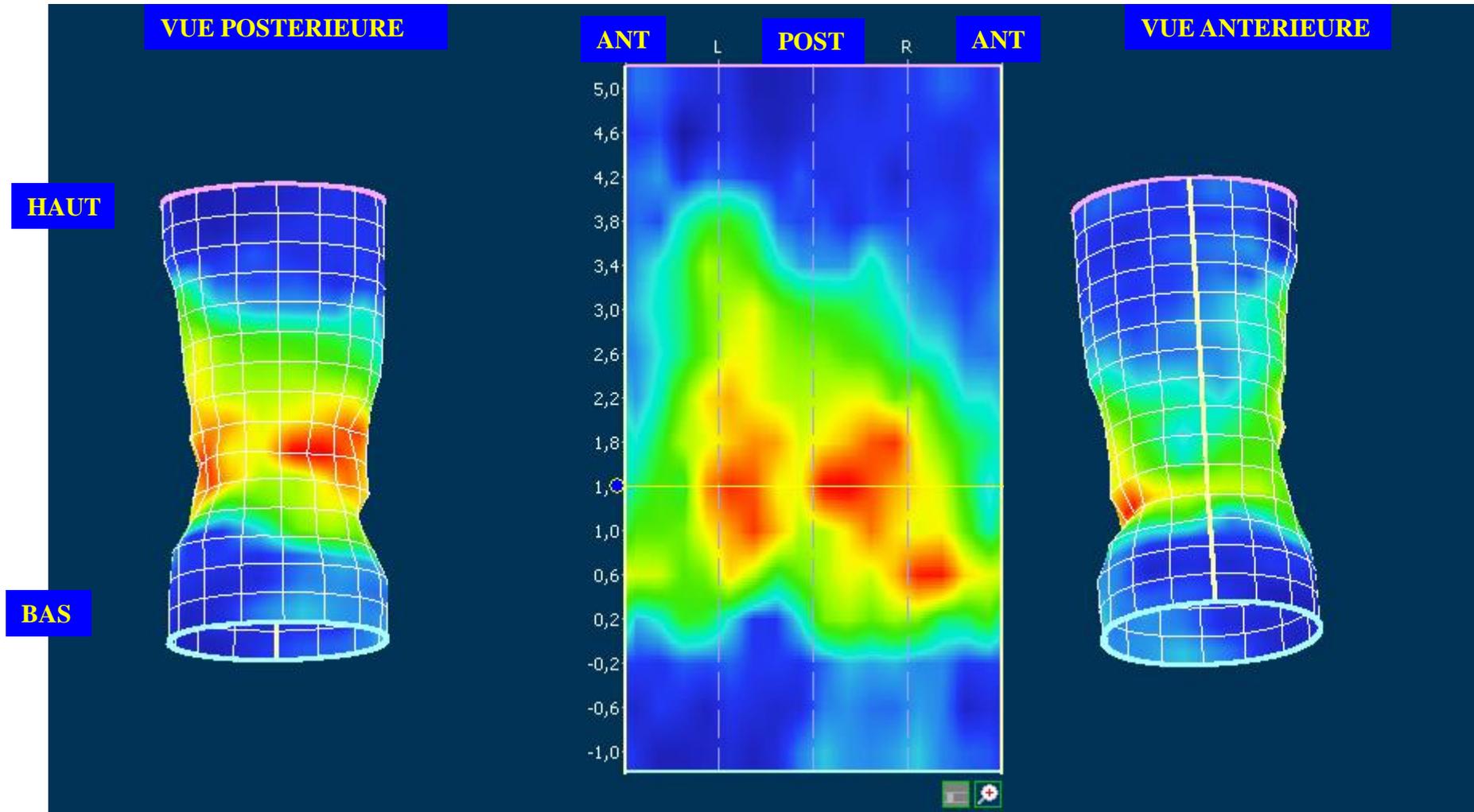
# Manométrie ano-rectale: les systèmes à ballonnets



# Manométrie anorectale haute-résolution: les principes



# Manométrie anorectale haute-résolution: les résultats



# Manométrie anorectale haute-résolution: les résultats

VUE POSTERIEURE

ANT

L

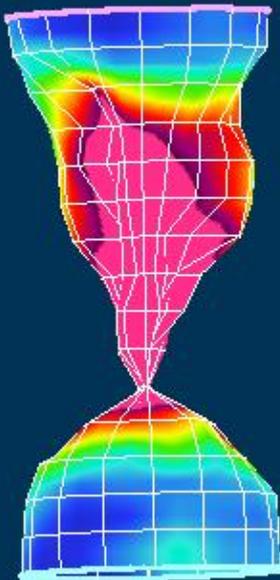
POST

R

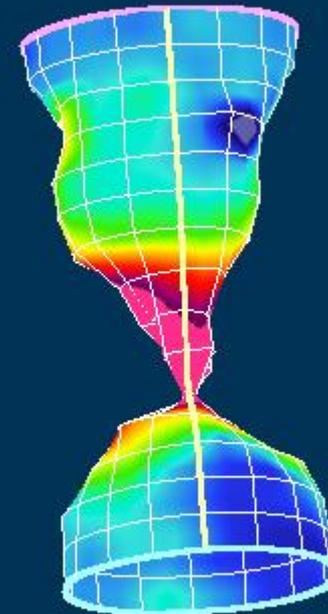
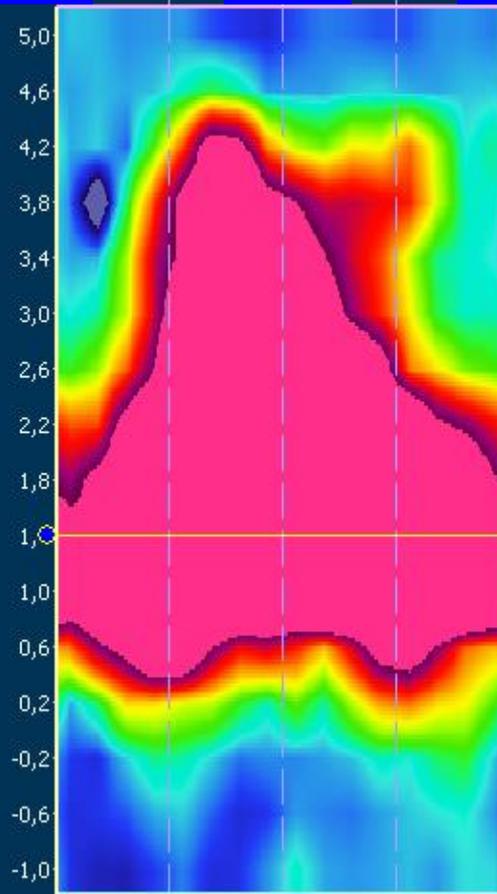
ANT

VUE ANTERIEURE

HAUT



BAS



CONTRACTION VOLONTAIRE DU SPHINCTER ANAL et PUBORECTAL

# PARAMETRES ENREGISTRES

## VESSIE

## RECTUM

CAPACITE

Capacité  
Compliance

VMT  
Compliance

PERCEPTION

B1  
B2  
B3

Vol. Seuil  
Vol. Percep Constante  
VMT

DESINHIBITION

Cytomano

Continence rectale  
aux liquides

RESIDU

Synergie  
Vésico-sphincter

Fécalome  
Synergie recto-sphincter

HYPOTONIE  
INSTABILITE

PPU  
PPU

Pression. repos  
RRAI Spont.

CV

CV

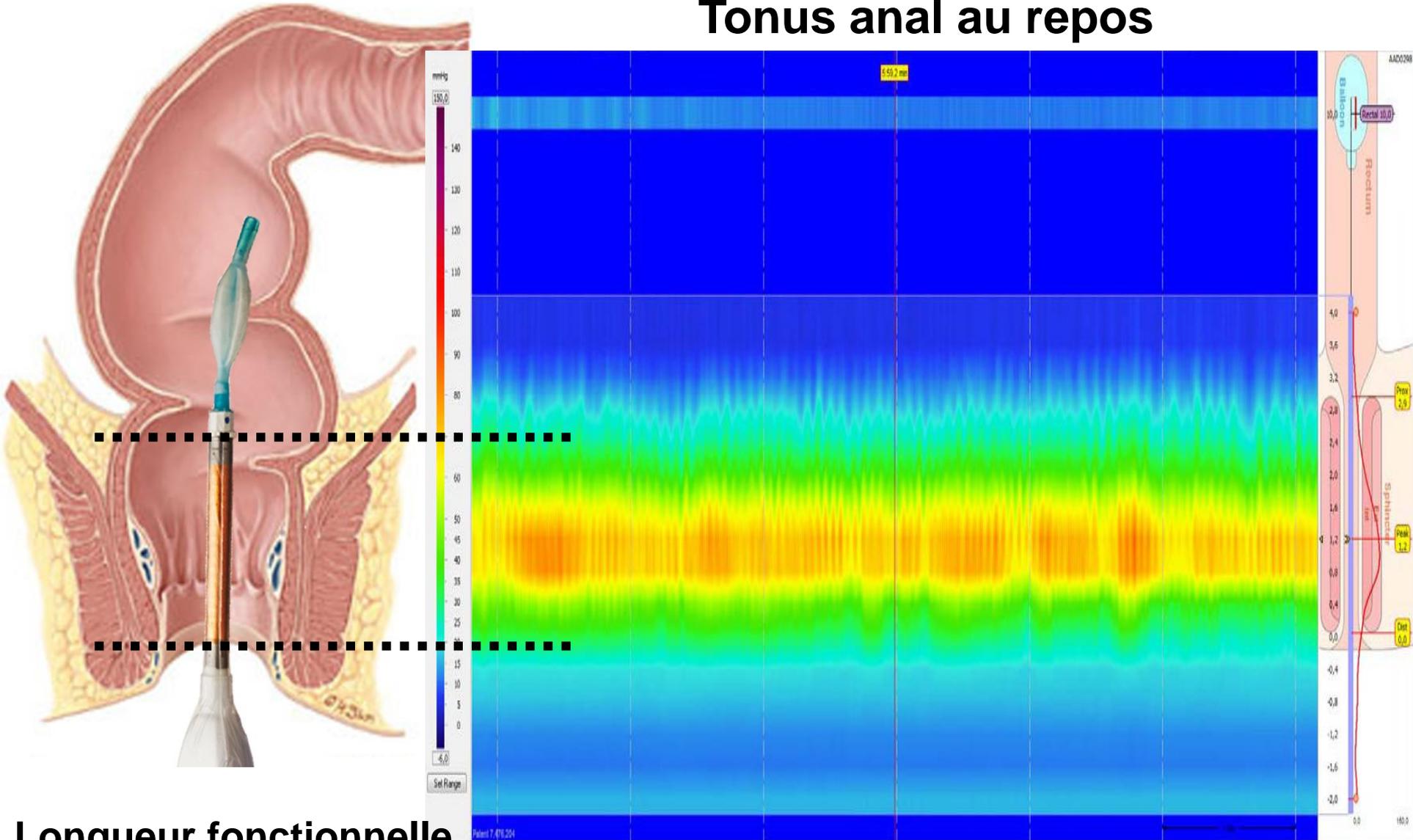
LONGUEUR

Longueur urètre

Longueur anus

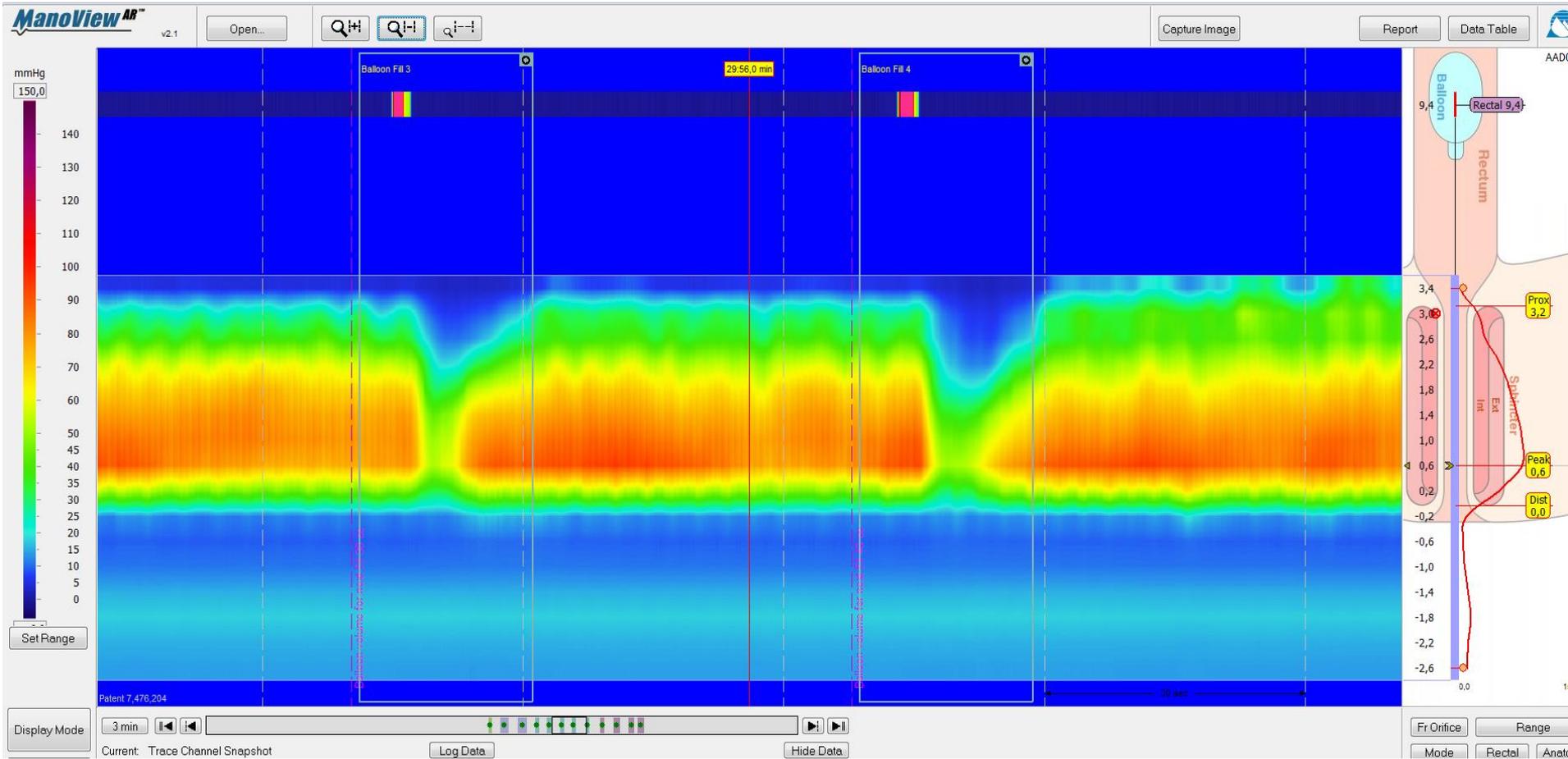
# Manométrie anorectale haute-résolution: les mesures

## Tonus anal au repos

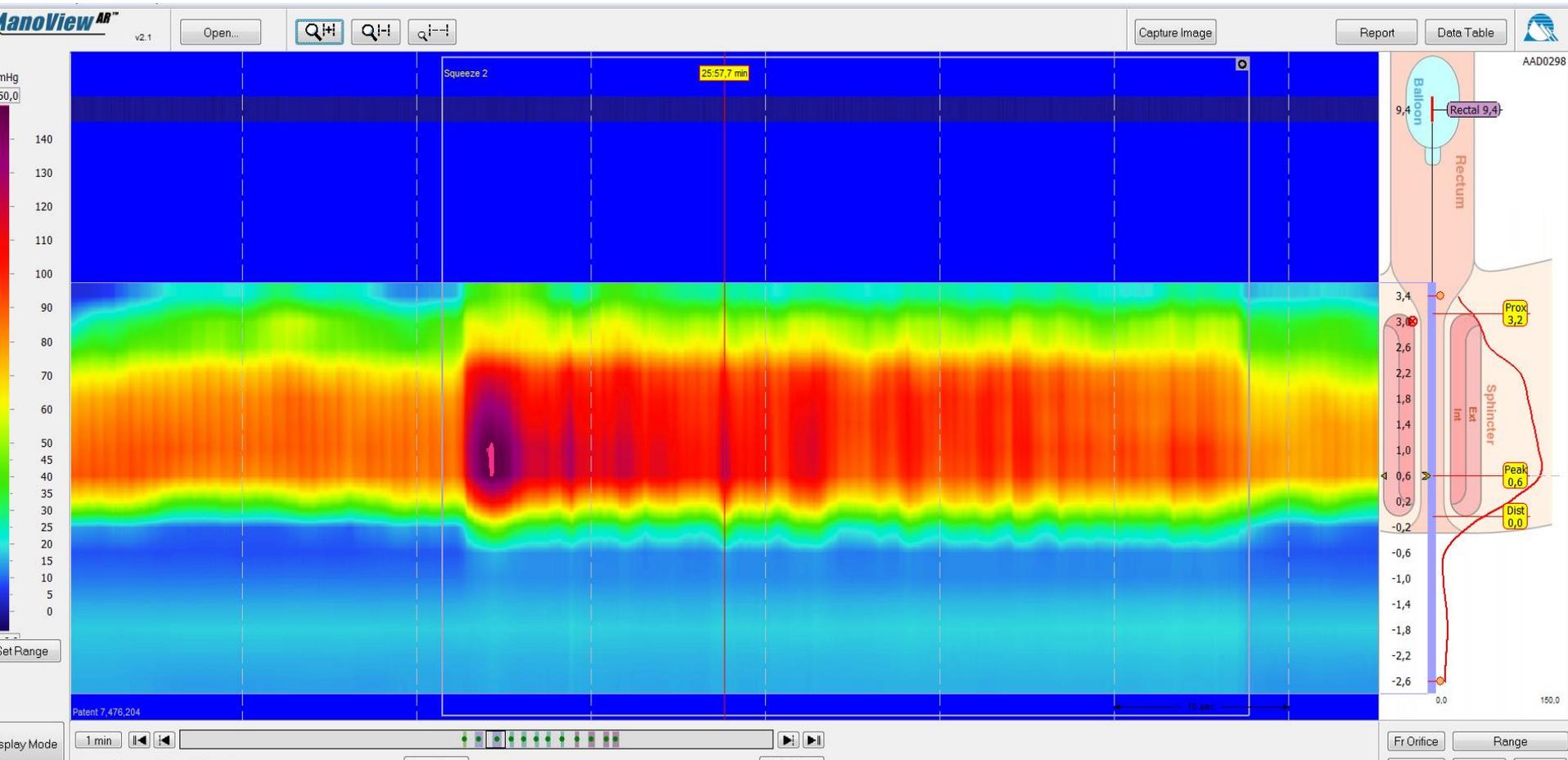


Longueur fonctionnelle  
du canal anal

## Réflexe recto-anal inhibiteur



## Effort de contraction volontaire



# Manométrie anorectale haute-résolution: les résultats

## Contraction volontaire du sphincter anal et puborectal

VUE POSTERIEURE

ANT

L

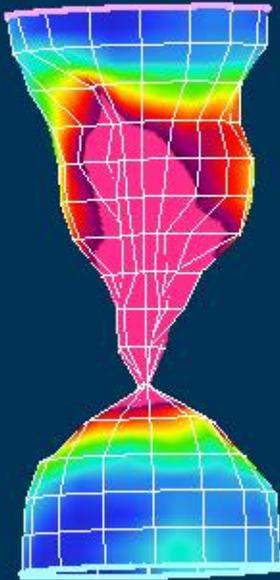
POST

R

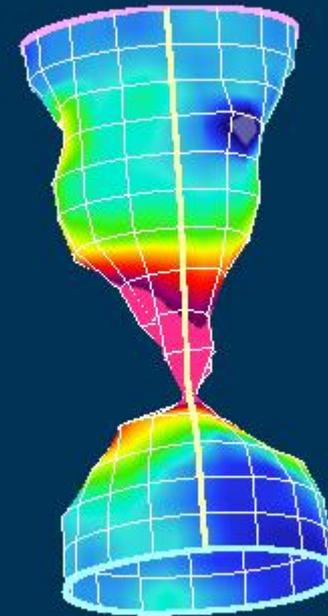
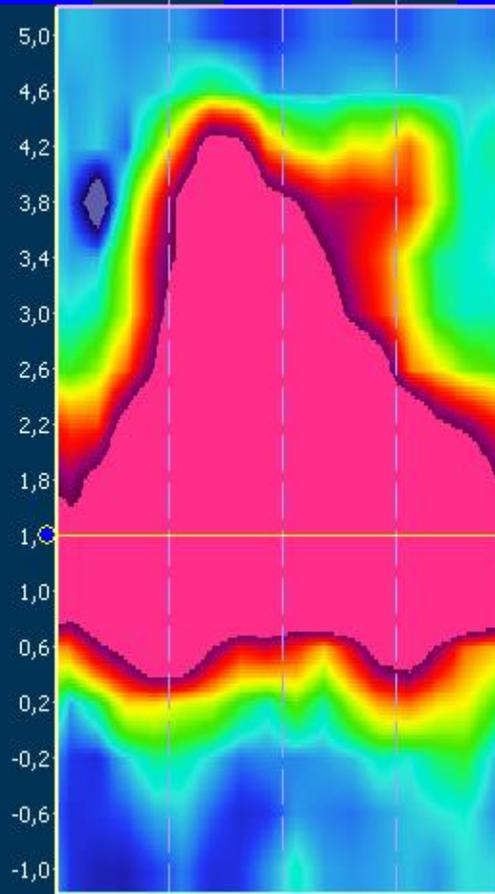
ANT

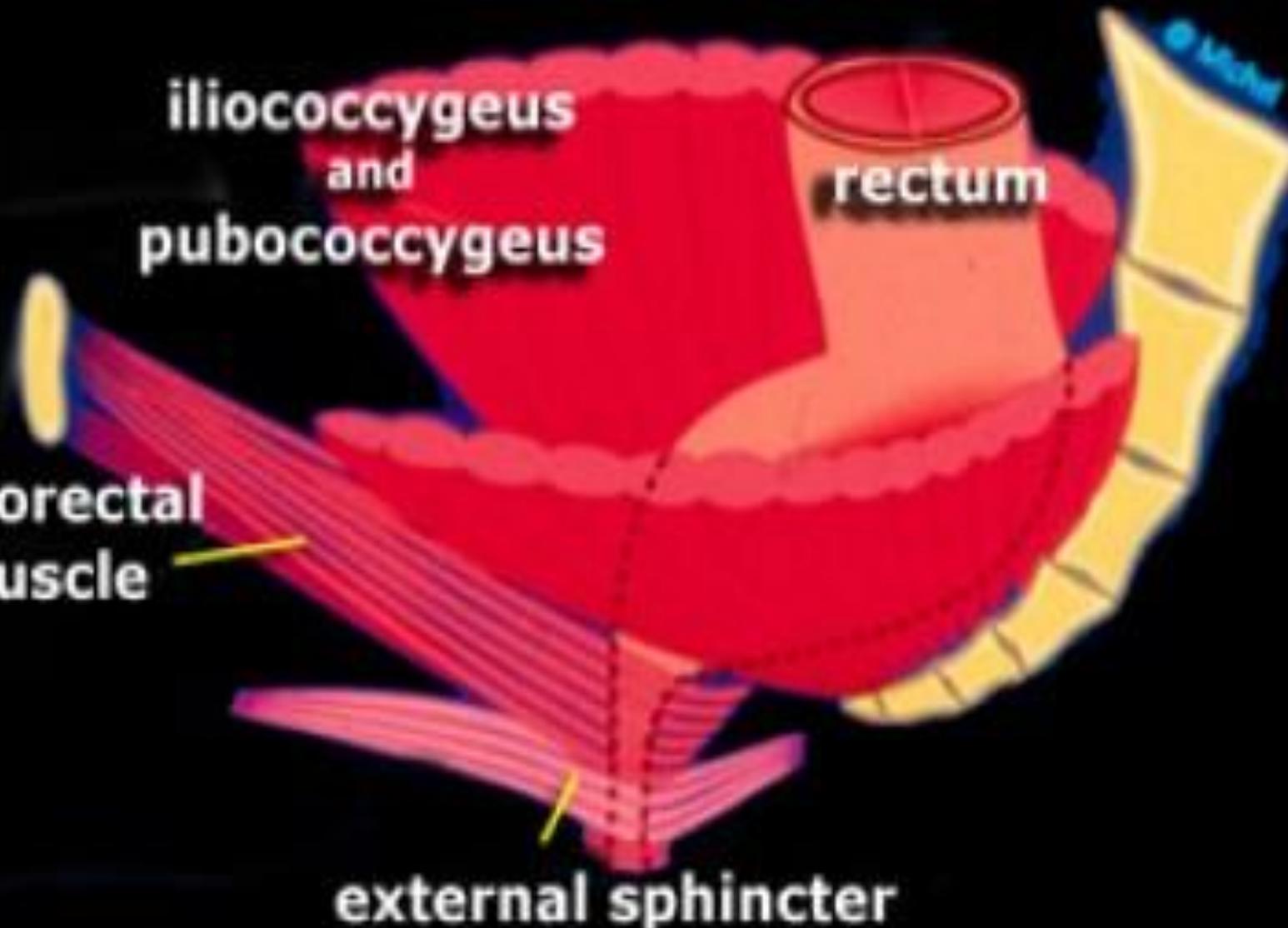
VUE ANTERIEURE

HAUT



BAS





iliococcygeus  
and  
pubococcygeus

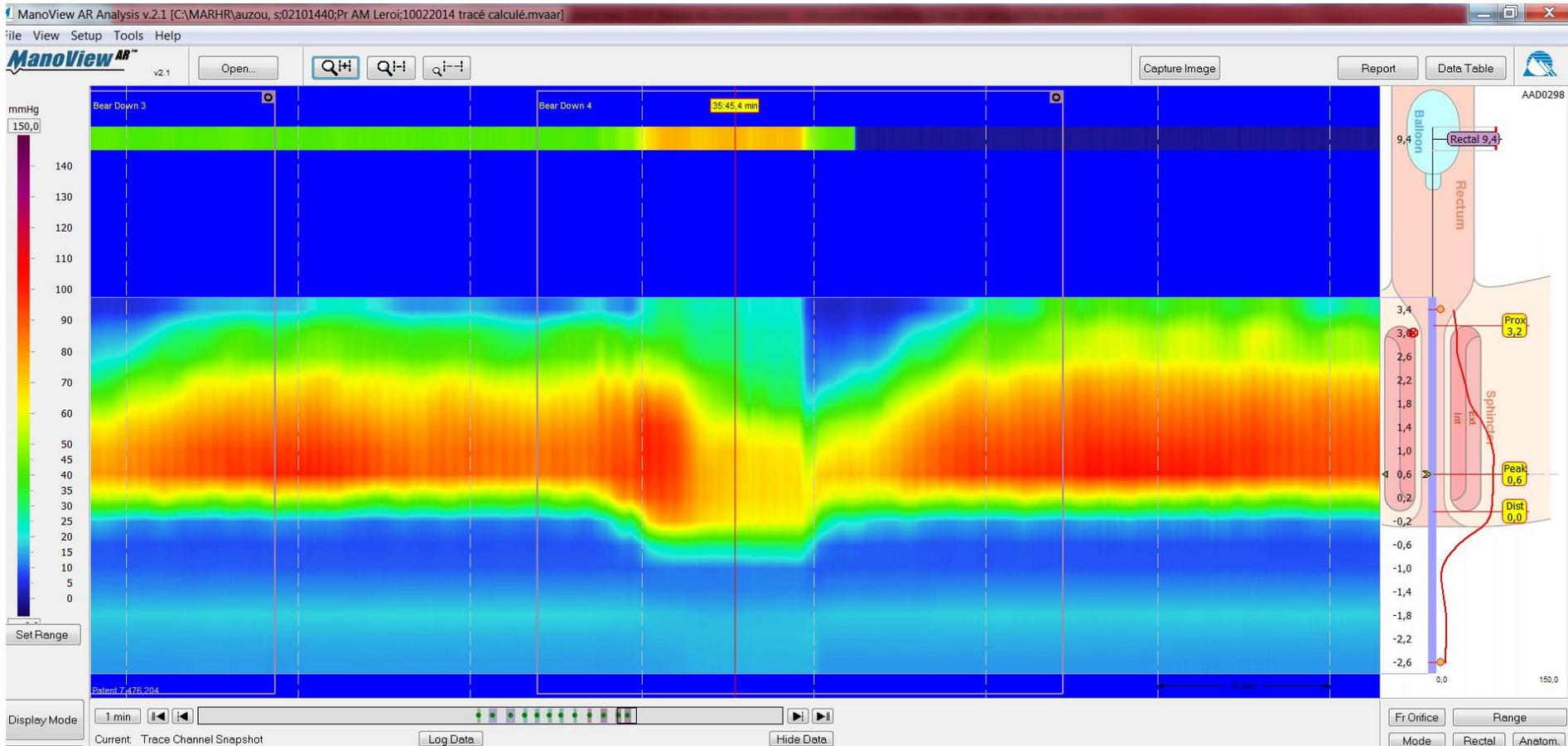
rectum

puborectal  
muscle

external sphincter

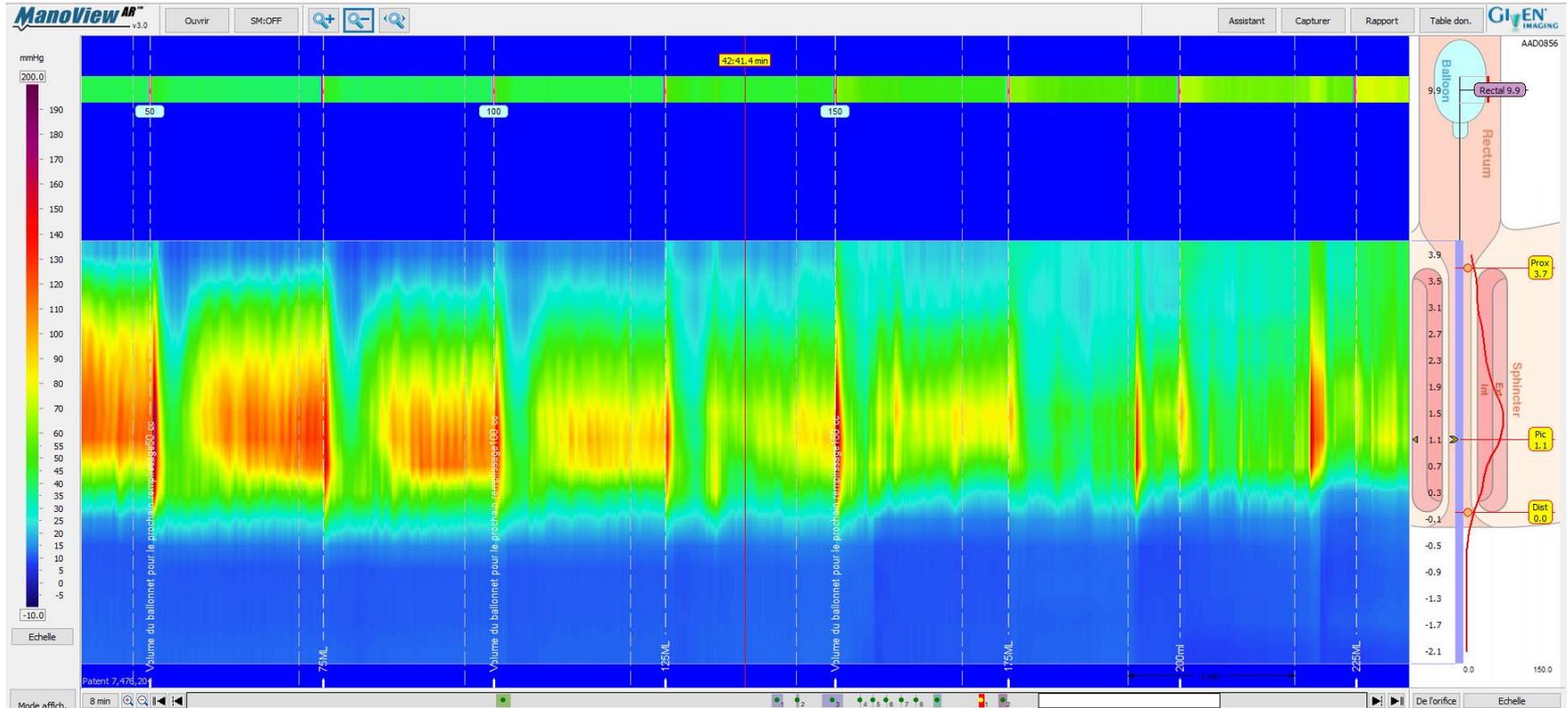
# Manométrie anorectale haute-résolution: les mesures

## Effort de poussée (relaxation >20% de pression basale)



# Manométrie anorectale haute-résolution: les mesures

## Distension rectale : volume, pression rectales, compliance



# **III- INCONTINENCE ANALE**

## **A- Prévalence**

# PREVALENCE DE L'INCONTINENCE ANALE

	Population générale (n=1100)	Médecins gastro et généralistes (n=3.914)	IUE (n=500)	Patients neurologiques (n=1.136)	Personnes âgées (n=10.157)
<b>IA</b>	<b>11%</b>	<b>15.5%</b>	<b>27%</b>	<b>18%</b>	
<b>GAZ</b>	<b>5%</b>	<b>7.6%</b>	<b>17%</b>	<b>2.5%</b>	
<b>SL et/ou SS</b>	<b>6%</b>	<b>7.9%</b>	<b>9%</b>	<b>15.7%</b>	<b>33%</b>
<b>SL</b>		<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>4.7%</b>	
<b>SS</b>		<b>1.9%</b>	<b>1%</b>	<b>11%</b>	

**• Les patients se plaignant d'incontinence pour les selles Liquides et/ou solides quotidienne ou hebdomadaire représenteraient 2% de la population générale, 3.2% des patients consultant leur généraliste ou leur gastro entérologue et 3.8% des patients consultant pour IUE**

**• 4 patients sur 606 se déclarant incontinents avaient consulté leur médecin généraliste ou gastro-entérologue en raison de ce symptôme et cela bien qu'un quart d'entre eux soient gênés par ce symptôme dans leur vie quotidienne**

# **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B - Etiologies**

# INCONTINENCE ANALE (Expérience Personnelle)

500 MALADES A DOMICILE



**1/3 = symptômes**

- Cause Neurologique (AVC, démence, SEP, Queue de cheval, neuropathie...)
- Malformations (imperforation, spina, Agénésie sacrée).
- « Traumatique » (empalement, obstétrique, fistule, abcès, pénétration anale forcée, dilatation)
- Cause gastroentérologique (colite, rectite radique ou ischémique, Anastomose iléo-anale, etc...)



**2/3 = maladie  
(69 malades)**



- Intestin irritable = 25% (cholecystectomie)
- Fécaldomes rectaux = 10%
- Prolapsus extériorisé = 10%

Insuffisance musculaire = 55%

➔ 1/3 d'une population consultant pour incontinence

# TROUBLES ANORECTAUX REVELATEURS D'UNE MALADIE NEUROLOGIQUE

Selon Read, 10% des patients consultant pour MAR en raison d'une IA sont suspects de pathologie neurologique

## RECHERCHER PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE QUAND :

- 1) Contraction volontaire périnéale nulle
- 2) Sphincter anatomiquement normal
- 3) Troubles urinaires associés

**Intérêt du bilan électrophysiologique +/- radiologique**

# INCONTINENCE ANALE (Expérience Personnelle)

500 MALADES A DOMICILE



**1/3 = symptômes**

- Cause Neurologique (AVC, démence, SEP, Queue de cheval, neuropathie...)
- Malformations (imperforation, spina, Agénésie sacrée).
- « Traumatique » (empalement, obstétrique, fistule, abcès, pénétration anale forcée, dilatation)
- Cause gastroentérologique (colite, rectite radique ou ischémique, Anastomose iléo-anale, etc...)



**2/3 = maladie  
(69 malades)**



- Intestin irritable = 25% (cholecystectomie)
- Fécaldomes rectaux = 10%
- Prolapsus extériorisé = 10%

Insuffisance musculaire = 55%

➔ 1/3 d'une population consultant pour incontinence

# **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale**

- Neuropathie pudendale
- Lésion sphinctérienne

# CONSTIPATION

Sensation de besoin normal  
Difficultés d'évacuation

Impression de  
persistance du besoin

Efforts de poussée +++

Descente périnéale

Prolapsus muqueuse  
rectale

Étirement des  
Tronc nerveux

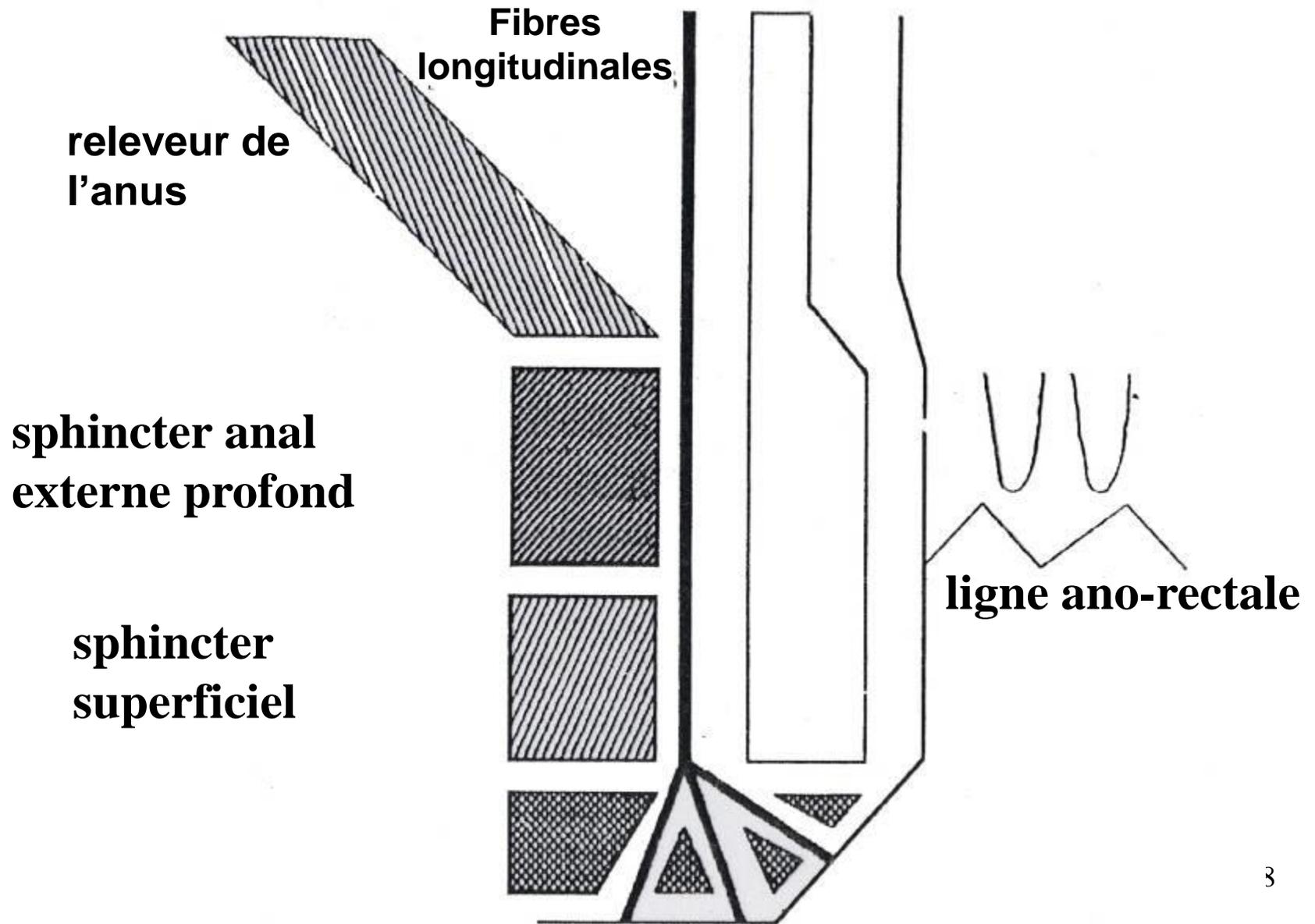
Lésions nerveuses

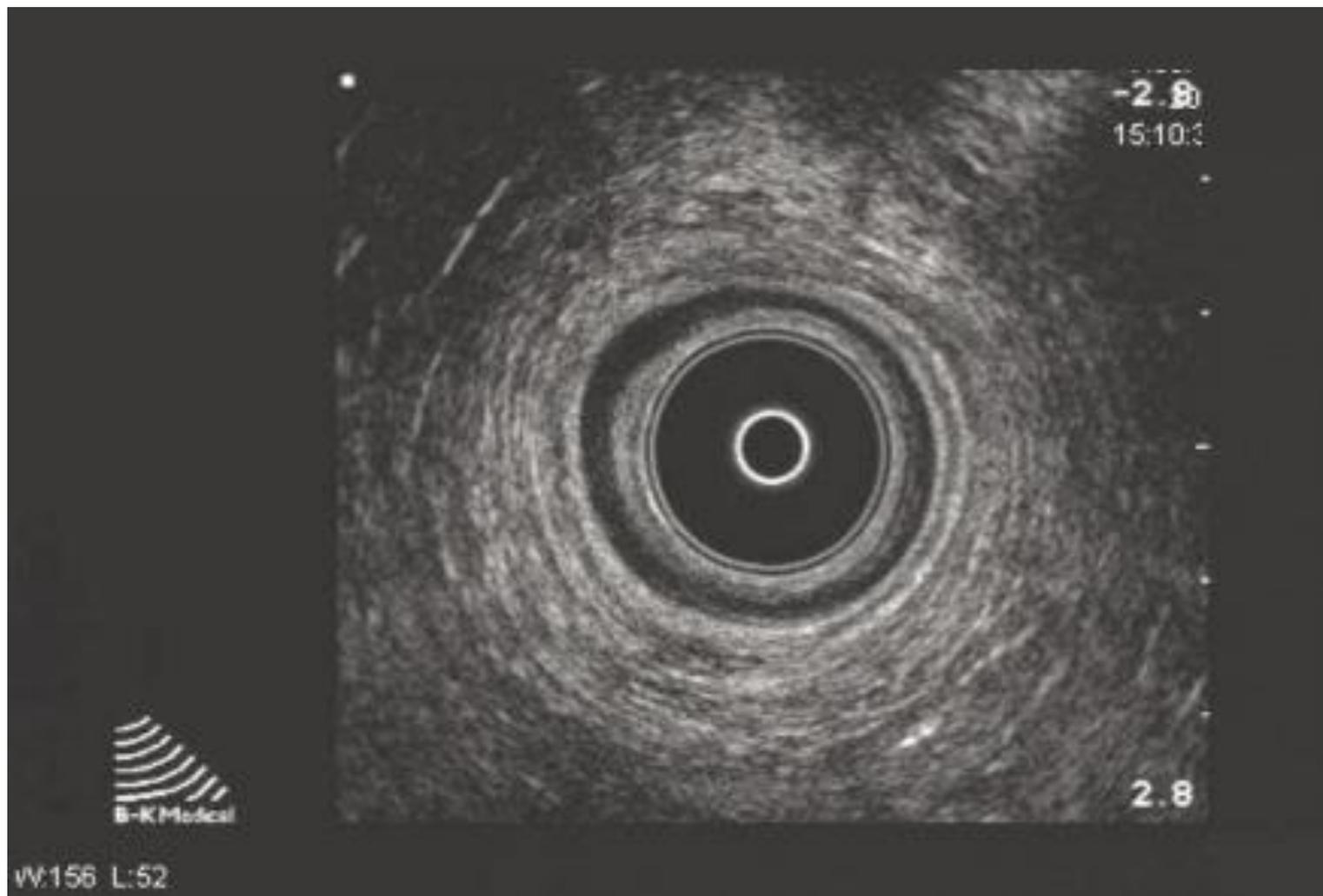
# INCONTINENCE

Atteinte musculaire

**Cercle vicieux expliquant la physiopathologie du prolapsus rectal et de l'incontinence anale à partir de difficultés d'exonération. (d'après Swash (10))**

# Coupe saggitale schématique du canal anal





# LESIONS SPHINCTERIENNES ET ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE

Sultan, N Engl. J. Med.; 1993

N= 127 patientes

PATIENTS	LESIONS		SPHINCTERIENNES	TOTAL
	SAInt.	SAExt.	SAInt. + SAExt	

**Primipares (n=79)**

**Avant  
accouchement**

0

0

0

0

**Après  
accouchement**

13 (16%)

5 (6%)

10 (13%)

28 (35%)

**Multipares (n=48)**

**Avant  
accouchement**

8 (17%)

2 (4%)

9 (19%)

19 (40%)

**Après  
accouchement**

7 (15%)

2 (4%)

12 (25%)

21 (44%)

# LESIONS SPHINCTERIENNES ET ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE

Sultan, N Engel. J. Med.; 1993

n=127 patientes interrogées 6 semaines après l'accouchement

Symptômes	Lésion sphinctérienne	Pas de lésion	p
Besoins impérieux (n=18)	18 (100%)	0	<0.001
Incontinence anale	10 (91%)	1 (9%)	<0.001

### **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale idiopathique**

**- Neuropathie pudendale**

**- Lésion sphinctérienne**

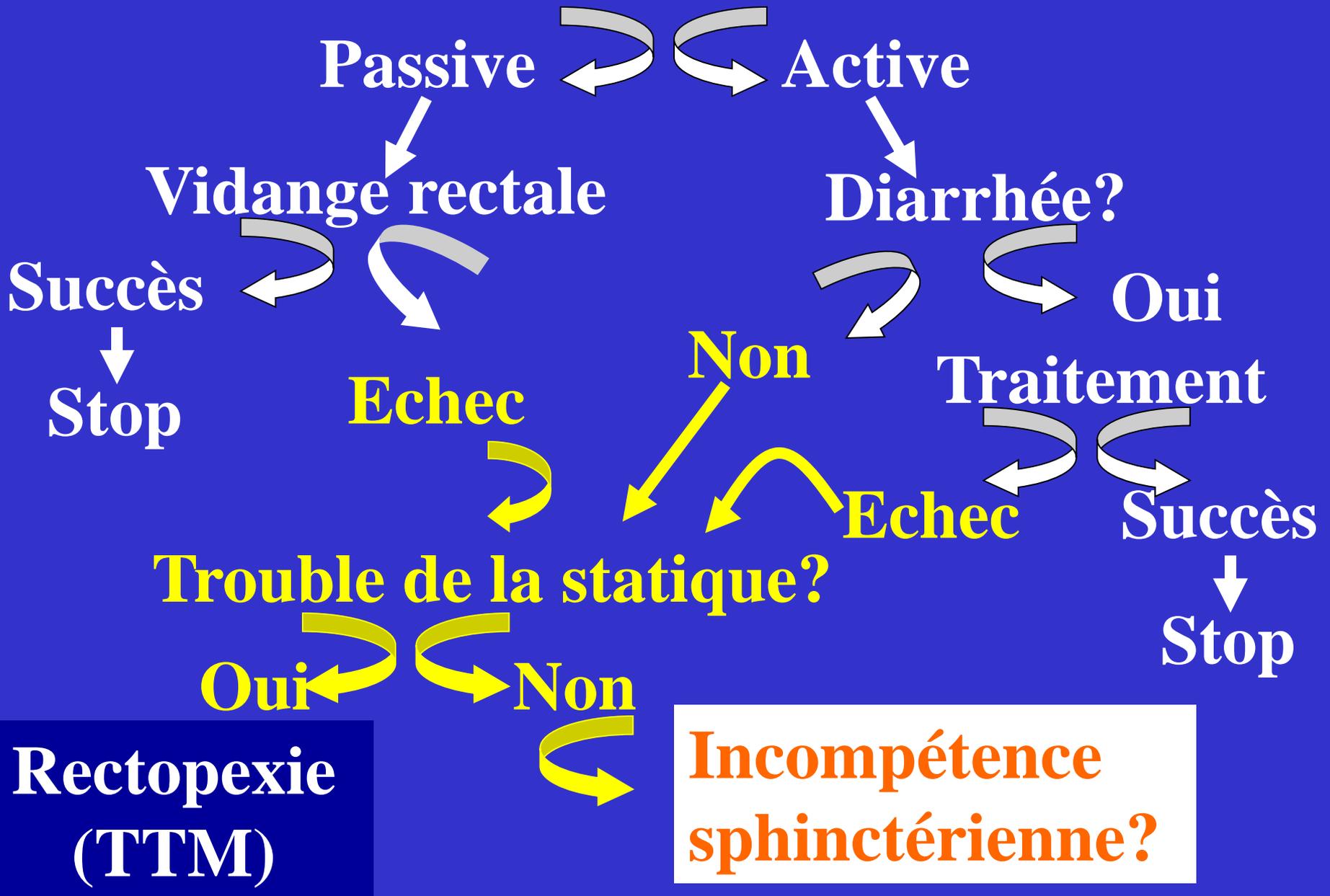
**D- Exploration IA**

# INCONTINENCE ANALE IDIOPATHIQUE



**Rectopexie  
(TTM)**

# INCONTINENCE ANALE IDIOPATHIQUE



Passive

Active

Vidange rectale

Diarrhée?

Succès

Oui

Stop

Echec

Non

Traitement

Echec

Succès

Trouble de la statique?

Stop

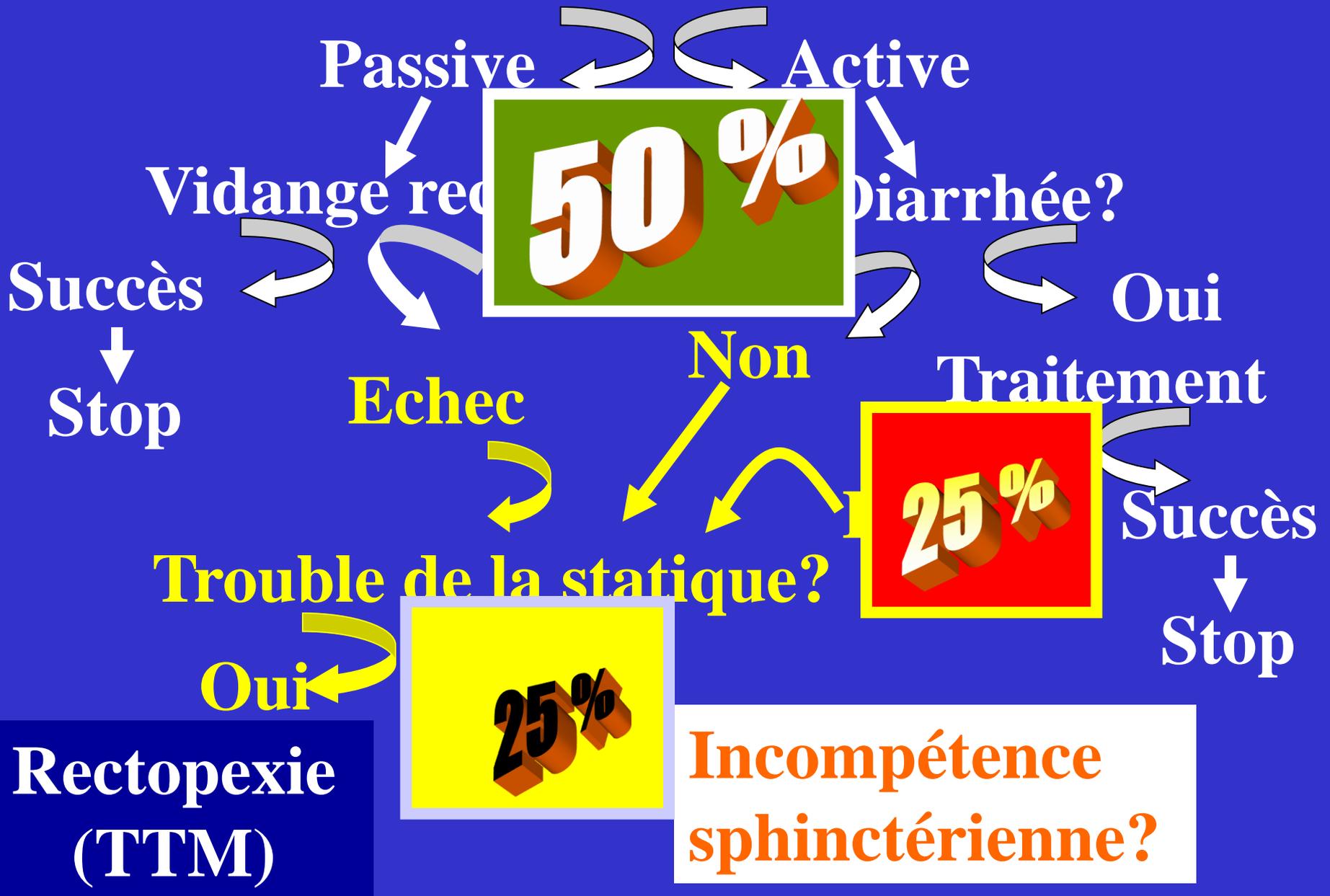
Oui

Non

**Rectopexie (TTM)**

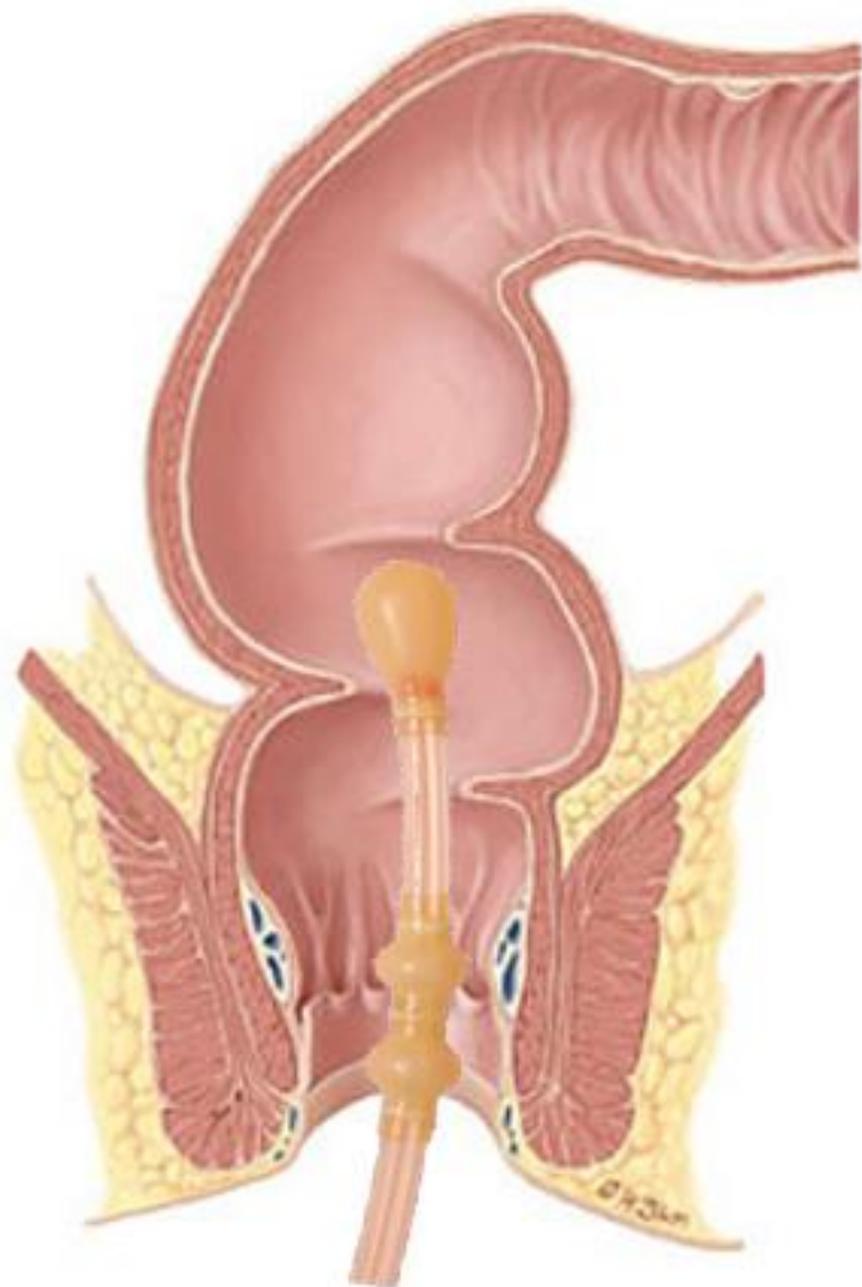
**Incompétence sphinctérienne?**

# INCONTINENCE ANALE IDIOPATHIQUE

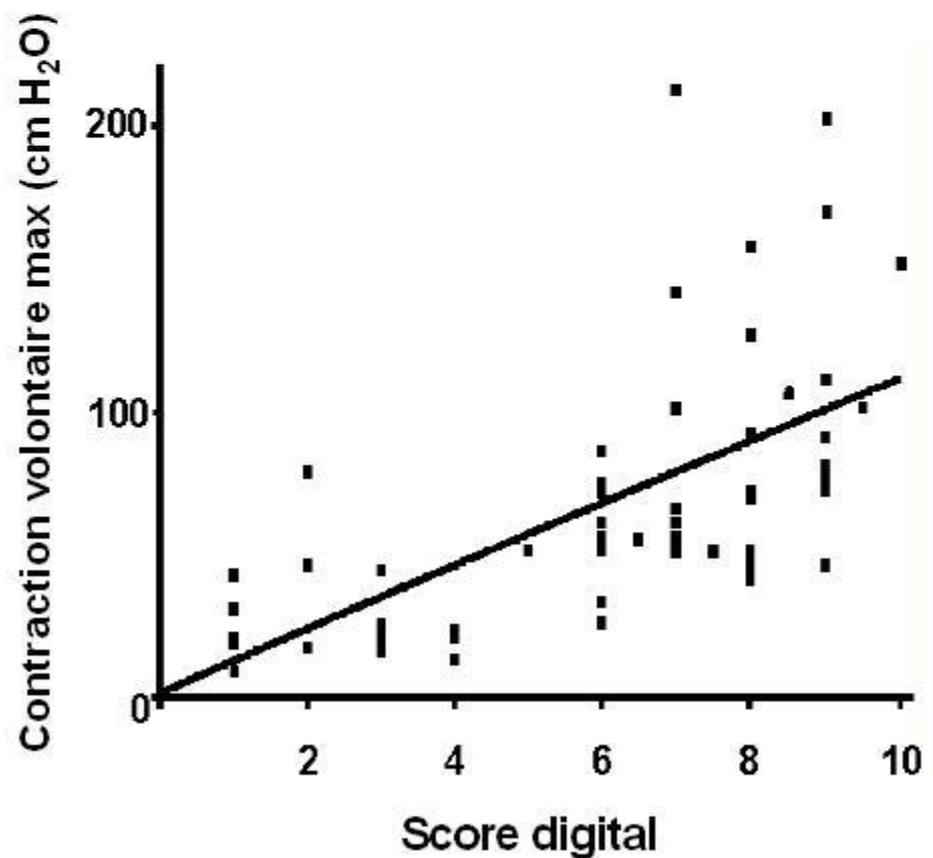
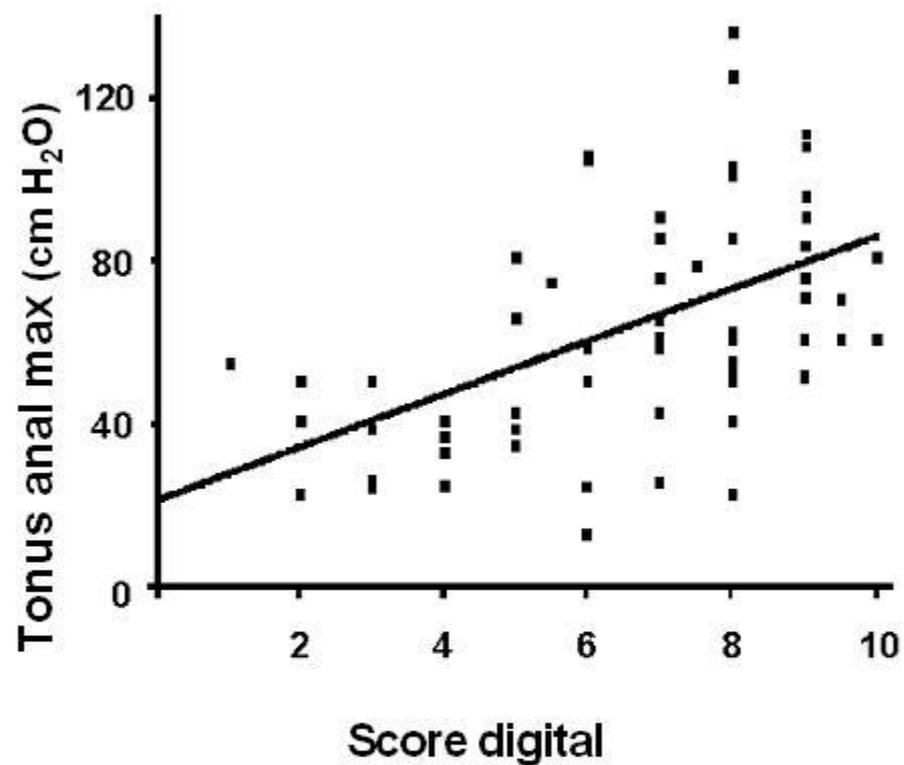


# INCONTINENCE ANALE

- Existe-t-il une incompétence sphinctérienne ?
  - Manométrie anorectale



Manométrie anorectale: évaluation de la compétence sphinctérienne  
(Hallan, Br. J. Surg.; 1989)



# INCONTINENCE ANALE

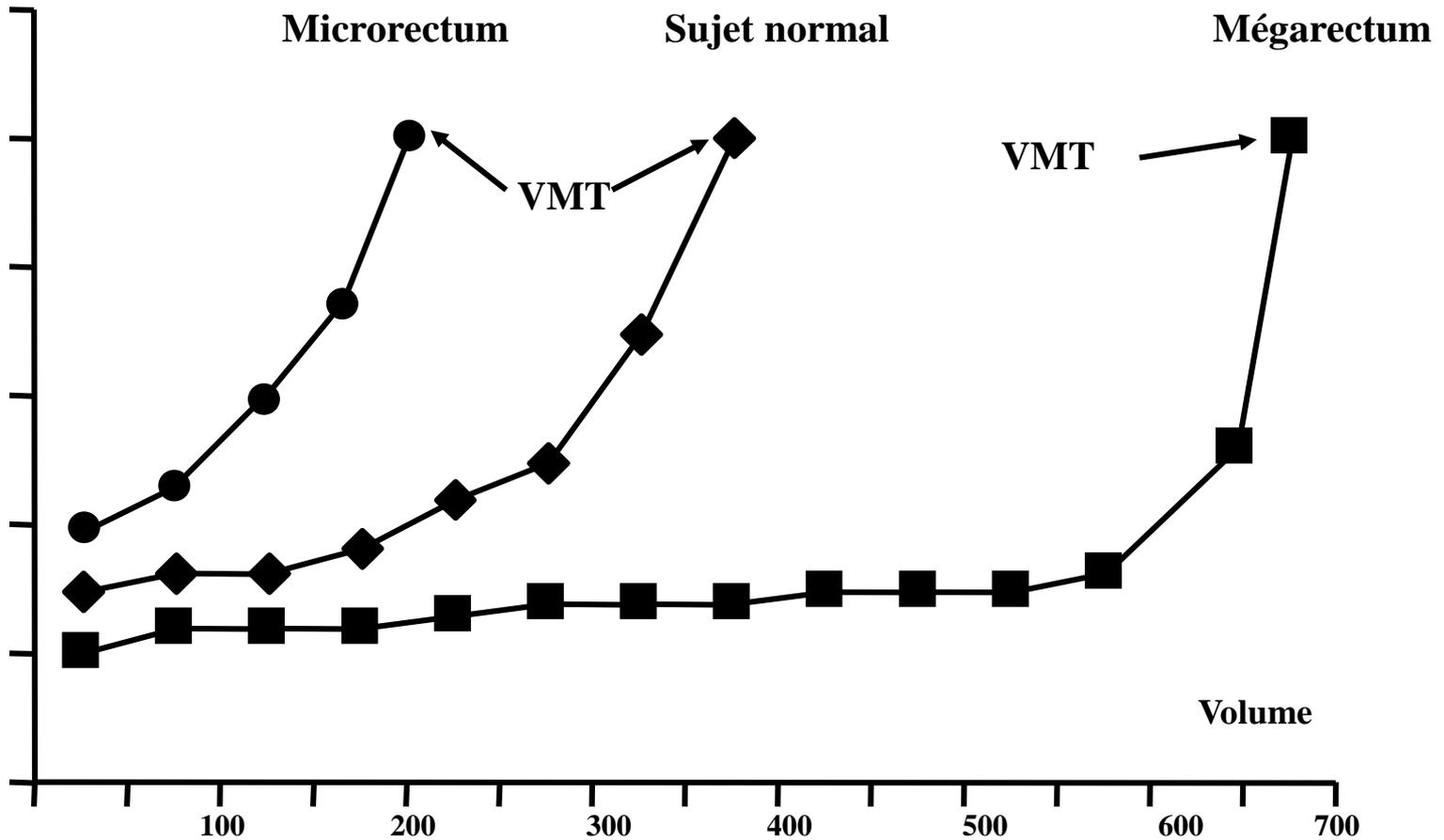
- Existe-t-il une incompétence sphinctérienne ?
  - Manométrie anorectale

# INCONTINENCE ANALE

- Existe-t-il une incompétence sphinctérienne ?
  - Manométrie anorectale
- Comment est le réservoir rectal ?
  - Manométrie anorectale

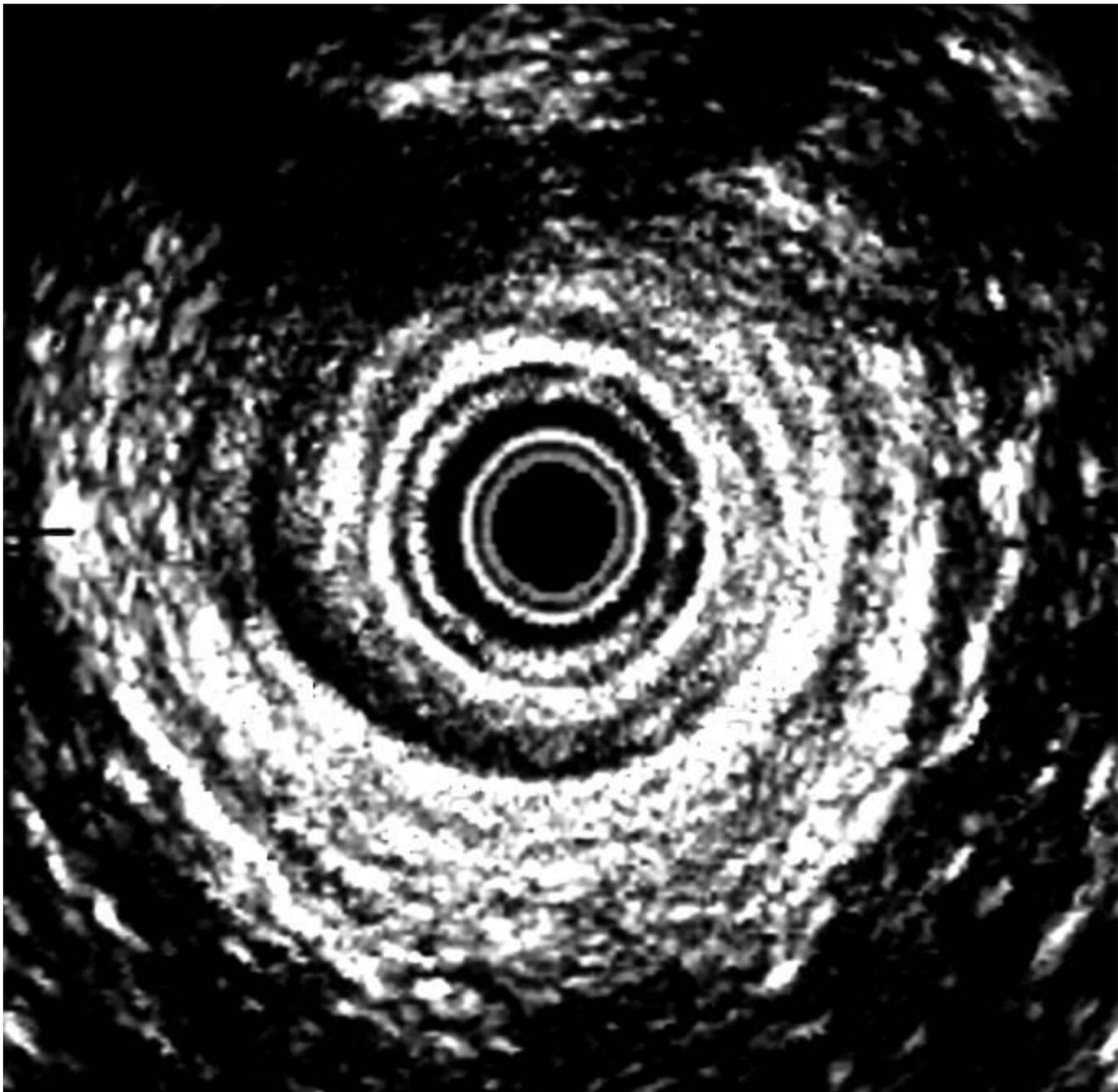
# Capacité et compliance rectale

Pression



# INCONTINENCE ANALE

- Existe-t-il une incompétence sphinctérienne?
  - Manométrie anorectale
- Comment est le réservoir rectal?
  - Manométrie anorectale
- Quelle est la cause de l'incompétence sphinctérienne ?
  - Cause anatomique ? : échographie



# LESIONS SPHINCTERIENNES : CORRELATION ENTRE L'ECHOGRAPHIE ENDOANALE ET LA CHIRURGIE

Deen, Ann. Surg., 1993

---

	Lésion	Normal	Sensibilité	Spécificité
<b>Sphincter anal externe</b>	<b>23/23</b>	<b>10/10</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Sphincter anal interne</b>	<b>21/20</b>	<b>10/10</b>	<b>100%</b>	<b>95.5%</b>

---

# COMPARAISON ECHO-ENDOSONOGRAPHIE ET IRM

Dobben, Radiology, 2007

## CHIRURGIE

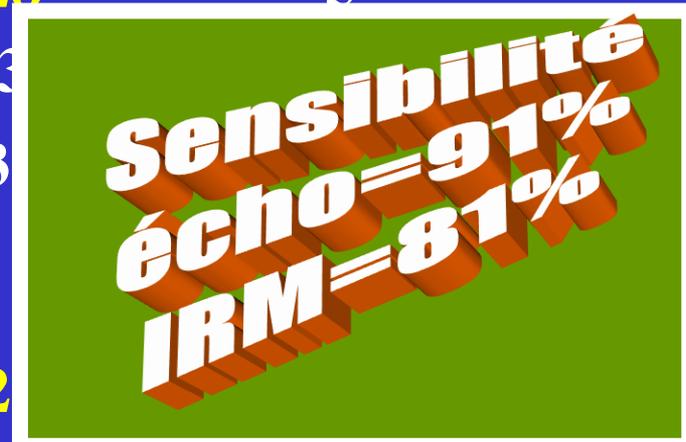
OUI          NON          TOTAL

### ECHOGRAPHIE

OUI	28	5	33
NON	3	3	6
TOTAL	31	8	39

### IRM ENDO-ANALE

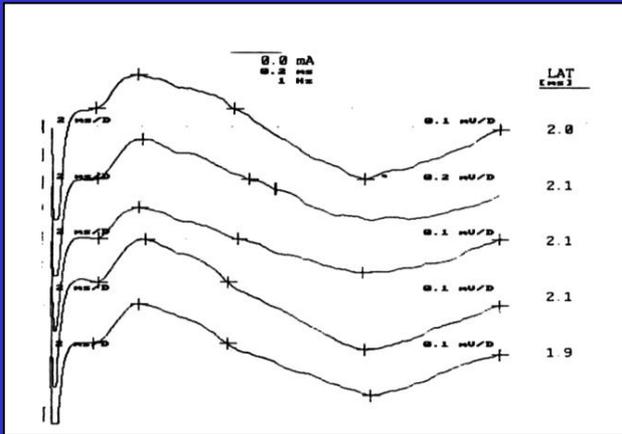
OUI	2	26	28
NON	6	2	8
TOTAL	8	28	36



# INCONTINENCE ANALE

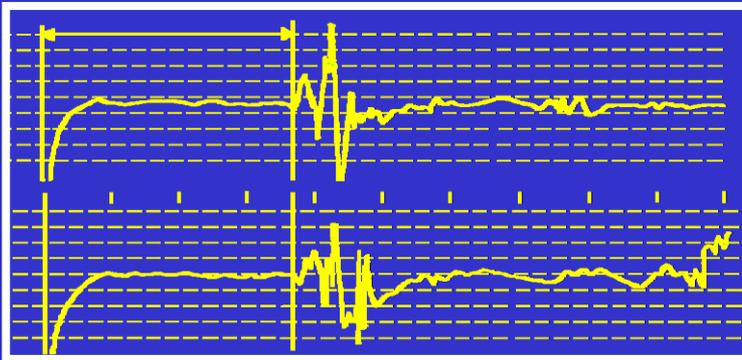
- Existe-t-il une incompétence sphinctérienne?
  - Manométrie anorectale
- Comment est le réservoir rectal?
  - Manométrie anorectale
- Quelle est la cause de l'incompétence sphinctérienne ?
  - Cause anatomique ? : échographie
  - Cause neurologique ? : électrophysiologie

# PNTML



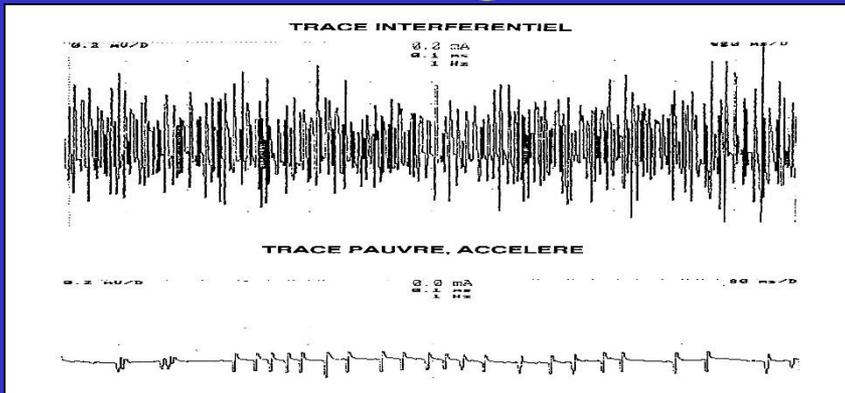
**DEPISTER CERTAINES NEUROPATHIES  
MAIS PAS TOUTES....  
A UTILISER EN ASSOCIATION (EMG)**

# REFLEXE BULBO-CAVERNEUX



**EXPLORATION DE ARC REFLEXE  
SACREE: ATTEINTE RADICULAIRE?  
PLEXIQUE ?**

# EMG



**INDISPENSABLE AU BILAN NEURO  
DE INCONTINENCE ANALE POUR  
DEPISTER ATTEINTE NEUROGENE**

# **Manométrie anorectale et électrophysiologie : autres indications**

## **1) Périnée candidat à l'incontinence:**

- Rectocèle / Procidence interne**
- Rétablissement de la continuité**
- Colectomie, hémorroïdectomie**

## **2) Gestion du périnée avant grossesse ultérieure**

### **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale idiopathique**

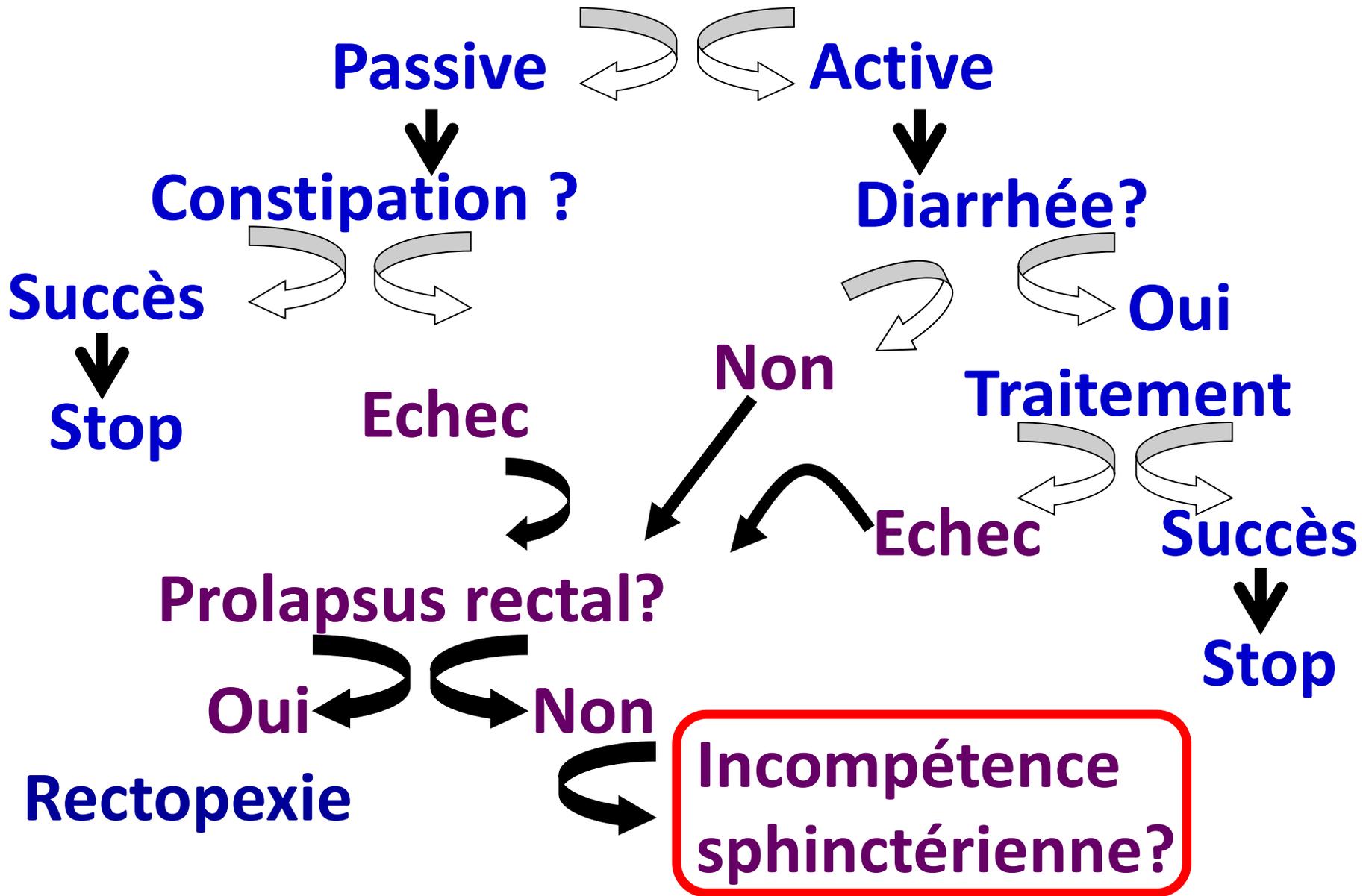
**- Neuropathie pudendale**

**- Lésion sphinctérienne**

**D- Exploration IA**

**E- Traitement IA**

# INCONTINENCE ANALE \*



(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

# IF avec incompétence sphinctérienne

Traitement médical = Echec  
Biofeedback = Echec

Lésion sphinctérienne?

0-90°

90-120°

>120°

Lésion neuro+

Lésion neuro 0

Technique de  
STIMULATION  
SACREE

Sphinctérorrgraphie

Sphincter anal  
artificiel

Echec

Echec

Echec

Malone, stomie..

# VARIABLES PRONOSTIQUES DE LA CHIRURGIE DE L'INCOMPETENCE SPHINCTERIENNE?

## SPHINCTERORRAPHIE

- ⑤ Rupture SAI
- ⑤ Neuropathie pudendale
- ⑤ Hypotonie anale majeure

# IF avec incompétence sphinctérienne

Traitement médical = Echec  
Biofeedback = Echec

Lésion sphinctérienne?

0-90°

90-120°

>120°

Lésion neuro+

Lésion neuro 0

Technique de  
STIMULATION  
SACREE

Sphinctérorraphie

Sphincter anal  
artificiel

Echec

Echec

Echec

Malone, stomie..

### **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale idiopathique**

**- Neuropathie pudendale**

**- Lésion sphinctérienne**

**D- Exploration IA**

**E- Traitement IA**

### **IV- CONSTIPATION**

**A- Prévalence**

# Etude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française

Frexinos J, Denis P, Allemand H, Allouche S, Los F, Bonnelye G.

Enquête SOFRES sur un échantillon de 6000 sujets âgés de plus de 15 ans et représentatifs de la population française.

**PREVALENCE GLOBALE: 70 % dont 9 % en faveur d'une pathologie présumée organique et 61 % indiquant un symptôme fonctionnel digestif.**

**27 % des SFD avaient consulté au cours des derniers mois.**

Parmi les sujets déclarant souffrir de SFD,

- Constipation = 35 %
- Evacuation incomplète des selles = 19 %

IBS	↔	CVD
Fécalome	↔	CVD
Fécalome	↔	Infections urinaires

### **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale idiopathique**

**- Neuropathie pudendale**

**- Lésion sphinctérienne**

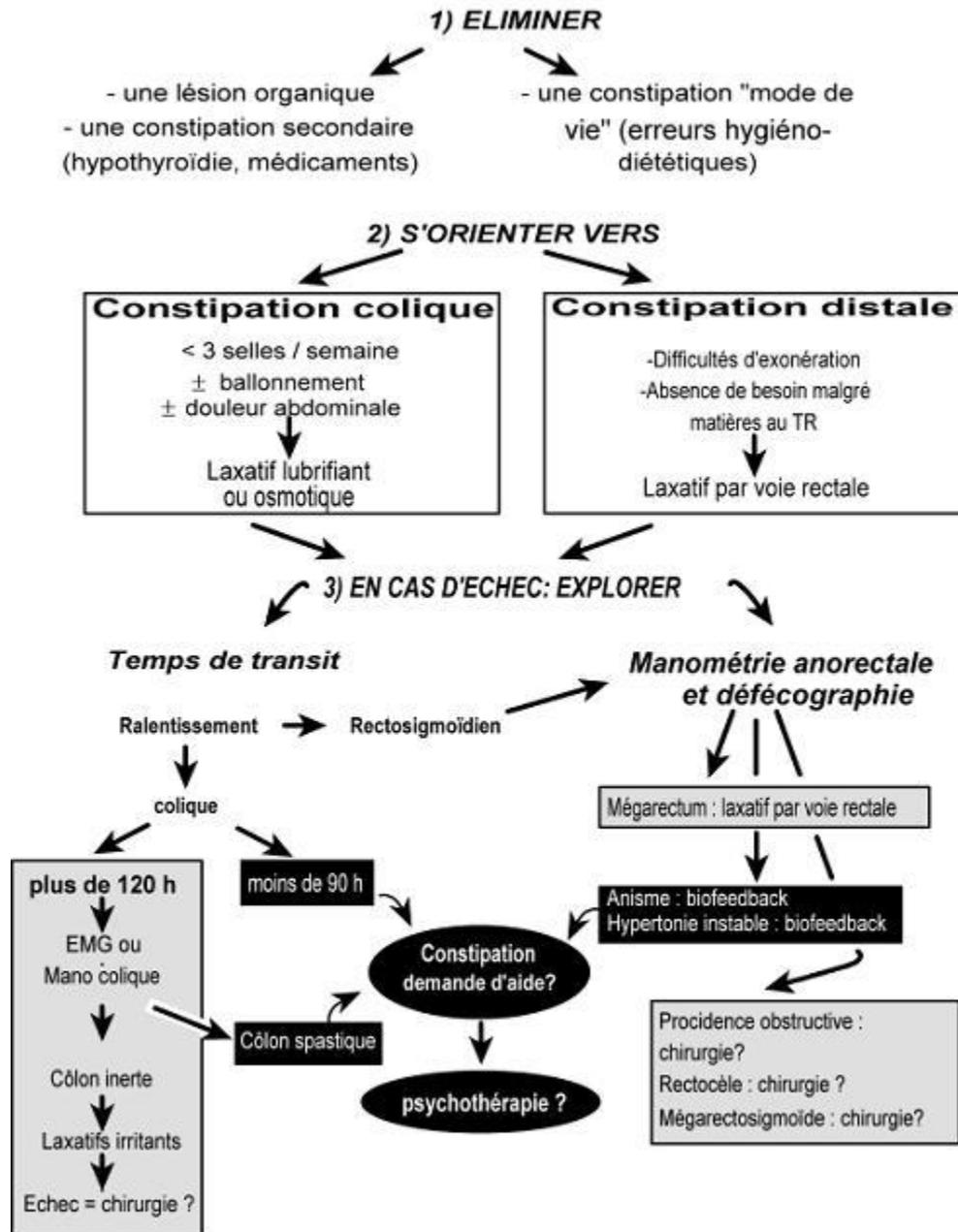
**D- Exploration IA**

### **IV- CONSTIPATION**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies – Conduite à tenir**

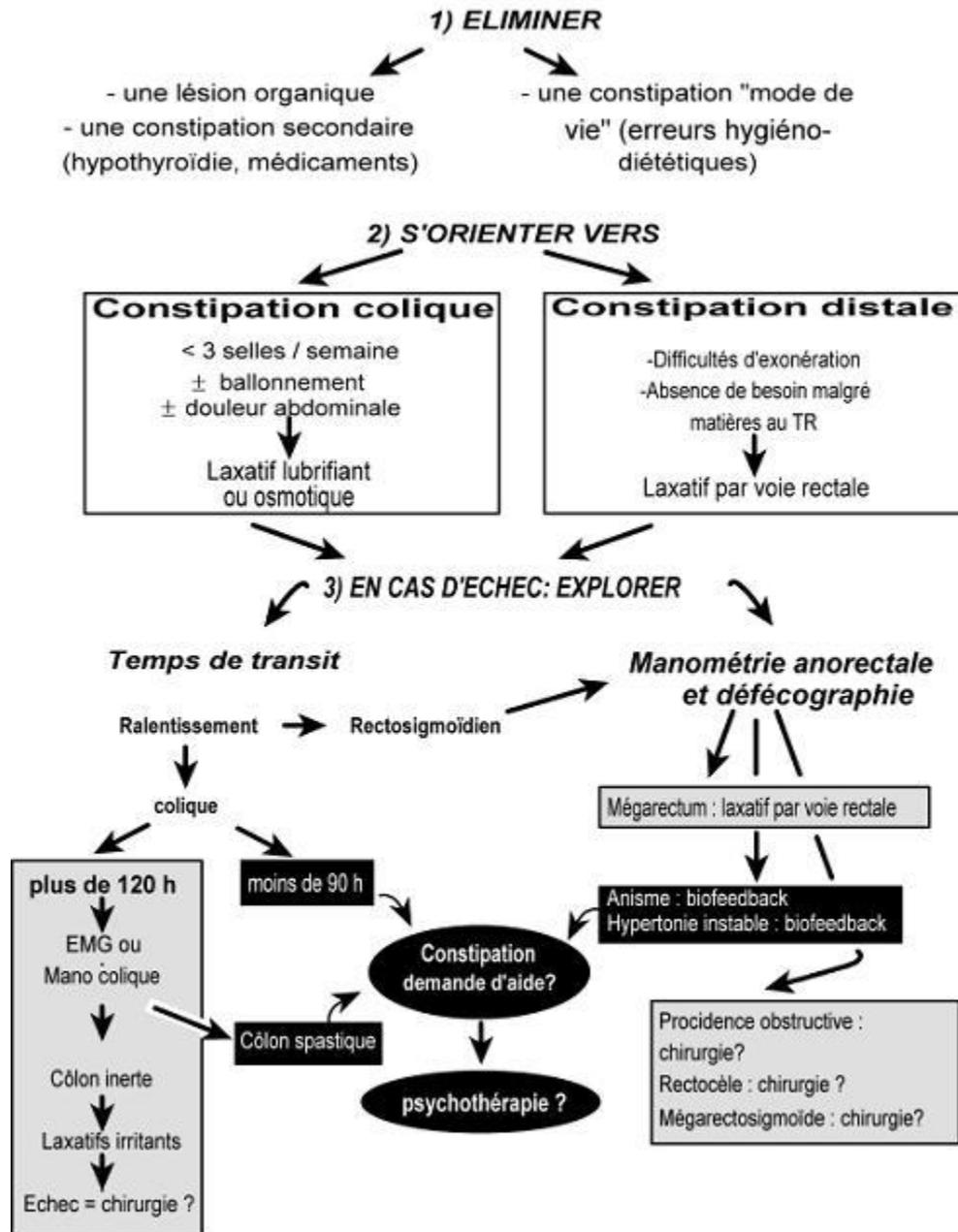
# CONSTIPATION





A.S.P DROIT

# CONSTIPATION



### **III- INCONTINENCE ANALE**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies**

**C- Incontinence anale idiopathique**

**- Neuropathie pudendale**

**- Lésion sphinctérienne**

**D- Exploration IA**

### **IV- CONSTIPATION**

**A- Prévalence**

**B- Etiologies – Conduite à tenir**

**C- Constipation terminale**

**- Troubles de la statique pelvienne**

**- Troubles fonctionnels**

# DYSCHEISIE ANORECTALE

= CONSTIPATION DISTALE

## ◆ INTERROGATOIRE

- Difficulté d'évacuation des matières ± persistance du besoin exonérateur
- Manœuvres digitales
- Suintement anal
- Inefficacité des laxatifs et règles hygiéno-diététiques

## ◆ EXAMEN CLINIQUE

- Présence de matières au TR
- Examen au cours de l'effort de poussée exonératrice

## ◆ EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- TTM

# DYSCHESIE ANORECTALE

## TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENE Rectocèle – Procidence - Elytrocèle

### ◆ INTERROGATOIRE

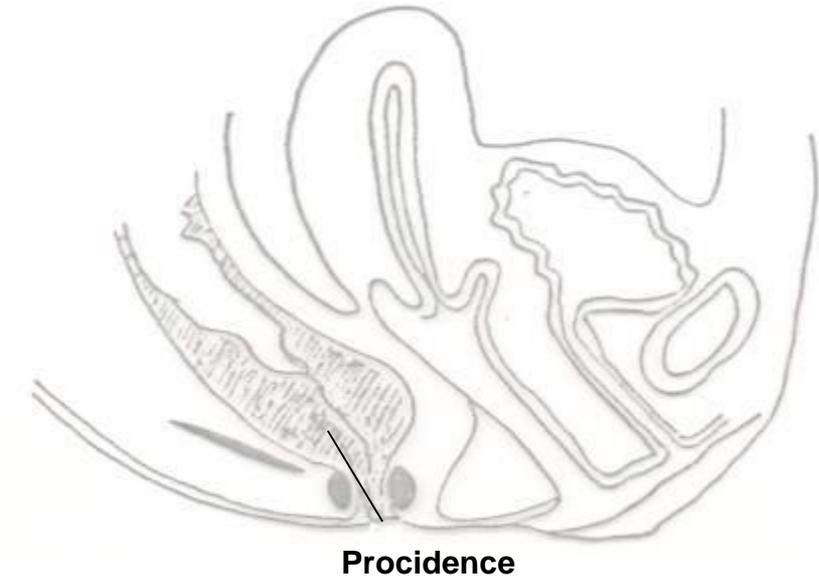
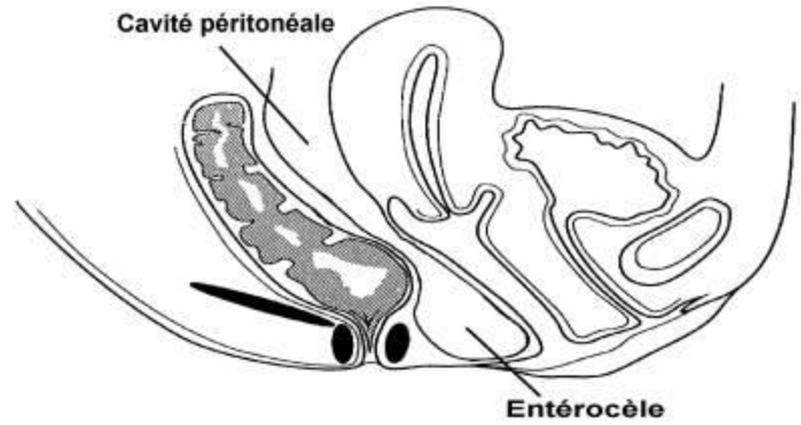
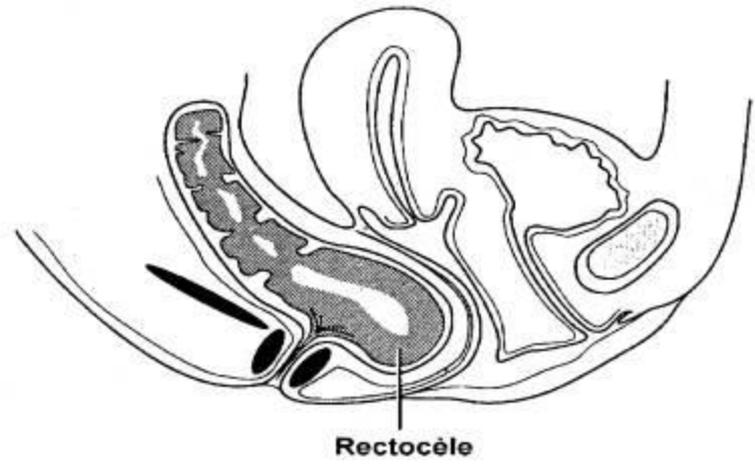
- Difficulté d'évacuation des matières y compris pour les gaz (rectocèle)
- Manœuvres digitales endovaginales (rectocèle)
- Douleurs périnéales à type de pesanteur (élytrocèle)
- Dyspareunie

### ◆ EXAMEN CLINIQUE

- Déroulement de la cloison recto-vaginale à la poussée (rectocèle)
- Extériorisation d'un prolapsus
- Toucher bi-digital (élytrocèle)

### ◆ EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Défécographie avec opacification des anses grêles
- IRM



# DYSCHESIE ANORECTALE

## TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENE Rectocèle – Procidence - Elytrocèle

### ◆ INTERROGATOIRE

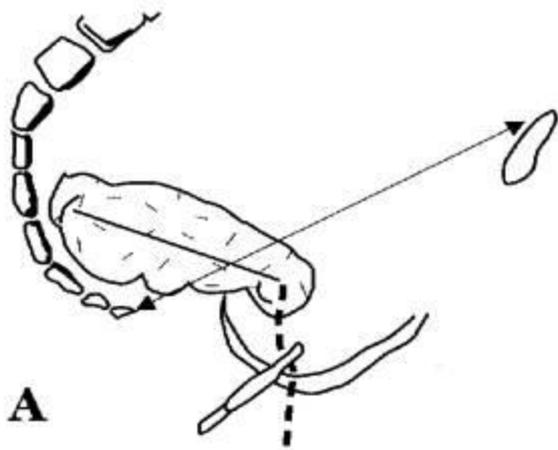
- Difficulté d'évacuation des matières y compris pour les gaz (rectocèle)
- Manœuvres digitales endovaginales (rectocèle)
- Douleurs périnéales à type de pesanteur (élytrocèle)
- Dyspareunie

### ◆ EXAMEN CLINIQUE

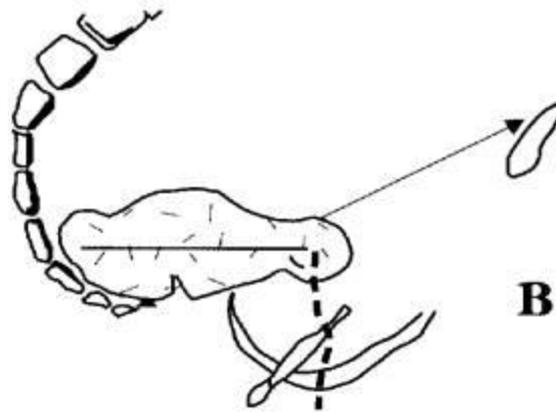
- Déroulement de la cloison recto-vaginale à la poussée (rectocèle)
- Extériorisation d'un prolapsus
- Toucher bi-digital (élytrocèle)

### ◆ EXAMEN COMPLEMENTAIRE

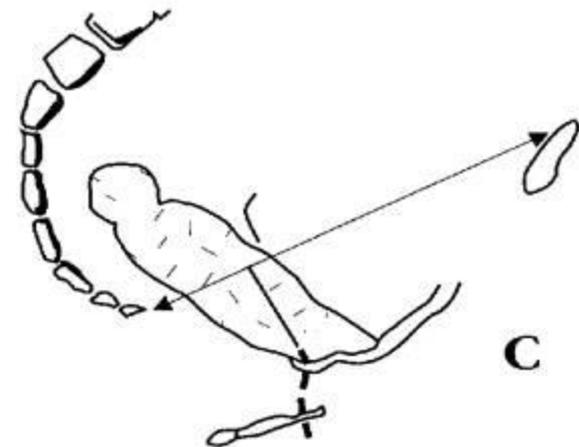
- Défécographie avec opacification des anses grêles
- IRM



**A**



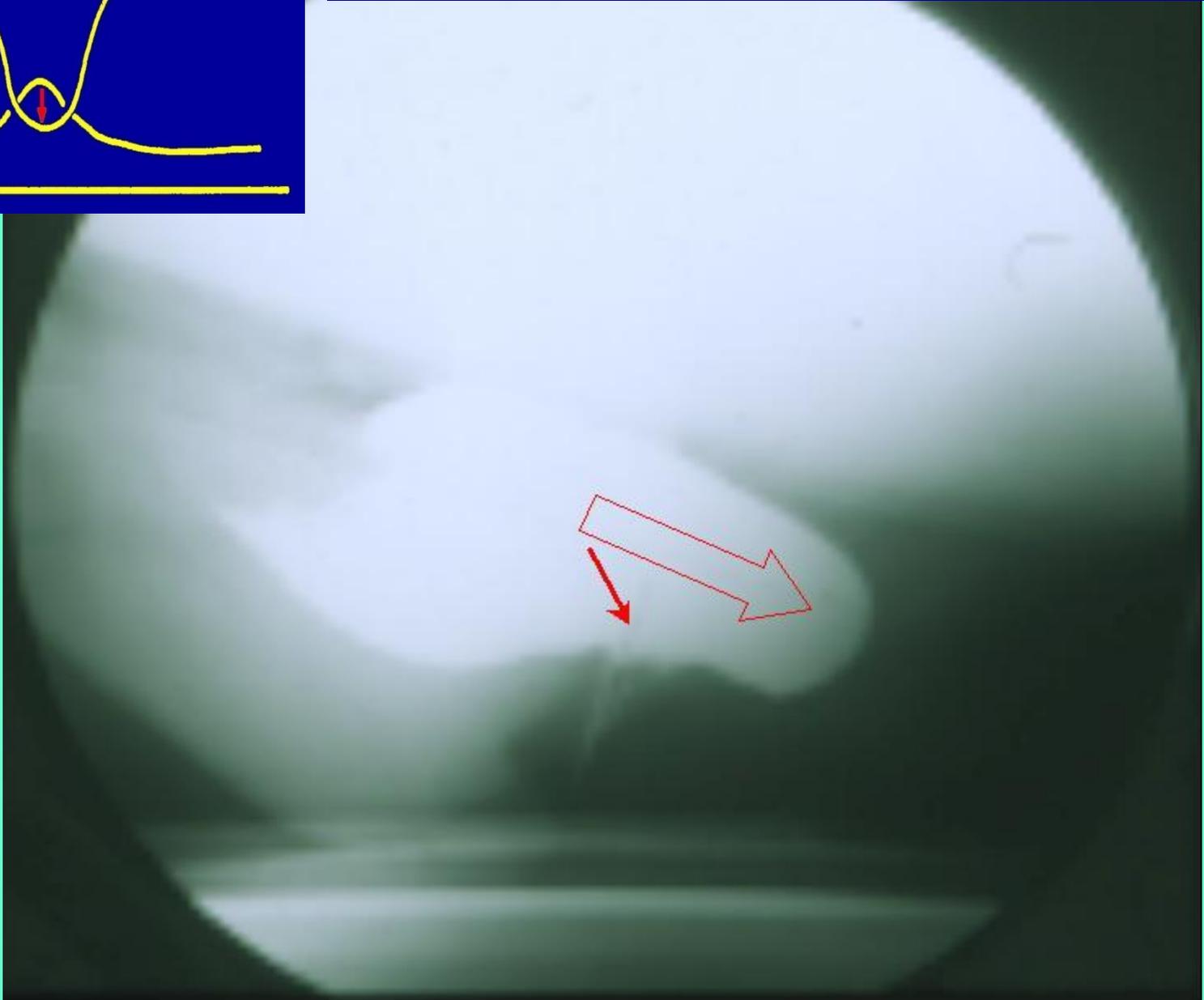
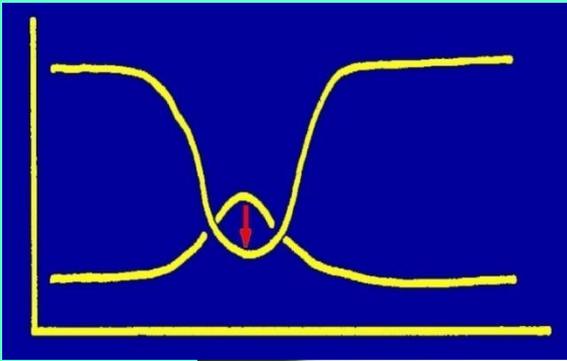
**B**



**C**

**C: lors d'un effort de poussée, chez une femme ayant une descente périnéale le centre de la bille s'éloigne de 7 cm en dessous de la ligne périnéale, l'angle ano-rectal s'ouvre largement et l'on peut visualiser une rectocèle antérieure**

# CAUSE RECTALE : POUSSEE INEFFICACE



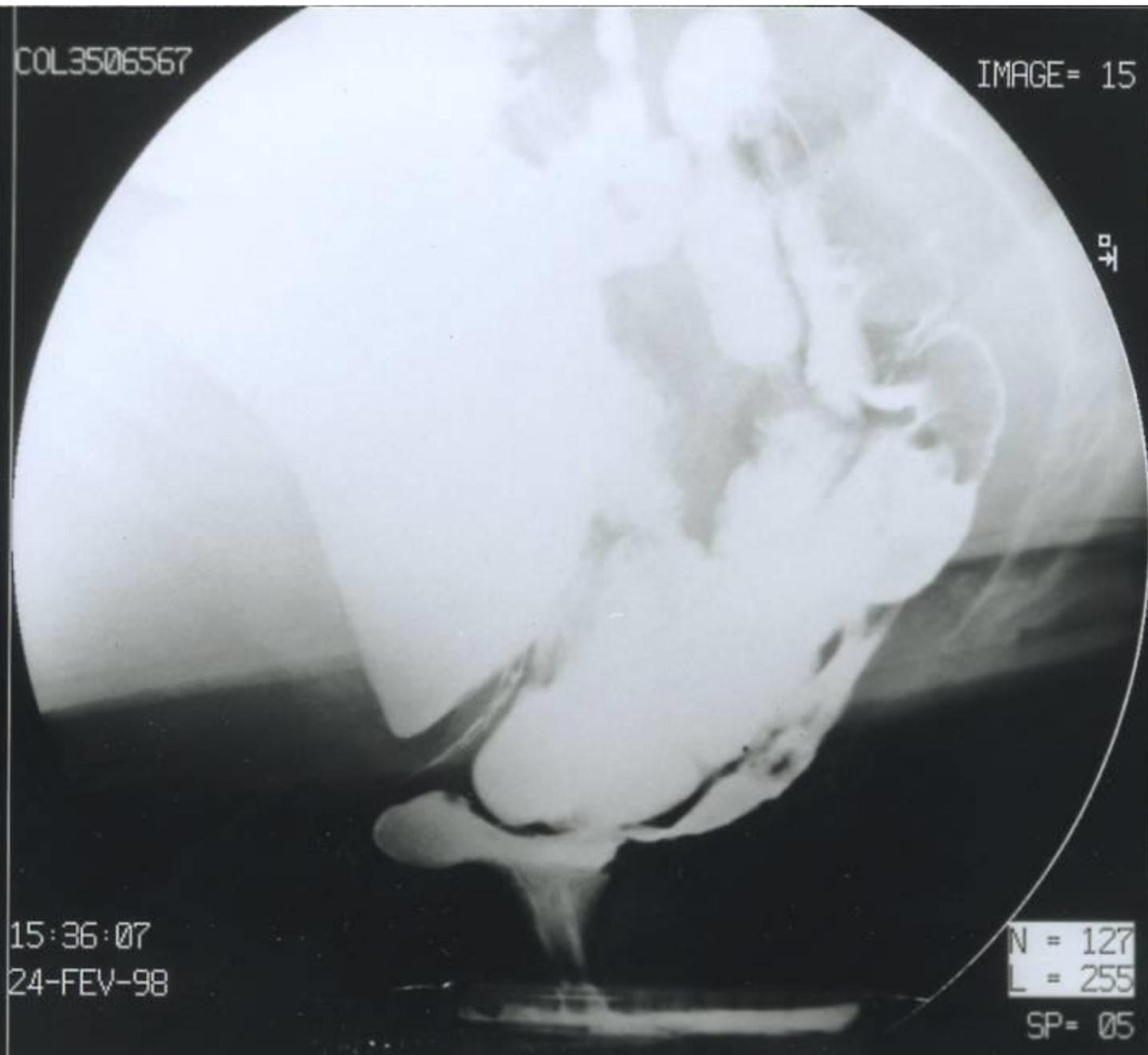
COL3506567

IMAGE= 15

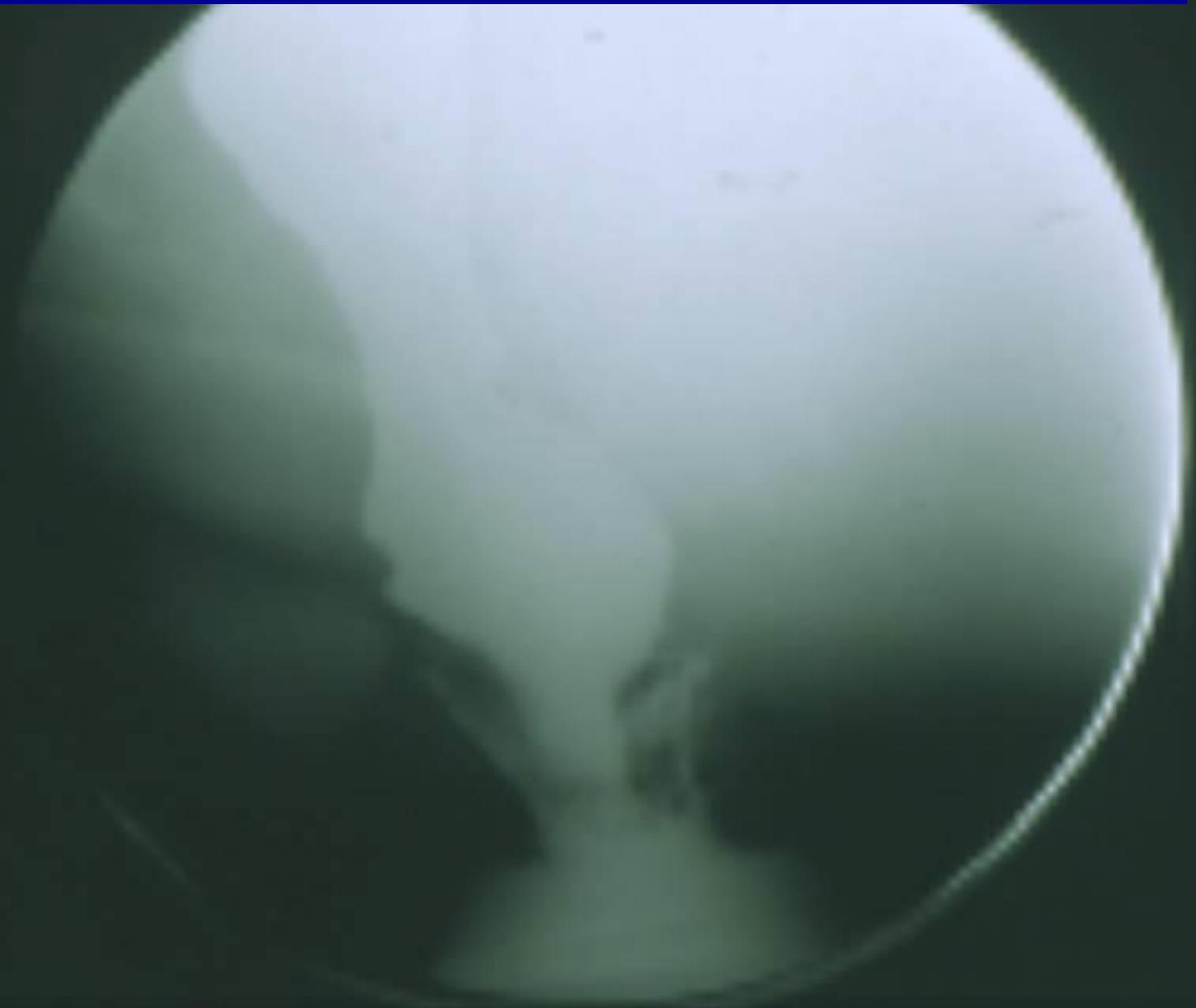
PT

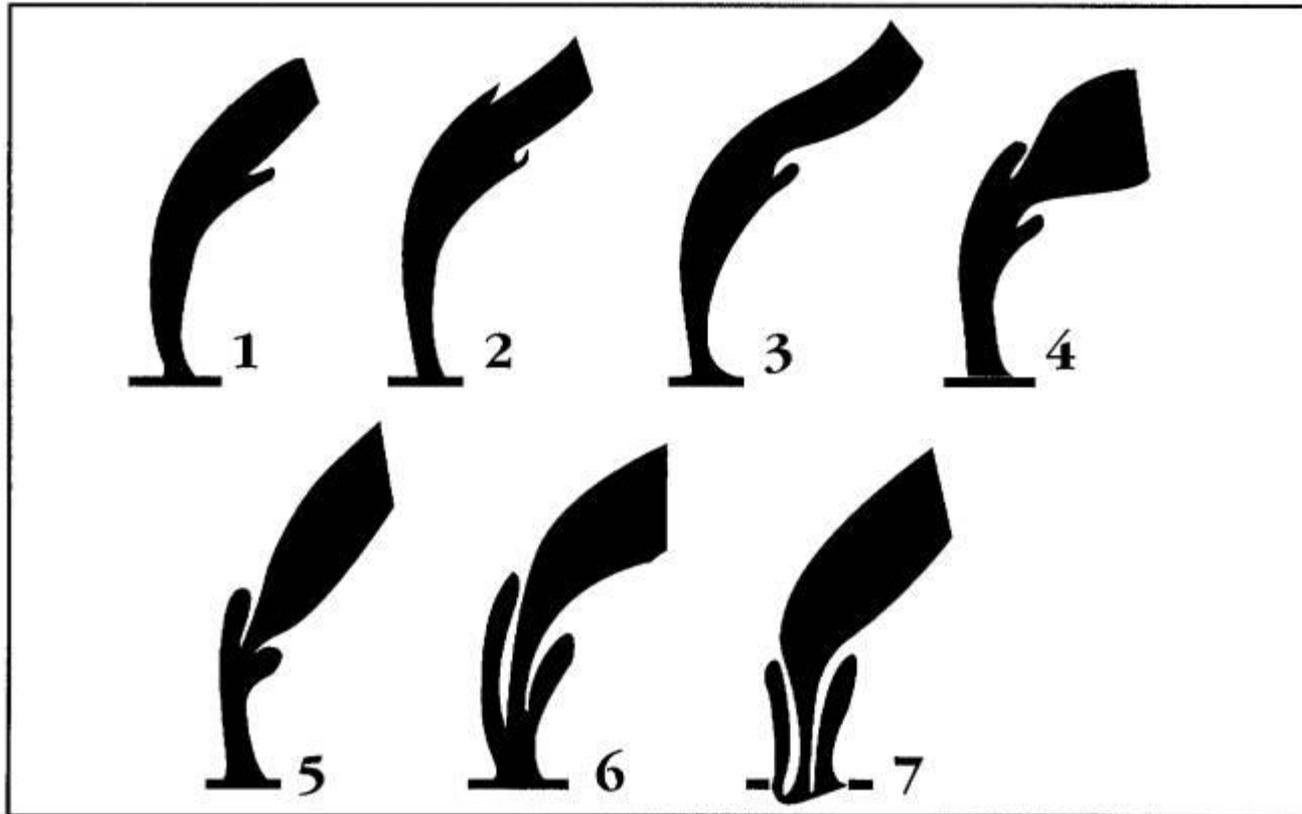
15:36:07  
24-FEV-98

N = 127  
L = 255  
SP = 05



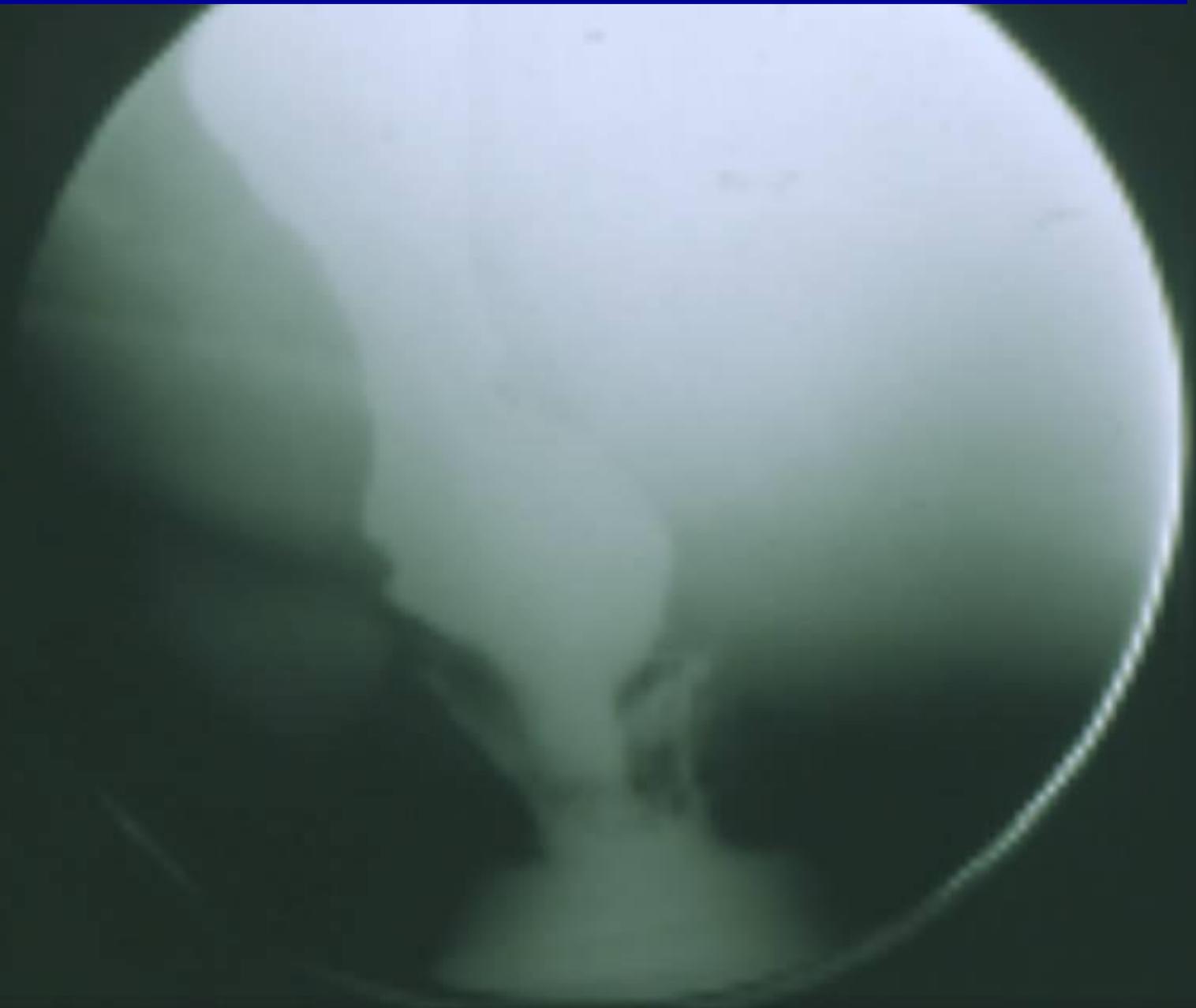
# CAUSE RECTALE : POUSSEE INEFFICACE





**Figure 5 :** représentation schématique de différentes sortes de prolapsus muqueux et intussusceptions recto-anales pouvant être visualisées chez des sujets asymptomatiques. L'importance du prolapsus varie de 1 à 7 (7 représentant une extériorisation du prolapsus en principe non existant chez les sujets asymptomatiques) (d'après Shorvon (32)).

# CAUSE RECTALE : POUSSEE INEFFICACE



**Rectocèle**

**Se méfier de l'incontinence anale  
Post-opératoire**

**Procidence  
rectale**

**En dehors des rectopexies  
Se méfier de incontinence anale  
Post-opératoire**

**Rectopexie**

**Se méfier de la constipation  
Post-opératoire**

# DYSCHEISIE ANORECTALE

## DYSFONCTIONNEMENT ANORECTAL Anisme- Hypertonie anale instable

### ◆ INTERROGATOIRE

- Nécessité d'une « petite toilette » (anisme)
- Douleurs abdominale

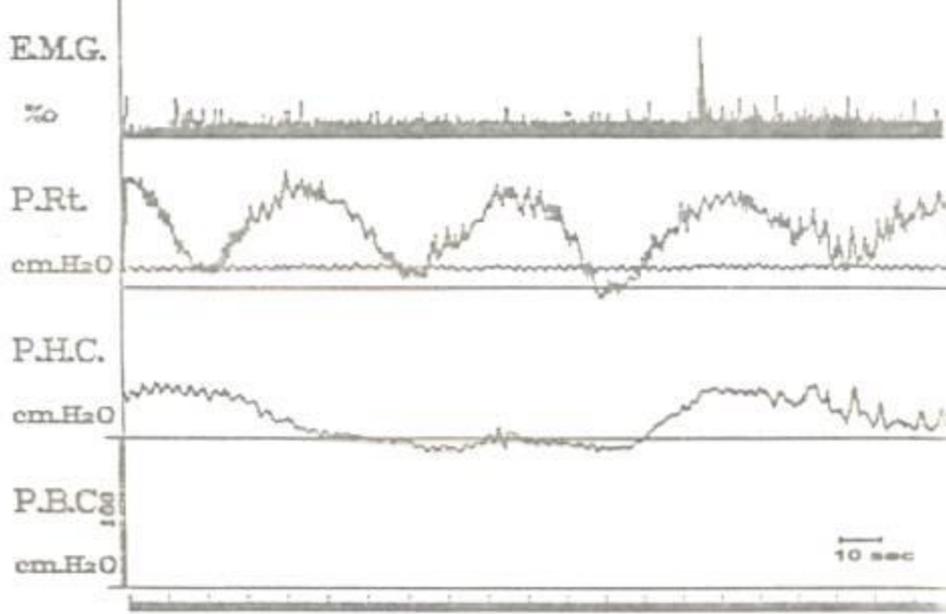
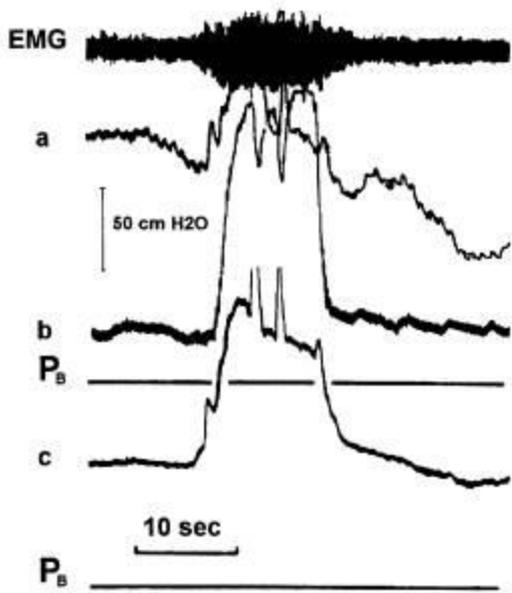
### ◆ EXAMEN CLINIQUE

- Inversion de la commande (anisme)
- Absence d'anomalie anatomique

### ◆ EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Manométrie anorectale

Anisme



**Hypertonic  
anale instable**

# DYSCHESIE ANORECTALE

## Mégarectum

### ◆ INTERROGATOIRE

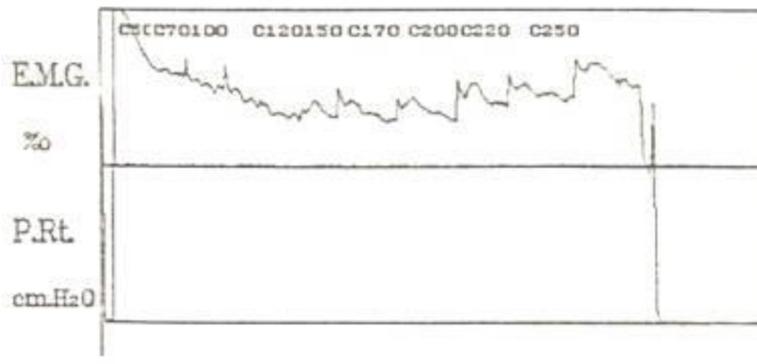
- Absence de besoin exonérateur malgré rectum plein

### ◆ EXAMEN CLINIQUE

- Rectum plein

### ◆ EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Manométrie anorectale (VMT)



Lavement baryté à la recherche d'un mégarectosigmoïde ou mégarectum associé à un mégacolon