

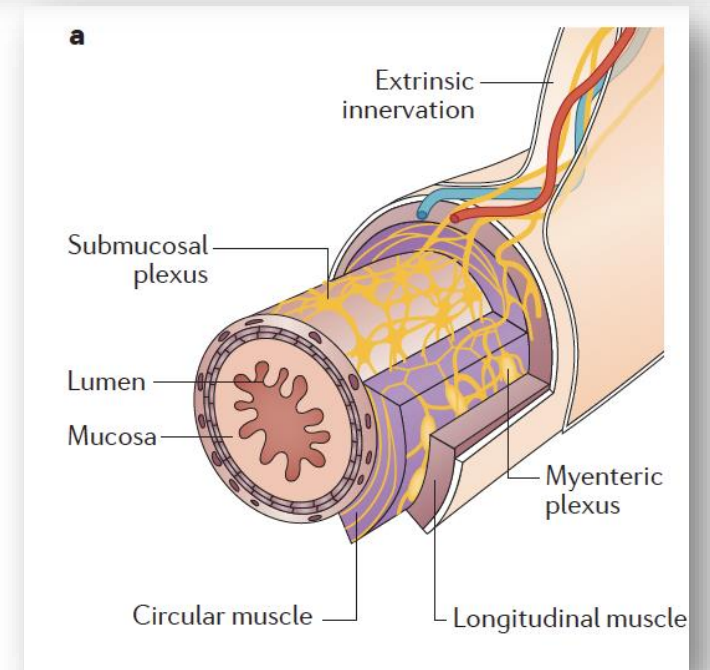
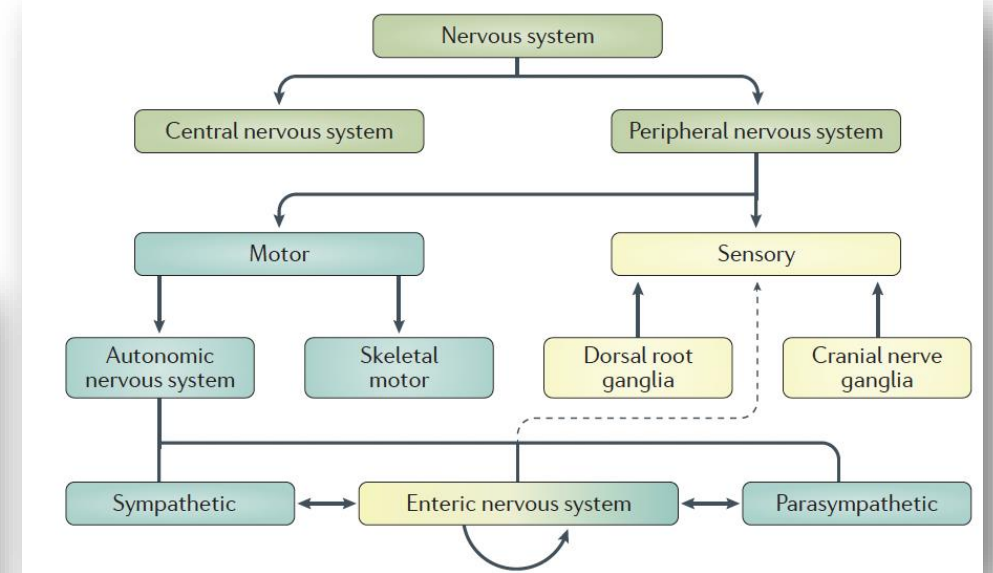
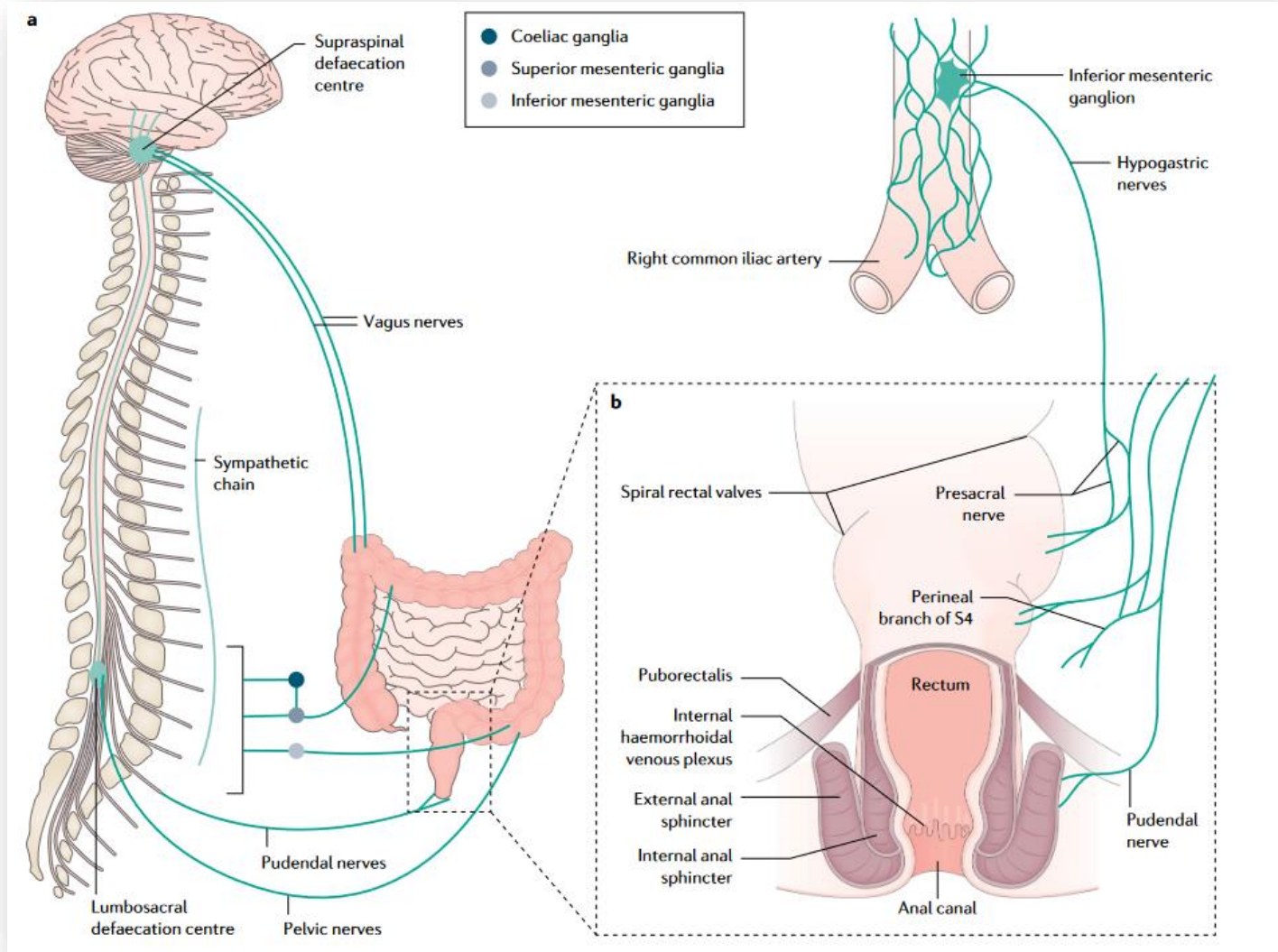
Les troubles ano-rectaux

Dr Claire Hentzen, Hôpital Pitié Salpêtrière - Paris

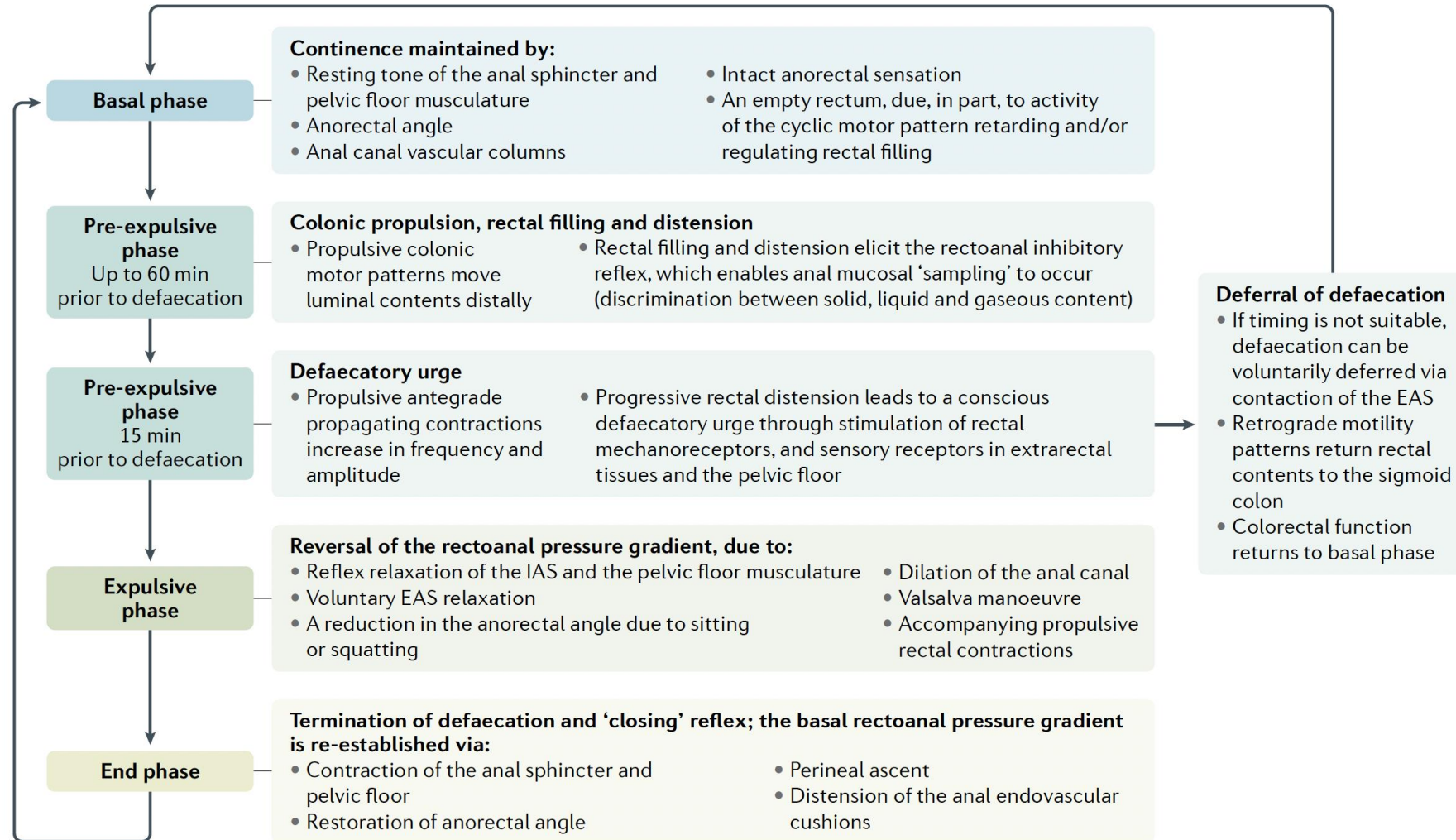
Pr Charles Joussain, Hôpital Raymond Poincaré - Garches

Remerciements : Dr Charlotte Desprez, Dr Camille Chesnel

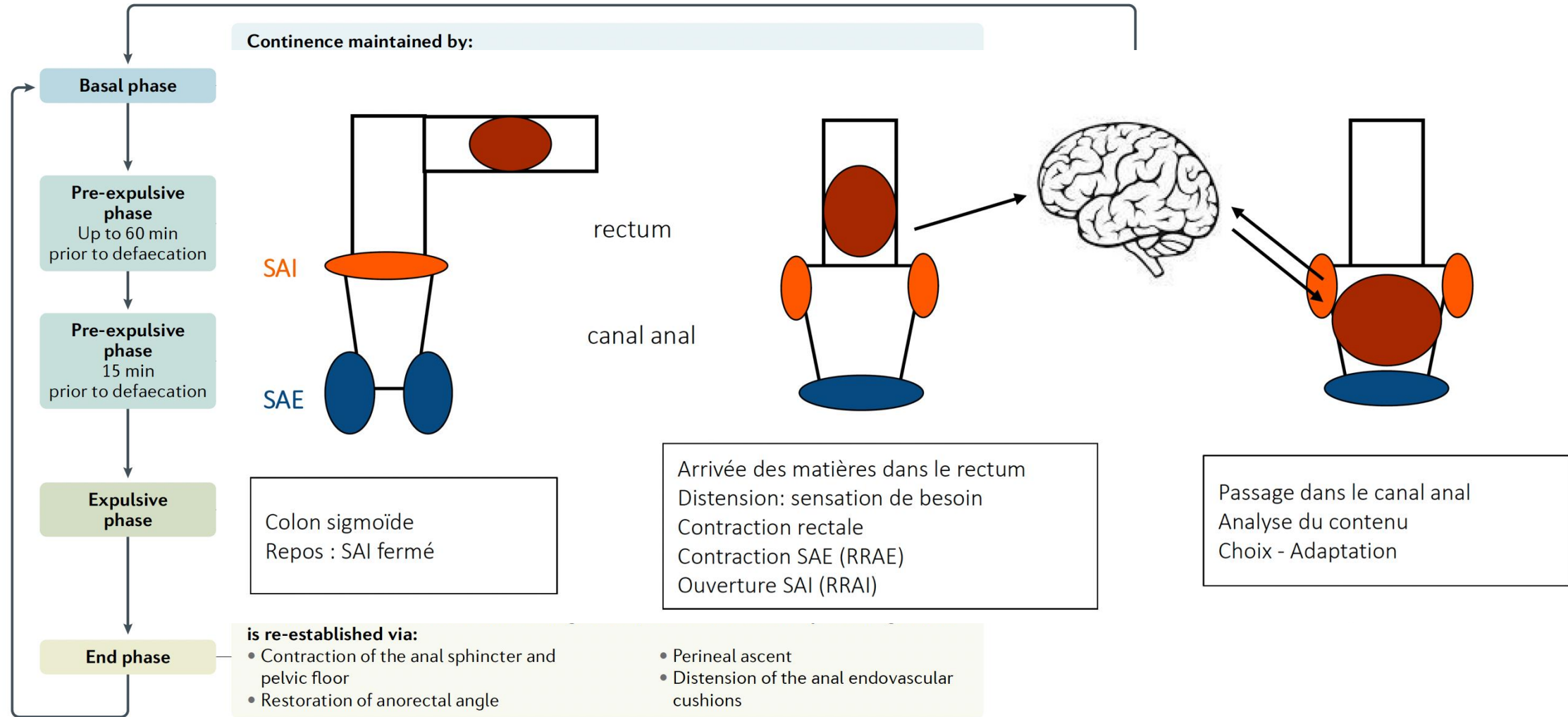
La physiologie



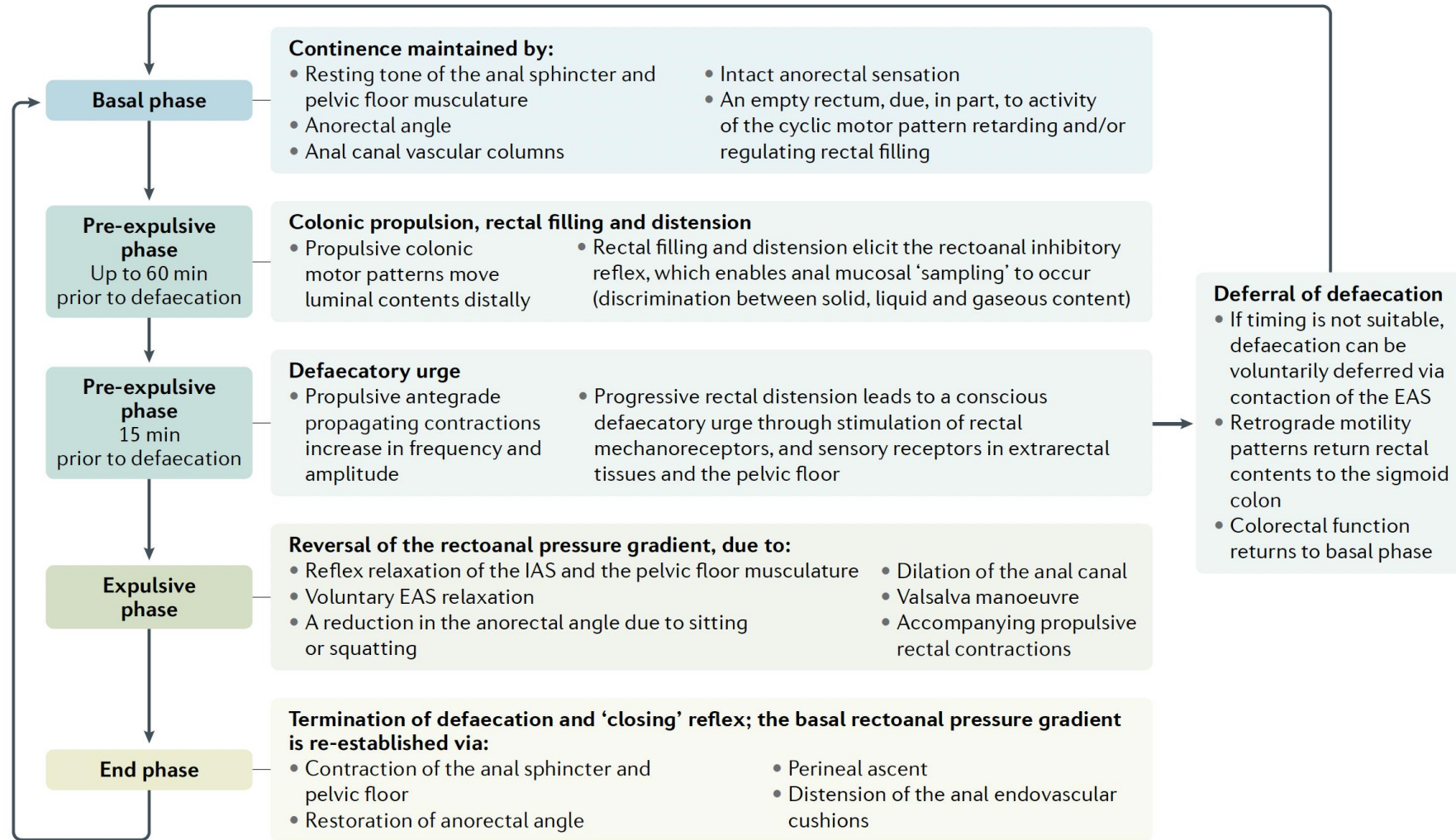
La physiologie



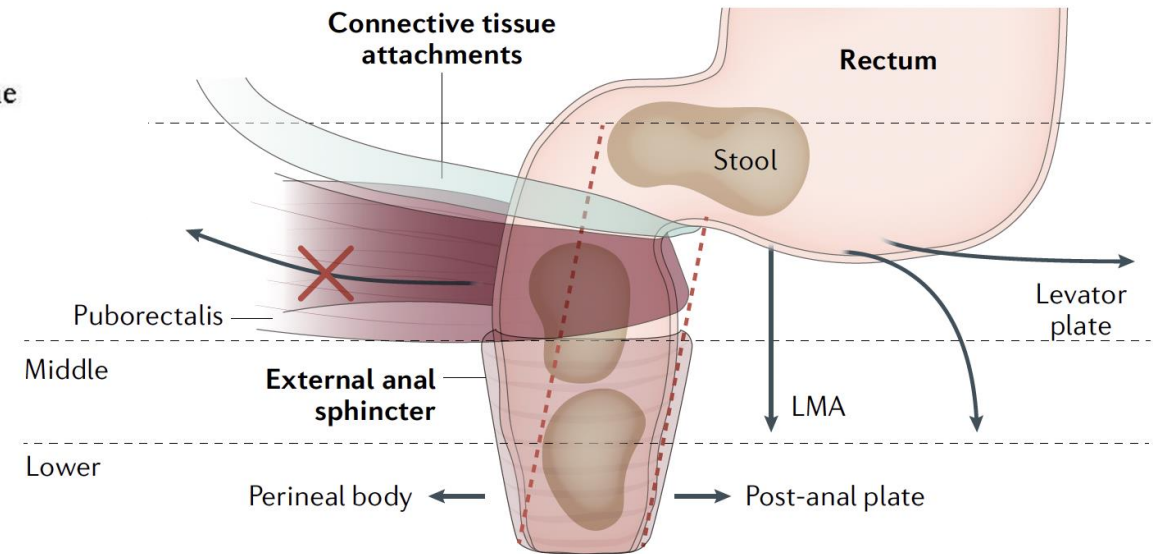
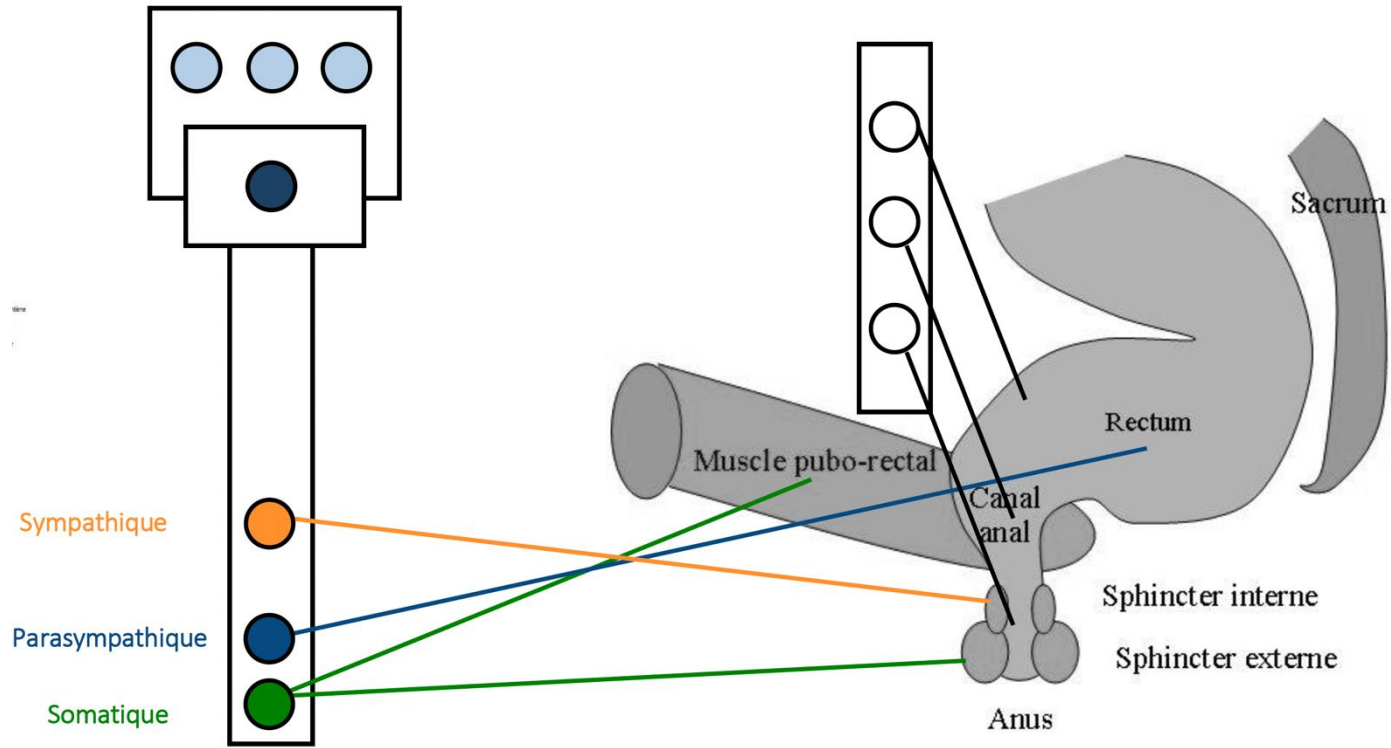
La physiologie



La physiologie



La physiologie

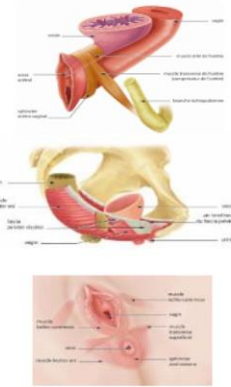


La physiologie

Repos

Stockage colique
Compliance rectale
Angle pubo-rectal
SAI
SAE (réflexe échantillonnage)
Intégrité voies de contrôle

Effort



Contraction anticipée des muscles pelvi-périnéaux lors de la toux

Contraction proportionnelle à l'importance de la toux.

Reflexe anal à la toux : intégration médullaire D12-L1

Examen clinique

■ Interrogatoire :

- Quelle fréquence
- Qualité des selles
- Durée de défécation
- Manoeuvre
- Urgences fécales
- Fuites fécales
- Perception du besoin et du contenu endorectal
- Rectorragie – Glaire

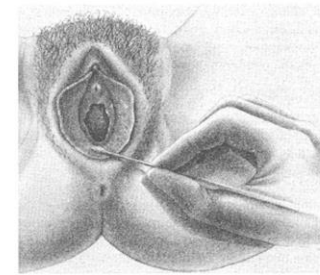
Bristol stool form scale		
type de selles		description
1		selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2		selles en forme de billes collées
3		selles en forme de boudin, structure friable
4		selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5		selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6		selles molles à très molles aux contours imprécis
7		selles aqueuses sans structure (totalement liquides)

Reproduced by kind permission of Dr WJG Meunier, Reader in Medicine at the University of Bristol. ©2005 Produced by Norgine (UK) Ltd, a subsidiary of Norgine.

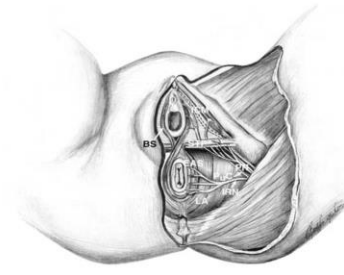
Examen clinique

■ Examen physique

- Examen neurologique
- Toucher rectal :
 - Vacuité de l'ampoule rectale
 - Sensibilité endoanale
 - Intégrité des sphincters
 - Qualité de la contraction volontaire
 - Tonus anal
 - Intégrité des reflexes
- Statique pelvienne



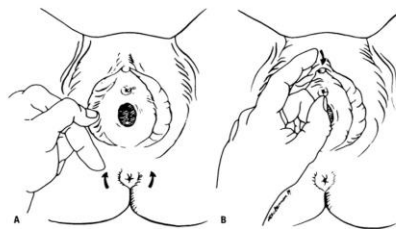
Touch sensation



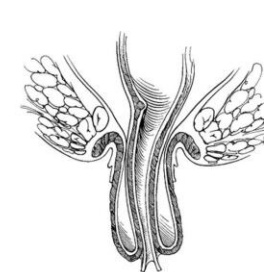
Anal tone



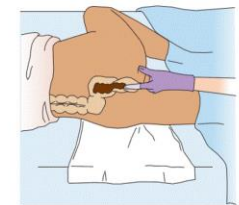
Anal sphincter strenght



Abolition of BC reflex



Prolaps



Fecal impaction



Evaluation des troubles ano-rectaux

CATALOGUE DES SELLES

Horaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jour
0h																																
1h																																
2h																																
3h																																
4h																																
5h																																
6h																																
7h																																
8h																																
9h																																
10h																																
11h																																
12h																																
13h																																
14h																																
15h																																
16h																																
17h																																
18h																																
19h																																
20h																																
21h																																
22h																																
23h																																
24h																																

Légende :

Perte de gaz	G	Perte de selles liquides	L	Perte de selles solides		Aller à la selle	X
Trace de selles dans protection ou sous-vêtement		Besoin urgent	U				

Evaluation des troubles ano-rectaux

■ Neurogenic Bowel Dysfunction

- Validé chez population de blessés médullaires
- Souvent utilisé par extension dans population neurologique
 - Mais pas toujours adapté

Interprétation du score NBD :

0 à 6	Très minime	Les malades rapportant un score modéré ont trois fois sur quatre un retentissement sur la qualité de vie et ceux rapportant un score important ont un retentissement plus de neuf fois sur dix.
7 à 9	Minime	
10 à 13	Modérée	
14 et plus	Sévère	

SCORE FONCTIONNEL DIGESTIF DES MALADES NEUROLOGIQUES (SCORE NBD)

(Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. Spinal Cord. 2006;44:325-31).

Avec quelle fréquence allez vous à la selle ?	Chaque jour	0
	2 à 6 fois par semaine	1
	Moins d'une fois par semaine	6
Quel temps passé vous en moyenne aux toilettes à chaque fois ?	Moins de 30 minutes	0
	De 30 à 60 minutes	3
	Plus d'une heure	7
Reessayez vous une sensation de malaise, mal à la tête ou transpirez vous au moment de la défécation ?	Non	0
	Oui	2
Prenez vous des médicaments en comprimés pour la constipation ?	Non	0
	Oui	2
Prenez vous des médicaments en sachets pour la Constipation ?	Non	0
	Oui	2
Avez-vous besoin de mettre le doigt dans l'anus pour aller à la selle ?	Moins d'une fois par semaine	0
	Plus d'une fois par semaine	6
Avez-vous des pertes incontrôlées de selles par l'anus ?	Moins d'une fois par mois	0
	1 à 4 fois par mois	6
	1 à 6 fois par semaine	7
	Quotidiennes ou plus	13
Prenez vous des médicaments pour l'incontinence ?	Non	0
	Oui	4
Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ?	Non	0
	Oui	2
Avez-vous des problèmes de peau autour de votre anus ?	non	0
	oui	3
Total		

Evaluation des troubles ano-rectaux

■ STAR-Q

- Evaluation des troubles ano-rectaux dans la SEP
- Développé en français
- 3 domaines
 - Symptômes
 - Traitement
 - Qualité de vie

Questionnaire STAR (entourez une seule réponse par ligne)

		0	1	2	3
1	A quelle fréquence allez-vous à la selle ?	Tous les jours ou tous les 2 jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	Moins d'1 fois par semaine
2	Quand vous allez à la selle, estimez-vous devoir pousser pour évacuer les selles ?	Non	Un peu	Beaucoup	Enormément
3	Combien de temps restez-vous aux toilettes pour évacuer les selles (dans l'intention de bien vous vider et non de rester dans l'intimité des toilettes pour profiter de faire autre chose comme de la lecture par exemple) ?	Moins de 3 minutes	De 3 à 10 minutes	De 10 à 20 minutes	Plus de 20 minutes
4	Quand vous allez à la selle, avez-vous des douleurs ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
5	Etes-vous obligé de changer de position pour mieux évacuer vos selles ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
6	Avez-vous la sensation d'avoir mal vidé votre rectum après être allé à la selle ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
7	Etes-vous obligé d'utiliser un doigt pour faciliter l'évacuation des selles ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
8	Quand vous avez besoin d'aller à la selle, combien de temps pouvez-vous vous retenir	Plus de 15 minutes	Entre 5 et 15 minutes	Entre 1 et 5 minutes	Moins d'1 minute
9	Perdez-vous involontairement des gaz alors que vous auriez voulu les retenir ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
10	Avez-vous des pertes de selles lorsqu'elles sont molles, liquides ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
11	Avez-vous des pertes de selles même lorsqu'elles sont solides ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
12	Constatez-vous des salissures de selles dans vos sous-vêtements alors que vous vous étiez proprement essuyé auparavant ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins de 1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
13	Etes-vous obligé de vous essuyer très longuement après une selle pour être propre ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
14	Etes-vous obligé de porter des protections fines et/ou épaisses en raison de vos troubles <u>anorectaux</u> ?	Jamais	Rarement	Parfois	Constamment
		0	1	2	3
15	Etes-vous obligé de modifier votre alimentation pour favoriser le transit, l'évacuation des selles ou limiter l'incontinence fécale ?	Jamais	Ponctuellement	Parfois	Souvent
16	Etes-vous obligé de prendre des médicaments, des laxatifs ou des suppositoires pour favoriser le transit, l'évacuation des selles ou limiter l'incontinence ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
17	Etes-vous obligé d'utiliser des lavements ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
18	Etes-vous obligé d'utiliser d'autres traitements pour les troubles <u>ano</u> -rectaux (obtrateurs, stimulateur, rééducation, médicaments autres)	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
		Evaluation de la qualité de vie liée aux symptômes <u>ano</u> -rectaux (entourez une seule réponse)			
19	Concernant les troubles <u>ano</u> -rectaux que nous venons d'évoquer dans ce questionnaire (constipation, incontinence...), comment estimez-vous être gêné par ceux-ci ?	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément

Evaluation des troubles ano-rectaux

■ Echelle de bristol

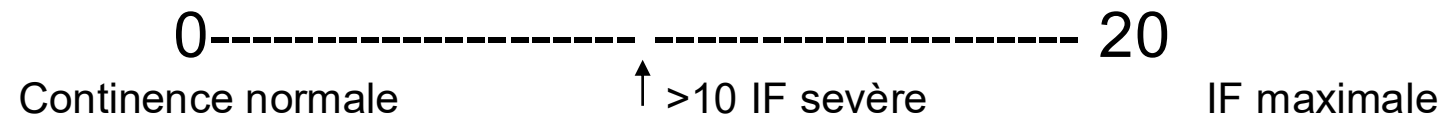
- Echelle visuelle et descriptive
- Non complètement validée chez le patient neurologique
- Permet d'adapter alimentation / prise de laxatif
- Objectif : 3-5

Type 1		Selles dures et morcelées (en billes) d'évacuation difficile
Type 2		Selles dures, moulées en saucisse et bosselées
Type 3		Selles dures, moulées en saucisse, à surface craquelée
Type 4		Selles molles mais moulées, en saucisse (ou serpentín)
Type 5		Selles molles morcelées, à bords nets et d'évacuation facile
Type 6		Selles molles morcelées, à bords déchiquetés
Type 7		Selles totalement liquides

Evaluation des troubles ano-rectaux

- **Score de Cleveland – Incontinence fécale**
 - Non validée dans la population neurologique

	Jamais	1/mois	1/semaine	>1/semaine	Tous les jours
Pertes de selles solides	0	1	2	3	4
Pertes de selles liquides	0	1	2	3	4
Pertes de gaz	0	1	2	3	4
Port de garniture	0	1	2	3	4
Retentissement sur la vie sociale	0	1	2	3	4



Evaluation des troubles ano-rectaux

- **FI-SA – Incontinence fécale**
 - Validée dans la population neurologique

Ce questionnaire porte sur les différentes circonstances possibles de fuites de selles. Veuillez lire attentivement les deux questions puis entourez pour chaque question la réponse (OUI ou NON) qui décrit au mieux la façon dont se produisent les épisodes de fuite de selles. Il est possible de répondre OUI aux questions 1 et 2.

1. Quand vous avez une fuite de selles, êtes-vous prévenu (e) par un besoin urgent d'aller à la selle et tentez-vous alors de vous retenir ?
 - a. OUI
 - b. NON
2. Avez-vous des fuites de selles sans ressentir auparavant le moindre besoin et donc sans même avoir pu essayer de vous retenir ?
 - a. OUI
 - b. NON

Fecal incontinence subtype assessment (FI-SA): A new tool to distinguish among subtypes of fecal incontinence in a neurogenic population

C Desprez ¹, N Turmel ², C Chesnel ³, S Sheikh Ismael ⁴, M Tamiatto ³, E Tan ³, R Haddad ³, F Le Breton ³, A-M Leroi ⁵, C Hentzen ³, G Amarenco ³

La constipation

■ **Définition : Constipation chronique fonctionnelle**

- Au moins deux des critères suivants doivent être présents:
 - Moins de 3 selles spontanées par semaine
 - Pour plus du quart des défécations (25%)
 - Poussée
 - Selles grumeleuses ou dures (Bristol 1 ou 2)
 - Sensation de défécations incomplètes
 - Sensation de blocage anorectal
 - Manœuvres manuelles pour faciliter la défécation (manœuvres digitales, support du plancher pelvien)
 - Selles molles ou liquides rarement présentes en dehors de la prise de laxatifs
- Critères présents depuis au moins 3 mois avec début des symptômes depuis au moins 6 mois

La constipation

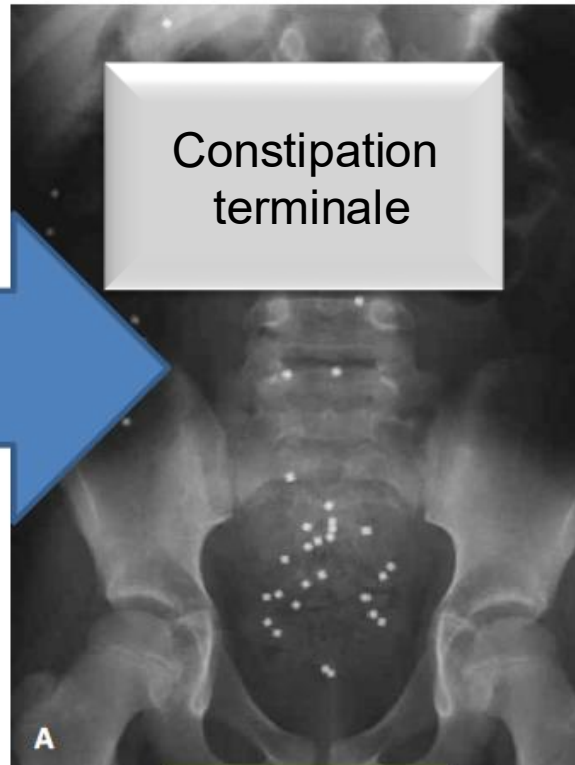
■ Prévalence dans les pathologies neurologiques

- Lésions médullaires: 42-95%
- Sclérose en plaques: 36-43%
- Spina bifida: 40%
- Polyneuropathie diabétique: 20%
- Maladie de Parkinson: 30-74%
- AVC 30%

La constipation

■ Physiopathologie

- Difficultés d'exonération
- Absence de sensation de besoin
- Manœuvres digitales
- Matières au TR

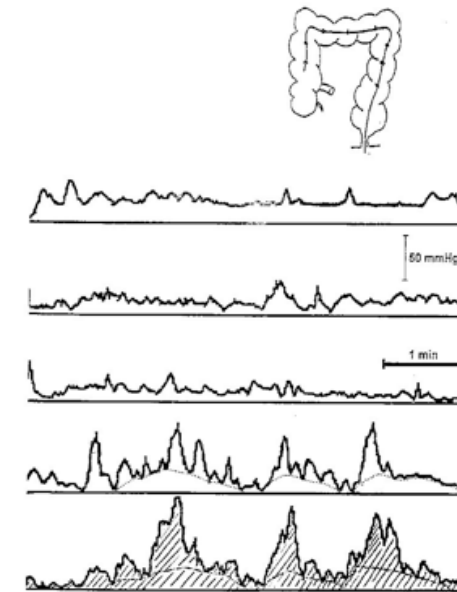
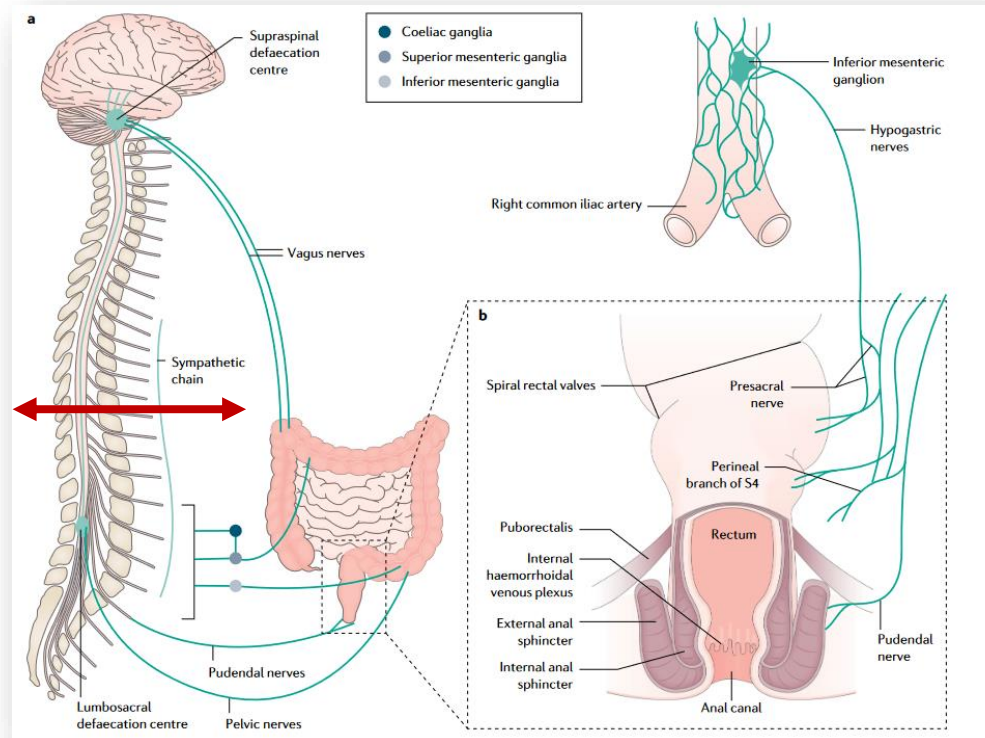


- Selles Bristol 1-2
- >3 selles/sem
- Ballonnements
- Douleurs abdo

La constipation

■ Physiopathologie dans les lésions médullaires

- Atteinte des centres sympathiques
- Perte de la motilité colique



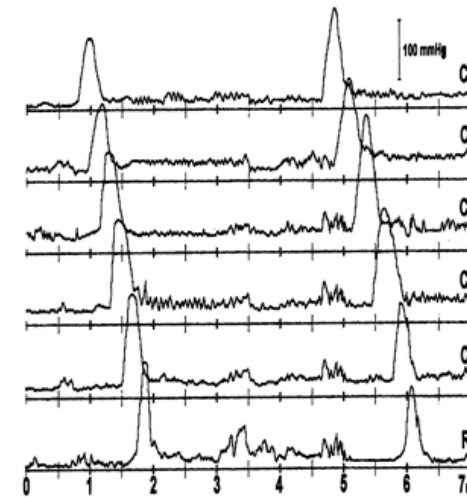
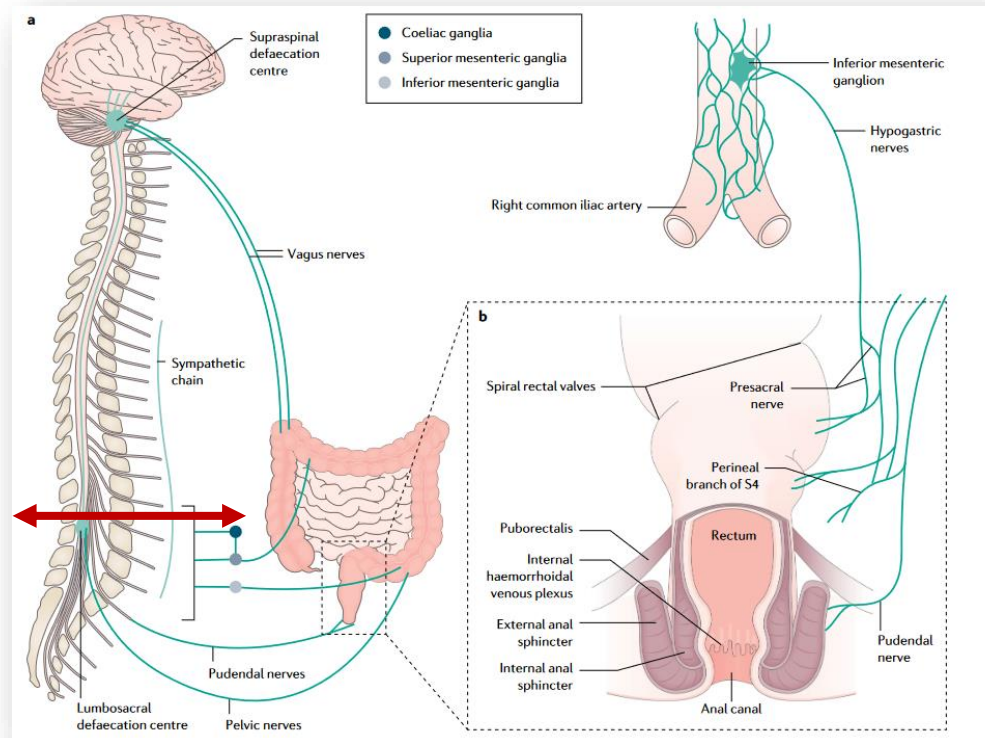
La constipation

- **Physiopathologie dans les lésions médullaires**
 - Atteinte supra-sacrée
 - Perte de la motilité colique
 - Perte de sensation rectale
 - Paralysie motrice des muscles abdominaux
 - Dyssynergie ano-rectale
 - Contractions rectales desinhibees
 - Constipation mixte



La constipation

- **Physiopathologie dans les lésions médullaires**
 - Atteinte des centres parasympathiques
 - Perte des HAPC (High amplitude propagating Contractions)



La constipation

■ Physiopathologie dans les lésions médullaires

- Atteinte sacrée
 - Perte de sensation rectale
 - Atonie rectale
 - Hypocontractilité rectale
- Constipation terminale

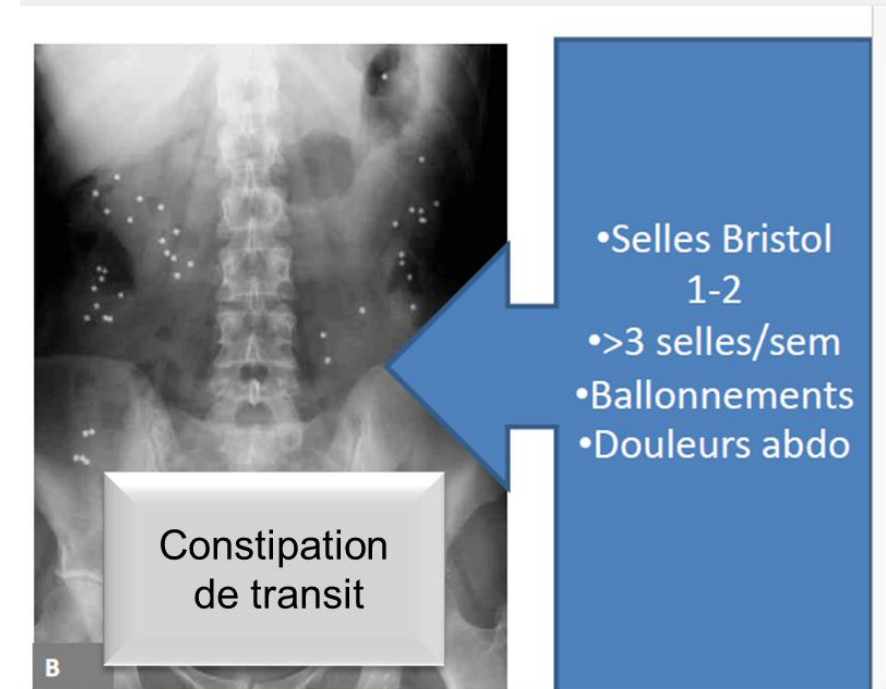


La constipation

■ Prise en charge

■ 1ère intention :

- Règles hygiéno-diététiques
- Hydratation – Fibres
 - Hydratation suffisante (Hépar)
 - Activité sportive
 - Augmenter l'apport en fibres
 - Fibres solubles
 - Jusqu'à 25-35g/J
 - EI: ballonnements
- Education : **Fausses diarrhées** ++++



La constipation

■ Prise en charge

■ 1ère intention :

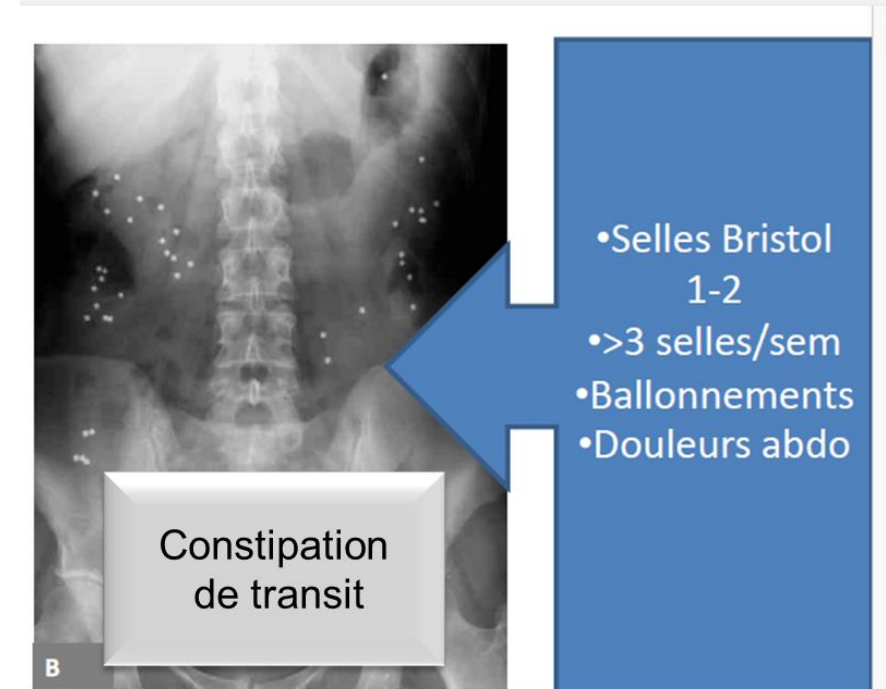
■ Traitements laxatifs

- Laxatif osmotique (macrogol)
- Laxatif de lest (ispaghul)

■ 2nd intention :

■ Prokinétiques

- Pyridostigmine = Mestinon®
 - Parasympathomimétique
 - Atonie intestinale
- Bisacodyl = Dulcolax®



La constipation

■ Prise en charge

■ 1ère intention :

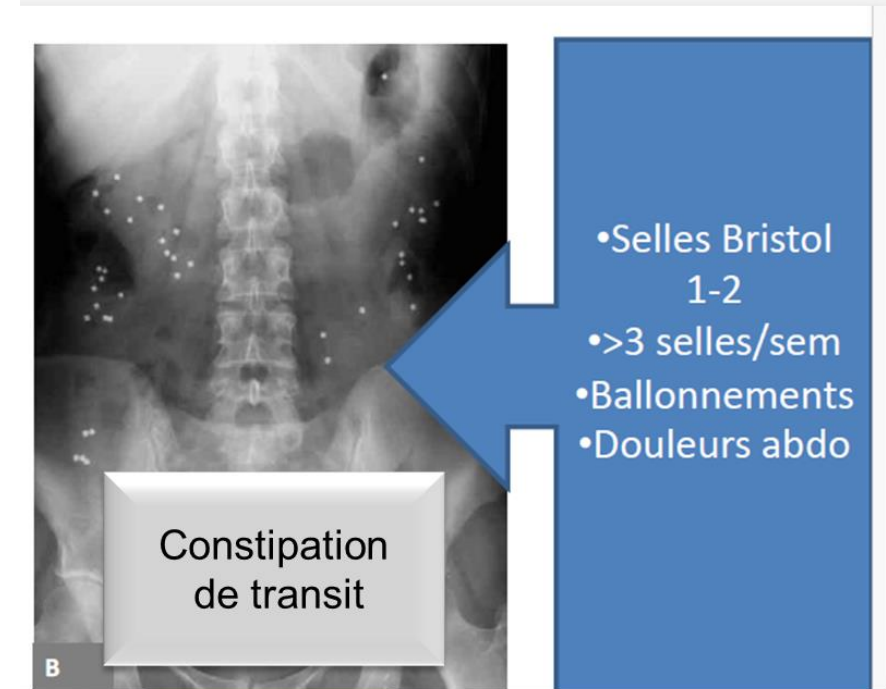
■ Traitements laxatifs

- Laxatif osmotique
- Laxatif de lest

■ 2nd intention :

■ Prokinétiques

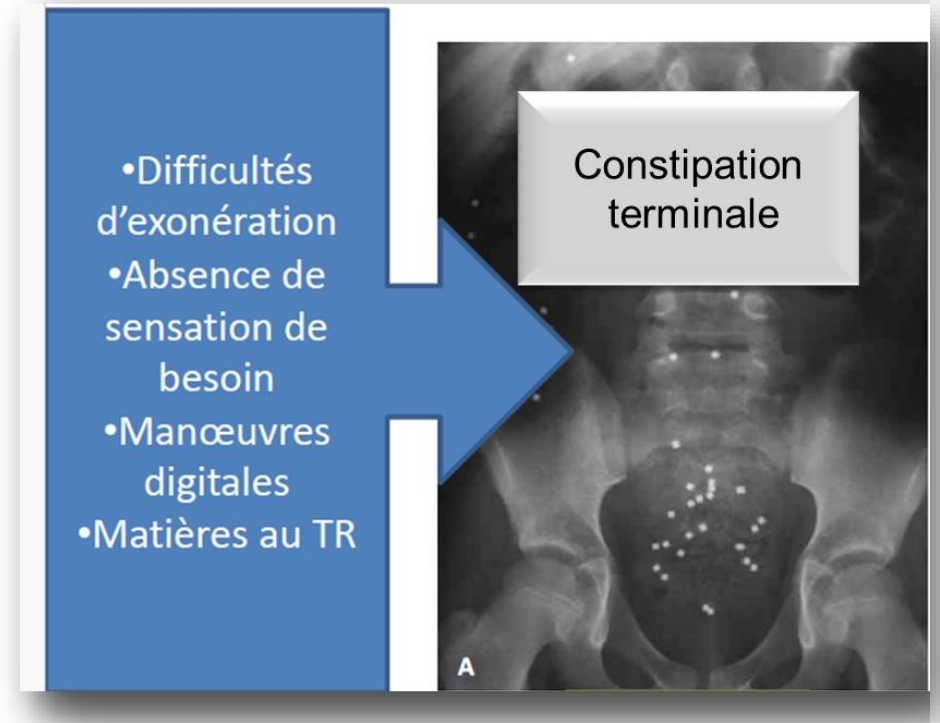
- Le prucalopride=Resolor®
- Agonistes récepteurs 5-HT₄
 - Après échec des laxatifs standards
 - Non remboursé (80 euros/mois...)



La constipation

■ Prise en charge

- Gestion de la qualité des selles
- Positionnement : Squatty Potty
- 1^{ère} intention
 - Biofeedback
 - Amélioration des symptômes dans 70% des cas
 - Au moins 10 séances
 - Sur l'ordonnance : avec biofeedback anal +++
 - Suppositoire :
 - Eductyl (si reflexe de défécation possible)
 - Glycérine
 - Exonération digitale
 - Micro lavements (eau, microlax)



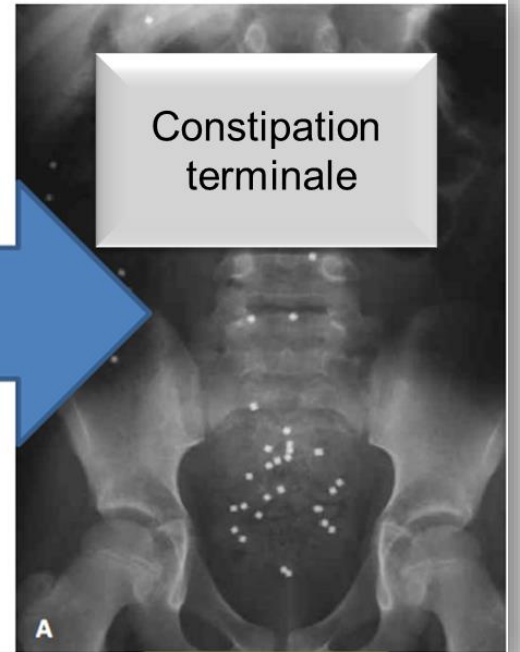
La constipation

- **Prise en charge**
 - Gestion de la qualité des selles
 - 2^{ème} intention
 - Irrigation trans-anale



- Difficultés d'exonération
- Absence de sensation de besoin
- Manœuvres digitales
- Matières au TR

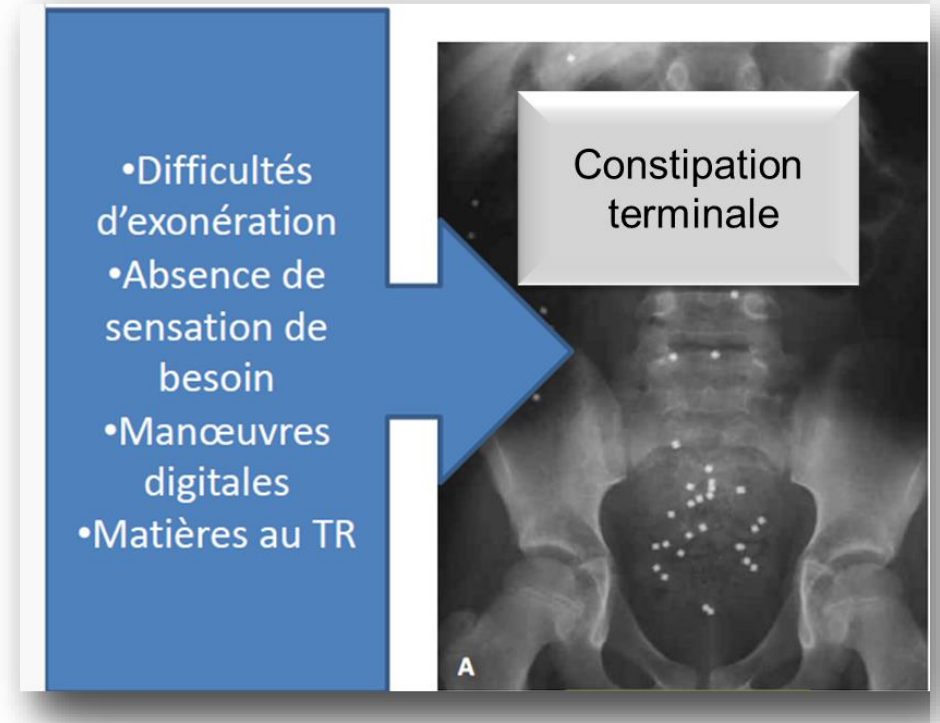
Constipation terminale



La constipation

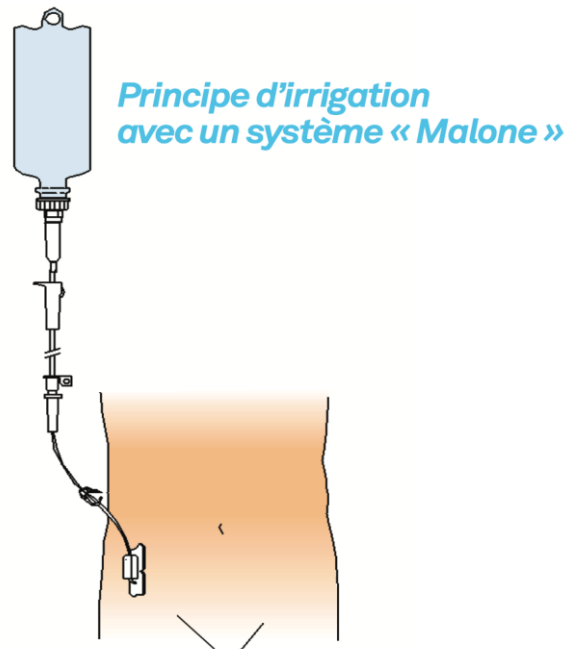
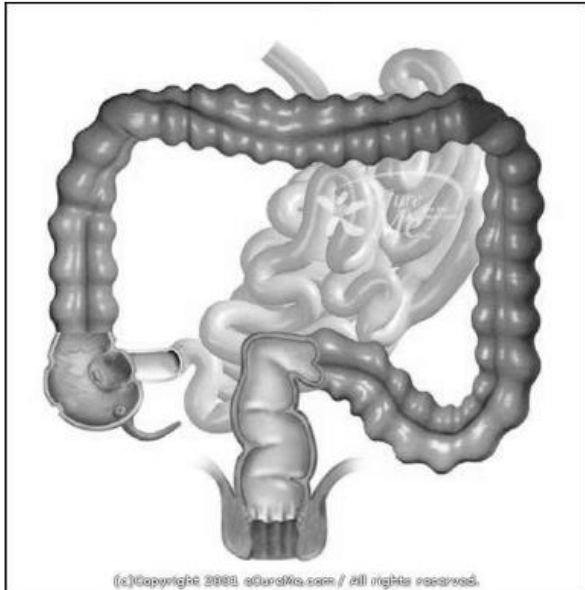
■ Prise en charge

- Gestion de la qualité des selles
- 2^{ème} intention
 - Irrigation trans-anale – Peristeen
 - Fréquence : tous les 2 ou 3 jours
 - 30-45 minutes par séance
 - Accompagnement +++ (ETP)
 - Suivi : catalogue, questionnaires
 - Mise en place avec un professionnel formé
 - **Poursuite des laxatifs per os si constipation de transit associée +++**



La constipation

- **Prise en charge**
 - Gestion de la qualité des selles
 - 3^{ème} intention
 - Irrigation antérograde (Malone)



- Difficultés d'exonération
- Absence de sensation de besoin
- Manœuvres digitales
- Matières au TR

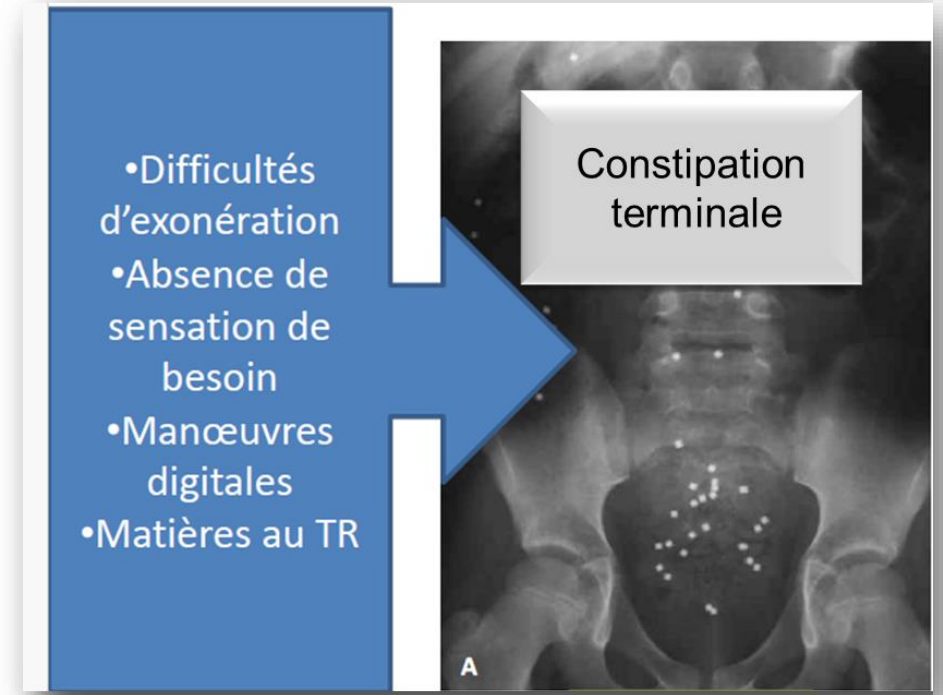
Constipation terminale

A

La constipation

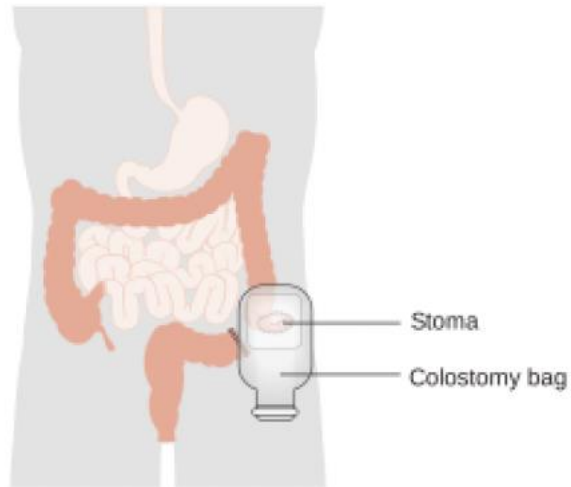
■ Prise en charge

- Gestion de la qualité des selles
- 3^{ème} intention
 - Irrigation antérograde (Malone)
 - Jusqu'à 2L d'irrigations par séance
 - 2 à 3 fois par semaine
 - Avantages :
 - Mini-invasive si percutané
 - Peut être réalisé chez des patients à risque chirurgical élevé
 - Réversible (30% d'inefficacité du Malone chirurgical+++)
 - Complications :
 - (sténose, fuites stomiales, nécrose appendiculaire, perforation)



La constipation

- **Prise en charge**
 - Colostomie ?
 - Exceptionnelle, dans constipation réfractaire
 - Parfois si incontinence anale fonctionnelle associée



La constipation : explorations

- Non systématique
- A discuter si échec des laxatifs / doute sur fausses diarrhées

Temps de transit colique

6 jours consécutifs: 10 marqueurs /j
7^e jour: ASP debout

$TTC = n \times \Delta(t) / N$ (heures)

$TTC = n \times 2,4$ (heures)

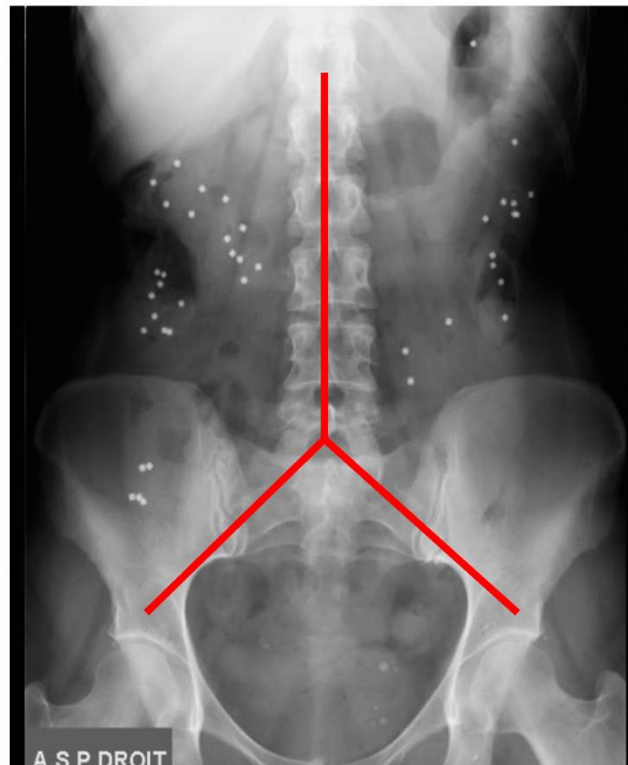
$N < 90$ heures (femme)

$N < 70$ heures (homme)

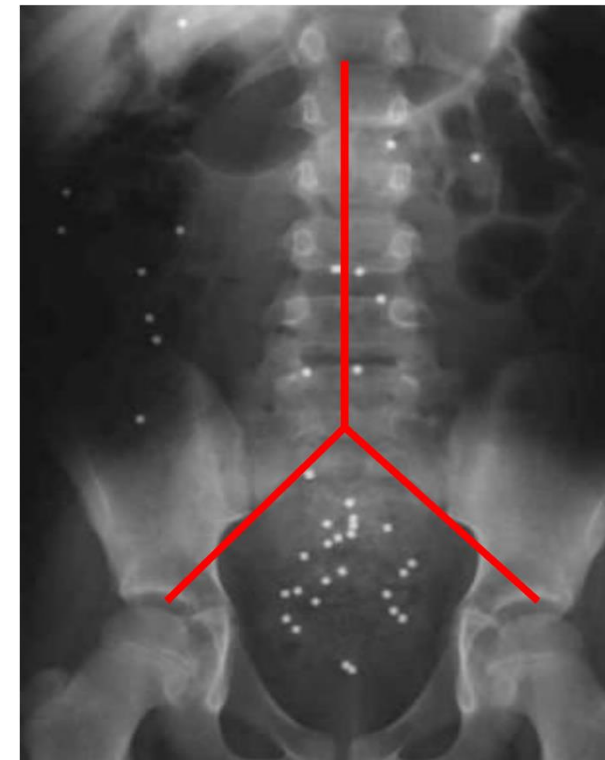
variabilité intra-individuelle

Normal : 80% marqueurs évacués à 120H (=J5)

Ralentissement transit = persistance 20%
marqueurs au bout de 120h



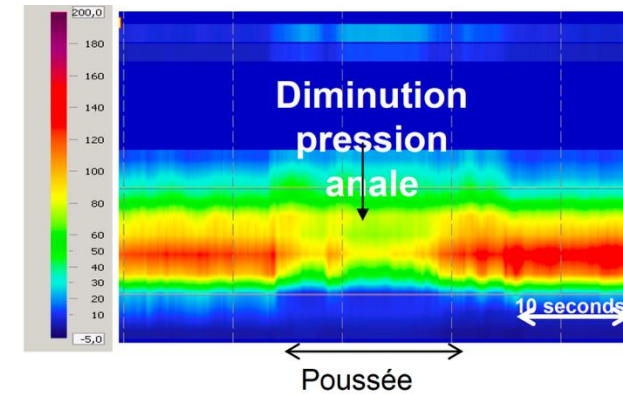
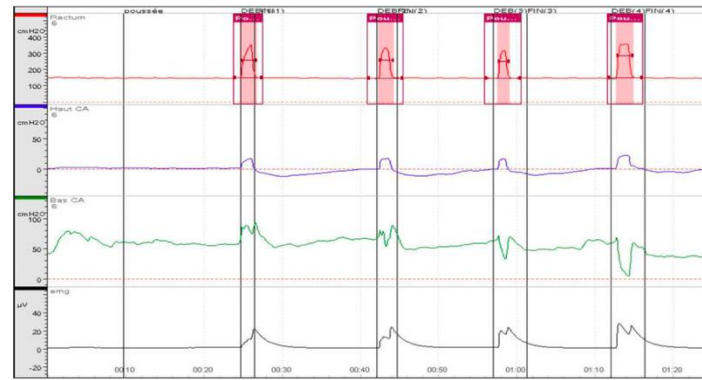
Constipation de transit



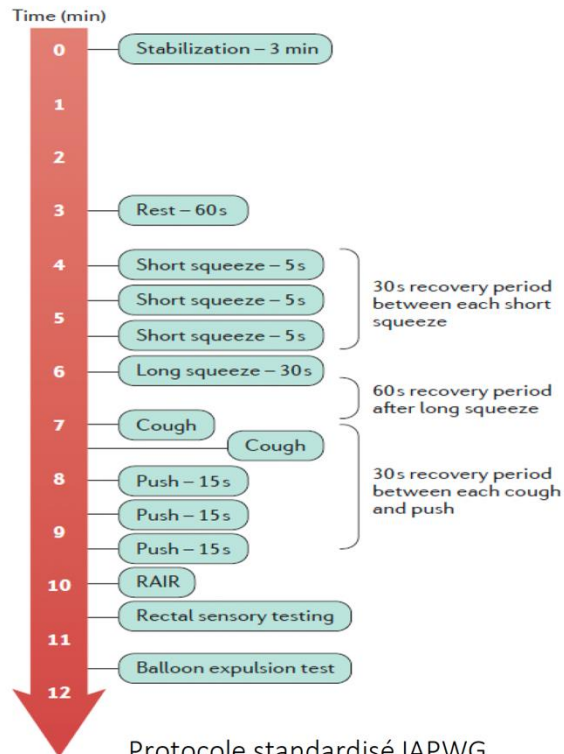
Constipation distale

La constipation : explorations

- Non systématique
- Dans constipation terminale, si échec 1^{ère} ligne
- Rôle éducatif

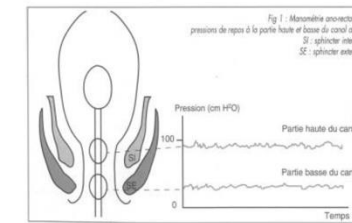


Manométrie anorectale



Conventionnelle

micro-ballonnet « air charged » (T-Doc)
 1 sonde et 1 ballonnet de distension
 3 capteurs étagés « perfusés » à l'air
 2 électrodes surface sphincter anal



Haute résolution

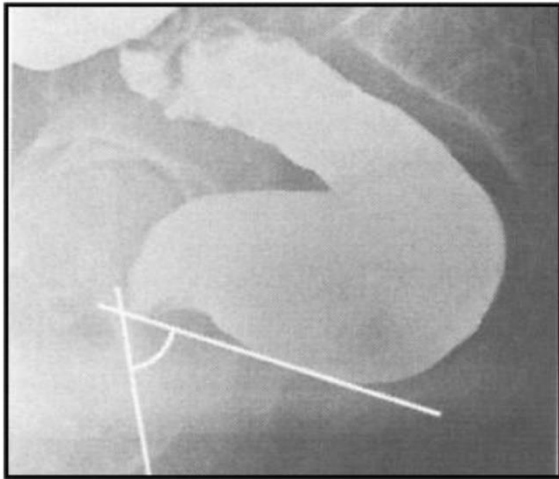
3D
 10.5mm – 256 capteurs



La constipation : explorations

- Non systématique

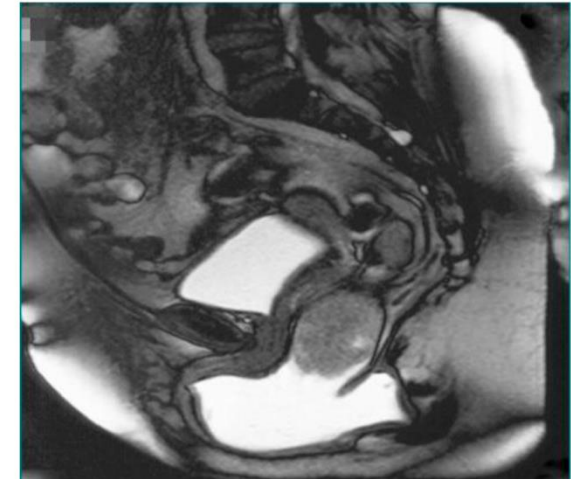
Imagerie



Défécographie



Colpocysto-défécographie



Déféco-irm

Anomalies structurelles (rectocèle, intussusception prolapsus, périnée descendant)
Anomalies fonctionnelles : angle anorectal, défaut relaxation puborectal

L'incontinence anale

■ Définition

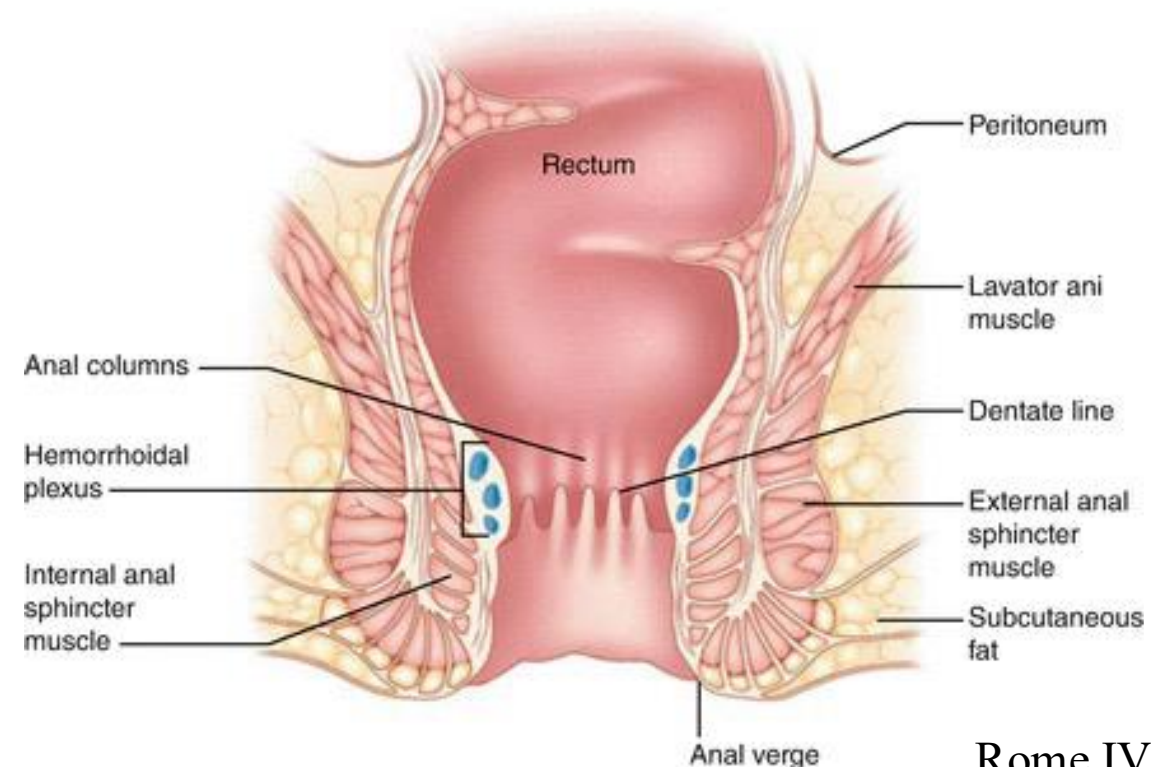
- ≥ 2 épisodes de perte involontaire de selles (liquide ou solide) par mois

■ Prevalence : entre 2 et 21%

■ Evaluer la sévérité et le retentissement sur la qualité de vie

■ Physiopathologie : Complexe et multifactorielle

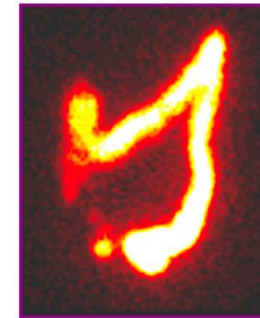
- Troubles du transit
- Défect sphinctérien
- Atteinte neurologique
- Trouble de la statique pelvienne
- Microrectum...
- Association fréquente avec dyschésie chez le neuro



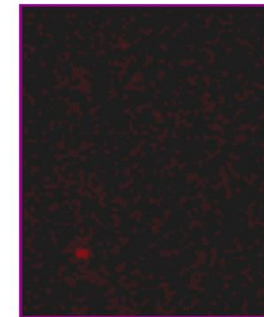
L'incontinence anale

■ Prise en charge

- 1^{ère} intention : Bonne vidange de l'ampoule rectale
 - Règles hygiéno-diététiques (Cf. Constipation)
 - Traitements laxatifs si besoin (préférer de lest)
 - Défécations programmées
 - Irrigation transanale
 - Palliatifs : obturateurs anaux
 - Améliore 50% des patients
- 2^{ème} intention
 - Rééducation périnéale avec biofeedback
 - Améliore 70% des patients



Avant ICT



Après ICT

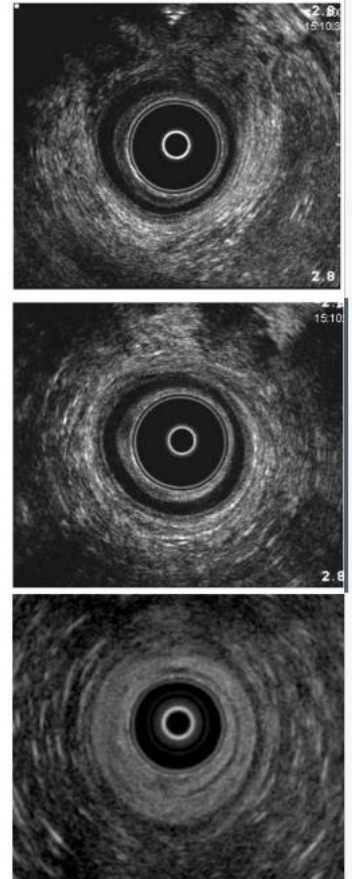
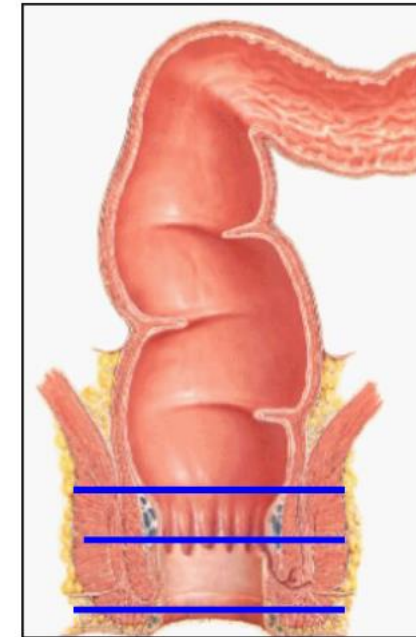
L'incontinence anale

■ Place des examens complémentaires

- Après échec du traitement conservateur (transit régulier, rééducation périnéale)
- Patient suffisamment gêné
- Pour comprendre le mécanisme de l'incontinence ?

■ Les examens complémentaires :

- La manométrie anorectale (protocole de Londres)
- La déféco-IRM
- L'échographie endoanale
- $\pm$ l'électrophysiologie périnéale



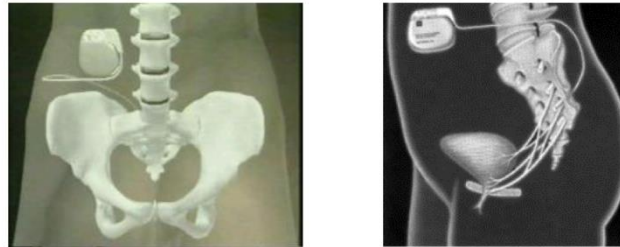
L'incontinence anale

■ Place de la chirurgie

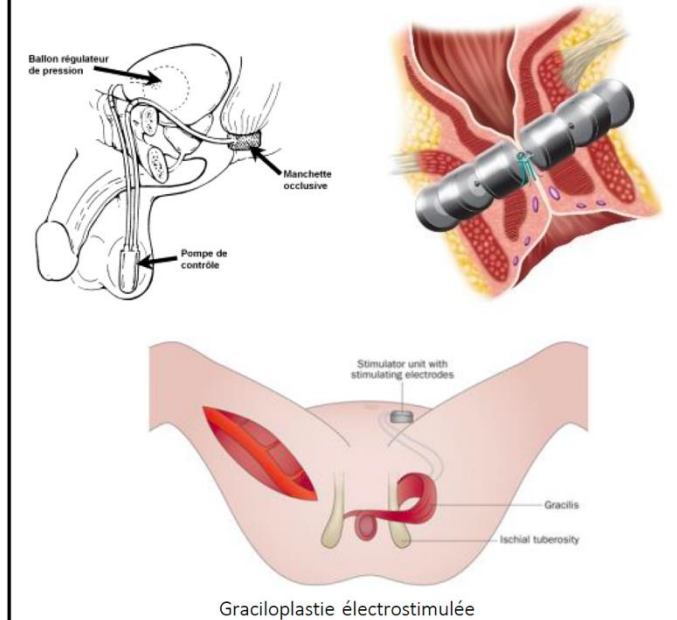
Sphincterorraphie

Si lésion SAE 90-120°
Efficace en cas de rupture
sphinctérienne post obstétrical
Peu d'indication chez le neurologique

Neuromodulation S3



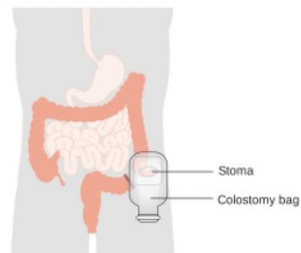
Chirurgie de continence



Malone



Colostomie



Rectopexie

■ Place de la toxine botulique

THE LANCET
Gastroenterology & Hepatology

Intrarectal injections of botulinum toxin versus placebo for the treatment of urge faecal incontinence in adults (FI-Toxin): a double-blind, multicentre, randomised, controlled phase 3 study

[Prof Anne-Marie Leroi, PhD](#) ^a  [Michel Queralto, MD](#) ^b · [Prof Frank Zerbib, PhD](#) ^c · [Prof Laurent Siproudhis, PhD](#) ^d · [Prof Véronique Vitton, PhD](#) ^e · [Prof Gérard Amarengo, PhD](#) ^f · et al. [Show more](#)

Messages clés

- Interrogatoire et examen clinique indispensables
- Multifactorielle
- La gestion de la qualité des selles est la première ligne de prise en charge, puis vidange de l'ampoule rectale
- Il est souvent nécessaire d'associer plusieurs thérapeutiques et de réaliser une titration médicamenteuse
- Attention aux effets iatrogènes des traitements associés et de leur impact sur la composante ano-rectale +++
- Chirurgie en dernière ligne

