

## Un « coup de main » pour exonérer : une histoire clinique bien banale

CAS  
CLINIQUE

Laurent SIPROUDHIS

Clinique des Maladies de l'Appareil Digestif, Hôpital Pontchaillou, 35033 Rennes, Cedex.

Les troubles fonctionnels en proctologie sont, entre autres, caractérisés par leur richesse et leur polymorphisme symptomatiques. L'interprétation pathogénique des plaintes rapportées par les malades est parfois difficile (quelle anomalie clinique ou paraclinique est responsable de la dyschésie ?) et la démarche thérapeutique qui en découle doit également appuyer ses choix sur les symptômes (algies pelviennes, incontinence fécale) ou les anomalies fonctionnelles associées même s'ils ne dominent pas le tableau clinique initial.

### Observation

Madame V. a 64 ans et souffre depuis plus de six ans de troubles de la défécation. Elle décrit bien son absence de constipation au sens où son médecin traitant l'entend (une selle par jour de consistance normale) mais elle a le sentiment que sa défécation est incomplète. Elle est obligée d'effectuer un appui digital périnéal et endovaginal pour compléter son évacuation. Elle ne connaît pas de facteur déclenchant au début de ce problème. Elle a parfois des pertes de matières dans ses sous-vêtements : il s'agit d'épisodes non quotidiens (mais au moins mensuels) qu'elle ne ressent qu'une fois qu'ils se sont produits (incontinence passive). Ces pertes sont de petits volumes, ils surviennent exclusivement après la défécation et contrastent avec une continence aux gaz à peu près bien conservée. Ce sont les symptômes liés à la dyschésie qui dominent la présentation : c'est bien pour cette raison qu'elle consulte. Cette expression symptomatique questionne le clinicien sur l'association morbide décrite (dyschésie et incontinence), la dissociation des symptômes d'incontinence (pour les selles plus que pour les gaz) et le délai important entre le début des troubles et cette première consultation.

La vie médicochirurgicale passée de madame V est pourtant on ne peut plus banale : un accouchement eutocique par voie basse, une hystérectomie pour fibromyomes utérins responsables d'une anémie par carence martiale (1985, ménopausée depuis cette date) et une hémorroïdectomie de type Milligan Morgan avec anoplastie muqueuse pour une maladie hémorroïdaire procidente et douloureuse (1986). Elle consomme quotidiennement 20 mg de Fluoxétine depuis que son mari l'a quitté (1996). Les données de l'examen clinique témoignent d'un périnée descendant prononcé associée à une colpocèle postérieure de grade III (figure 1) ; l'anوس est court (25 mm), hypotonique, mais la contraction volontaire est bien conservée. Il n'existe pas d'anisme clinique, pas de prolapsus rectal, et la cervicocystopose est modeste (garde II).

A ce stade, Madame V demande si les éléments de son histoire passée ont pu jouer un rôle promoteur dans la genèse des symptômes dont elle se plaint aujourd'hui (parité, hystérectomie, hémorroïdectomie) et si les données recueillies lors de l'examen clinique suffisent à affirmer le diagnostic (colpocèle postérieure) et à préciser les orientations thérapeutiques (chirurgie).

Le clinicien interrogé use d'arguments de prudence pour proposer la réalisation d'une endosonographie anale (défauts sphinctériens) (figure 2) et une défécographie avec opacification vaginale et iléale (figure 3). Madame V. consulte de nouveau au terme des examens qui ont été prescrits afin que des explications plus complètes puissent lui être apportées.

Le clinicien est de ce fait confronté à répondre à trois questions : les examens ont-ils apporté des arguments diagnostiques supplémentaires ? Les examens sont-ils en mesure de



Fig. 1 – Aspect clinique du périnée postérieur de madame V, 64 ans, lors d'un effort de poussée abdominale.

64-year-old woman. Clinical aspects of the posterior perineum during abdominal strain.

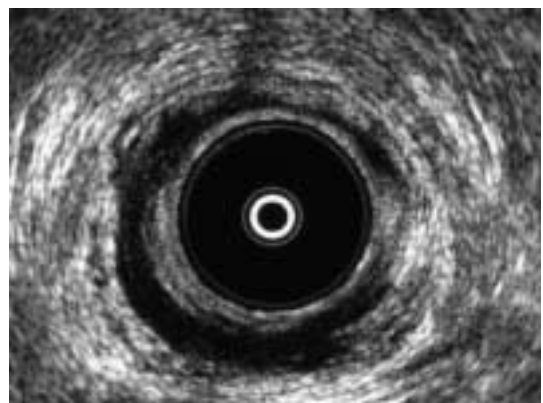


Fig. 2 – Cliché d'endosonographie anale de madame V, 64 ans, (appareil de Bruel Kjaer, Sonde 6005 10 MHz).

64-year-old woman. Anal endosonography (Bruel Kjaer, 6005 10 MHz).



**Fig. 3** – Cliché de défécographie de madame V, 64 ans, après réplétion des principales filières pelviennes : avant, pendant et en fin de défécation (de haut en bas).

*64-year-old-woman. Defecography after filling the principal pelvic cavities; before, after and during defecation (from top to bottom).*

modifier la prise en charge thérapeutique ? Les examens sont-ils en mesure de fournir des éléments d'ordre pronostique ?

### Question 1

Parmi les assertions suivantes concernant l'incontinence fécale, quelles sont celles qui sont fausses ?

1. Plus de la moitié des femmes qui souffrent d'une incontinence fécale n'en ont jamais parlé à leur médecin traitant ;
2. les personnes qui consultent pour incontinence fécale le font habituellement dans les deux ans qui suivent l'apparition des symptômes ;
3. L'incontinence anale est un symptôme souvent rapporté mais les accidents restent individuellement rares (moins d'une fois par mois) ;
4. L'incontinence anale est un symptôme souvent rapporté mais les accidents sont dans l'ensemble peu graves parce qu'ils ne concernent presque toujours que les gaz.

### Réponses : 2, 3, 4

Les symptômes d'incontinence fécale ne font pas spontanément l'objet d'une consultation [1-3]. Deux tiers des femmes incontinentes n'abordent pas ce problème de santé avec leur médecin traitant et trois quarts des femmes souffrant d'une incontinence après accouchement ne consultent pas [1, 4]. Les personnes qui souffrent d'incontinence fécale consultent en règle tardivement après le début des symptômes : plus de la moitié d'entre eux font cette démarche cinq ans au moins après le début des troubles [2]. Ce retard à la demande de prise en charge n'est

expliqué ni par la prévalence faible ni par la discrétion des symptômes. La prévalence des symptômes d'incontinence fécale varie entre 11 et 15,5 % des personnes actives interrogées [2, 5]. L'incontinence concerne des pertes de selles mensuelles chez 6 % des personnes interrogées [2, 5].

### Question 2

Chez madame V, quels sont les éléments de son histoire qui ont pu favoriser l'apparition de l'incontinence fécale ?

1. L'hystérectomie
2. L'accouchement par voie basse
3. L'hémorroïdectomie
4. L'âge
5. Le sexe féminin

### Réponses : 2, 3

Le passé obstétrical est un facteur étiologique important à prendre en considération dans le bilan préthérapeutique de l'incontinence fécale. L'apparition d'une incontinence fécale après un premier accouchement par voie basse concerne 6 à 9 % des femmes. Les facteurs associés à la survenue d'une incontinence du post partum sont l'utilisation de forceps et la survenue d'une déchirure périnéale lors de la délivrance [6]. La prévalence des symptômes d'incontinence augmente avec l'âge [2, 5]. Par contre, les hommes sont curieusement pratiquement aussi fréquemment incontinents que les femmes sur les données des enquêtes de population [2, 5]. Un passé chirurgical proctologique peut exposer à la survenue d'incontinence fécale par des phénomènes de lésions sphinctériennes, de modifications anatomiques, de troubles de la sensibilité ou de compliance du canal anal. Ce constat est également observé chez les malades ayant subi une hémorroïdectomie pédiculaire de type Milligan Morgan. En conclusion, les facteurs à prendre en compte dans le bilan étiologique d'une incontinence fécale sont nombreux et non exclusivement liés au passé obstétrical.

### Question 3

L'examen clinique de madame V suffit-il (identifier les assertions vraies) ?

1. A affirmer l'absence d'anisme
2. A l'évaluation des performances du canal anal
3. Au diagnostic de rectocèle
4. A attribuer la colpocèle postérieure à la rectocèle ?
5. A évaluer le retentissement fonctionnel de la rectocèle

### Réponses : 1,2

L'examen clinique évaluant les performances de repos du canal anal et la qualité de la réponse volontaire (contraction, poussée d'évacuation) offre une bonne analyse semi quantitative et qualitative quand il est comparé aux données de la manométrie anale (bonne concordance globale). L'examen clinique a notamment une excellente valeur prédictive négative [7]. Il permet également de faire le diagnostic de troubles de la statique pelvirectale et notamment celui de rectocèle. Par rapport aux données de la défécographie, il souffre cependant d'une valeur prédictive positive insuffisante et il ne permet pas d'évaluer le

retentissement fonctionnel de la rectocèle sur la qualité de l'évacuation rectale. Il est enfin insuffisant au diagnostic d'entéro-cèle qu'il méconnaît dans plus de la moitié des cas [8]. Ainsi, la présence d'une colprocèle postérieure clinique peut correspondre à une rectocèle, à l'association d'une rectocèle et d'une entéro-cèle ou à une entéro-cèle isolée. L'examen clinique ne permet pas toujours de le préciser aussi clairement que ne le ferait l'examen défécographique [9].

#### Question 4

Chez madame V (précisez les assertions vraies) :

1) Un bon examen clinique aurait du permettre l'identification de lésions sphinctériennes sans qu'il soit nécessaire d'effectuer une échographie ;

2) L'identification de lésions sphinctériennes en échographie doit conduire à proposer à madame V une myorraphie du sphincter anal interne ;

3) La rectocèle contribue probablement aux troubles de l'évacuation décrits par madame V ;

4) La rectocèle peut participer à la genèse des troubles de la continence décrits par madame V ;

5) Une cure chirurgicale par voie trans-anales de la rectocèle de madame V peut être envisagée sans arrière-pensée.

#### Réponses : 3,4

L'examen clinique méconnaît trop souvent des lésions sphinctériennes notamment lorsqu'il n'existe pas de cicatrice de la peau périnéale en regard. Sa valeur prédictive négative est mauvaise (20 %) et impose le recours à d'autres moyens diagnostiques [10]. L'échographie endocavitaire des sphincters de l'anus est aujourd'hui la méthode la plus sensible et constitue la méthode de référence [11-13]. L'identification de lésions du sphincter anal interne (comme dans l'observation de madame V) est particulièrement aisée par technique échographique et peut constituer une étape importante de la compréhension étiopathogénique des troubles et des anomalies observées (incontinence et hypotonie de repos du canal anal). Ce constat n'a néanmoins pas de pertinence thérapeutique dans la mesure où les réparations du sphincter anal interne sont techniquement délicates et sans bénéfice symptomatique pour le malade. La taille de la rectocèle influence de façon nette la qualité de l'évacuation rectale lorsqu'elle est appréciée par un examen radiologique. Lorsque la profondeur de la rectocèle excède 30 mm en poussée, elle s'accompagne très fréquemment d'une stase et d'une évacuation incomplète [14]. Elle peut donc se traduire par des symptômes de constipation d'évacuation sans effet bénéfique des laxatifs tels qu'ils sont décrits par madame V. Les symptômes d'incontinence sont également observés chez les malades ayant une rectocèle de grande taille. La rectocèle peut favoriser, par la stase fécale sous l'événement qu'elle induit, des accidents d'incontinence passive post-défécatoire notamment. Ces symptômes peuvent persister ou s'aggraver après correction chirurgicale de la rectocèle. La persistance d'une incontinence constitue un facteur de mauvais résultat dans la prise en charge chirurgicale des malades ayant une rectocèle symptomatique [15]. La responsabilité d'une dilatation anale per opératoire (écarteur autostatique de Parks) est évoquée. De ce fait, le choix d'une voie d'abord trans anale peut apparaître peu judicieux chez les malades qui souffrent

d'une incontinence fécale pré-opératoire et/ou chez ceux qui ont de mauvaises performances fonctionnelles du canal anal. La prise en charge thérapeutique des troubles fonctionnels anorectaux impose chez madame V (comme souvent) « prudence » (associations lésionnelles, événements indésirables de la chirurgie) et « modestie » (amélioration incomplète des symptômes traités, symptômes résiduels non pris en compte dans la stratégie thérapeutique).

#### RÉFÉRENCES

1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community base prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995;274:559-61.
2. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P et al. Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:344-50.
3. Johannson JF, Laferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996;91:33-6.
4. MacArthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after Childbirth. *Br Obstet Gynecol* 1997;104:46-50.
5. Perry S, Shaw C, McGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, et al. . Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002;50:480-4.
6. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E, Madelenat P, Mignon M Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000;43:590-596.
7. Siproudhis L, Ropert A, Vilotte J, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL, et al. How accurate is clinical examination in diagnosing and quantifying pelvicorectal disorders? A prospective study in a group of 50 patients complaining of defecatory difficulties. *Dis Colon Rectum* 1993;36:430-8.
8. Hock D, Lombard R, Jehaes C, Markiewicz S, Penders L, Fontaine F, Cusumano G, Nelissen G. Colpocystodefecography. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1015-21.
9. Sentovich SM, Rivela LJ, Thorson AG, Christensen MA, Blatchford GJ. Simultaneous dynamic proctography and peritoneography for pelvic floor disorders. *Dis Colon Rectum* 1995;38:912-5.
10. Sentovich SM, Wong WD, Blatchford GJ. Accuracy and reliability of transanal ultrasound for anterior anal sphincter injury. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1000-4.
11. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, Nicholls RJ, Bartram CI. Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. *Br J Surg* 1994;81:463-5.
12. Aubert A, Mosnier H, Amarenco G, Contou JF, Gallot D, Guivarc'h M, et al. Incontinences anales post-chirurgicales ou traumatiques. Etude prospective de 40 malades explorés par échographie endorectale et électromyographie. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19:598-603.
13. Deen KI, Kumar D, Williams JG, Olliff J, Keighley MRB. Anal sphincter defects: correlation between endoanal ultrasound and surgery. *Ann Surg* 1993;218:201-5.
14. Mellgren A, Bremner S, Johannson C, Dolk A, Udén R, Ahlbäck SO, Holmström B. Defecography. Results of investigations in 2,816 patients. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1133-41.
15. van Dam JH, Hop WC, Schouten WR Analysis of patients with poor outcome of rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1556-60.