



JPP
2^{ème} journée de
PÉRINÉOLOGIE

Hélène

X. LESAGE



Hélène

- Vessie distendue et troubles digestifs...
- IA et constipation
- Antécédents Hélène
- Bilan avant prise en charge des « désordres pelviens »



La constipation idiopathique

- Pendant au moins 12 semaines :
- 2 critères ou plus qq la prise de laxatifs

Critères de Rome III

- ✓ Moins de 3 exonérations par semaine
- ✓ Efforts de poussée > 1 selle/4
- ✓ Selles dures ou « billes » > 1 selle/4
- ✓ Sensation d'évacuation incomplète > 1 selle/4
- ✓ Obstruction ou blocage anal > 1 selle/4
- ✓ Manœuvres digitales > 1 selle/4

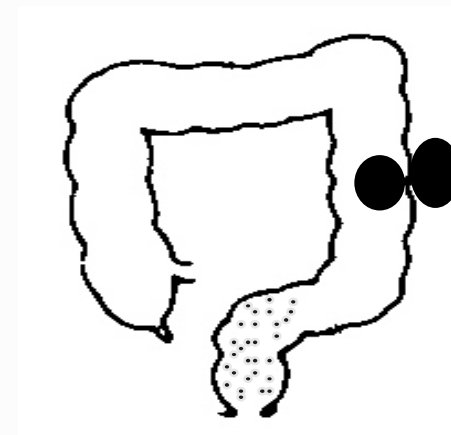
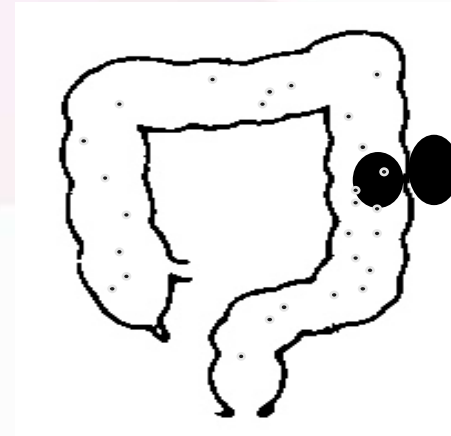
Longstreth Gastroenterology 2006
www.romecriteria.org

Temps de transit colique

- Constipation de transit
- Constipation distale

Méthodes :

- Marqueurs radio-opaques ingérés
- Cliché ASP au 7ème jour
- Comptage dans l'aire colique
- ✓ Global : N < 65 h
- ✓ Mictions toutes les deux heures



Chaussade Dig Dis Sci 1993

Incontinence anale

- Incontinence Anale (IA) : émission involontaire de gaz et/ou selles (inclus IF)
- IA « active » avec perception préalable du besoin
- ✓ Déficience SAE
- ✓ Pression rectale élevée

- IA « passive » sans perception du besoin
- ✓ Déficience SAI
- ✓ Vidange rectale incomplète

- IA + diarrhée risque de fécalome « fausse IA »
- Questionnaire auto-administré de Jorge et Wexner

IA Score Cleveland Clinic

	jamais	1/mois	1/sem	>1/sem	quot
S solide	0	1	2	3	4
S liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Garnitures	0	1	2	3	4
Vie sociale	0	1	2	3	4

IA sévères > 13-15

Jorge DCR 1993

Hélène

- IU : association IU+IA ?
- Atcd chir pelvienne et suspicion de rectocèle
- Obésité
- Diabète
- TT amaigrissant Alli
- Atcd obstétricaux VV forceps
- Atcd neurochir H Discale

IA IU double incontinence

Association IA IU +++ (AM Leroi)

20% de SF consultants pour prolapsus pelvien et/ou IU (IU IUE ou instabilité vésicale) ont une IA associée.

FR communs

- Accouchement par voie vaginale avec poussée : troubles de la statique et neuropathie d'étirement voire att plexique
- Handicap moteur ou physique (démence, AVC, SEP, diabète...)
- Atcd chirurgie pelvienne hystérectomie ++ cure de cystocele

AM Leroi 2000

IA IU double incontinence

- Étude comparative IA + IU versus IU seule 8,7% IA (hors IA au gaz)
 - ✓ FF Délivrance vaginale et constipation chronique
 - ✓ Antécédent chirurgie gynécologique
 - ✓ Constipation terminale avec rectocèle plus fréquente
 - ✓ 80% IU de stress ; IA avec faible sensibilité rectale
 - ✓ Cause commune : dénervation pudendale (surtout 1er accouchement)
- Bilan MAR : perte du RRAC (dénervation striée) et hyposensibilité rectale
- Prise en charge IA + IU plus axée sur le travail du périnée par rapport à IA seule avec prise en charge par BFB
- La prévalence de la double incontinence est de 9,7% (l'âge est le facteur le plus important)

Lacima 2002



IA IU double incontinence

- Étude comparative IA + IU versus IU seule 8,7% IA (hors IA au gaz)
 - ✓ FF Délivrance vaginale et constipation chronique
 - ✓ Antécédent chirurgie gynécologique
- IA série Rhône-Alpes
 - ✓ Enquête postale (IA score Wexner >5)
 - ✓ Pop générale 5,1% ; HGE 13,2% ; gyn 5,1%
 - ✓ 78% de F ; tous âge (pic 80 ans)
 - ✓ 4/10 IU associée
 - ✓ Souffrance ++ (score SF32)
- IA série Denis
 - ✓ Facteurs associés à l'IA grade
 - ✓ Grade A : Sexe féminin, âge, patient en institution
 - ✓ Grade B : Hémorroïdectomie, cholécystectomie, hystérectomie
 - ✓ IU (30% pour Denis 1992)
 - ✓ Grade C : Origine obstétricale, maladie neurologique : AVC, démence, prolapsus pelvien qq le degré

ATCD de chir pelvienne rectocèle

SF associés à la rectocèle sont nombreux : troubles de l'exonération et/ou de continence.

1 Constipation associée à la rectocèle

- Efforts de poussée, manœuvres de contre appui, évacuation incomplète
- Pesanteur pelvienne voire procidence génitale (positionnelle)

2 IA et rectocèle

- IA passive post défécatoire par « trop plein » mauvaise évacuation

La rectocèle en tant qu'entité anatomique n'explique pas à elle seule près d'une fois sur 2 les troubles de l'évacuation++ (comparaison pre et post op des SF associés à la rectocèle) Gustilo-Aschby.

Symptômes cardinaux « orientation vers la prise en charge chirurgicale ».

Siproudhis 2008

IA et obésité

- IU et IA sont plus fréquent chez l'obèse : mécanismes physiopathologiques communs
- Prévalence des PFD (pelvic floor disorders) dans une population d'obésité morbide 91% vs 26% dans groupe contrôle
- L'obésité à la même importance que les atcd obstétricaux pour prédire la survenue d'une IA (Wasserberg 2007)
- Élévation de l'IMC de 5 points : aggravation du risque d'IA et des troubles de défécation (Erekson)
- Continence anale :
 - ✓ Gradient de pression ano-rectal est corrélée à l'IMC (pression intra rectale id pression intra-abdominale)
 - ✓ Pression normale intra-abdo 5-7 mmHg ; 9 à 14 si IMC > 35
- Défaut de vidange rectale car chez l'obèse le sd constipation-dyschésie est plus fréquent vs groupe témoin

Diabète MAR

- Altération des latences distales du NP : neuropathie périphérique
- Pression de repos
- ✓ Hypotonie anale (SAE et SAI) et défaut de CV
- ✓ Rôle du monoxyde d'azote en excès NO
- Présence d'une instabilité anale des pressions
- Altération du RAI chez le diabétique avec périodes de relaxation longue (>1mn) : rôle direct de l'hyperglycémie dans les relaxations spontanées du sphincter (IA nocturne)
- Paramètres sensitifs
- ✓ Le seuil de perception du ballonnet rectal est le paramètre le plus constamment perturbé, trouble de la discrimination ou méconnaissance d'une impaction fécale si dyschésie associée (IA+ constipation)

D. Soudan Pelvi Perineo 2010

Diabète

- **Diarrhée chronique**
 - ✓ Diarrhée chronique par neuropathie végétative (dysautonomie) motrice sans malabsorption (test au carmin +)
 - ✓ Diarrhée par pullulation microbienne (diarrhée chronique motrice parfois avec malabsorption) favorisée par la gastroparésie et l'achlorhydrie
 - ✓ Diarrhée d'origine iatrogène (biguanides sucres de régime)
- **Sd de constipation-dyschésie plus fréquent que l'IA mais moins bien**
 - ✓ TTC allongé chez les diabétiques constipés... Rôle de la neuropathie végétative dans le motricité ano-rectale sous dépendance du SNA (nerf pelvien parasympathique et nerf hypogastrique orthosympathique)

D. Soudan Pelvi Perineo 2010

IA sous Orlistat Xenical* Alli*

- « Spotting » sous orlistat
- Commercialisé depuis 1998 est un inhibiteur de lipases intestinales (inhibe l'absorption des triglycérides)
- Utilisé comme amaigrissant modifie la viscosité des selles et induit des troubles de la continence anale
- Jusqu'à 30% des graisses ingérées peuvent être éliminées dans les selles
- Résultats modestes : 20% des patients obèses (AMM : IMC > 30) perdront 10% de leur poids après 1 an
- Coût (129 à 156 Euros/mois), accessibilité++ internet
- Parmi les effets secondaires et malgré le respect des règles d'utilisation, le «fecal spotting» (taches de graisse) ou l'émission véritable de graisses par l'anus concerne de 12 à 27% des patients ; incontinence anale chez 8% des patients...

M. Fox 2004

IA et Atcd obstétricaux

- Forceps ?
- Echo-endoscopie anale EEA à la recherche d'une déchirure sphinctérienne associée : 10% (même si ces lésions sont beaucoup plus rares que sur les premiers travaux EEA, troubles plus sévères)
- Les trouble de continence post-partum ne reposent pas uniquement sur la présence de RSE même si occultes mais également sur des lésions de neuropathie
- Parmi les FF les TFI pré-existants semblent plus importants que les manœuvres obstétricales (extraction instrumentale)
- Influence sur la voie d'abord de la prise en charge chirurgicale (si déchirure : CI à un geste par voie endo-anale (Starr, Sullivan))

Brincat Int J. Gynecol Obstet 2009

IA et Atcd obstétricaux

- Multiparité
 - ✓ « Capital périnéal »
 - ✓ Sommation des lésions neurologiques
- Césarienne
 - ✓ Ne protège pas de la neuropathie
 - ✓ Importance de la durée du travail
- Gros bébé > 4kg
 - ✓ FR diabète ultérieur

IA et Atcd neurochir hernie discale

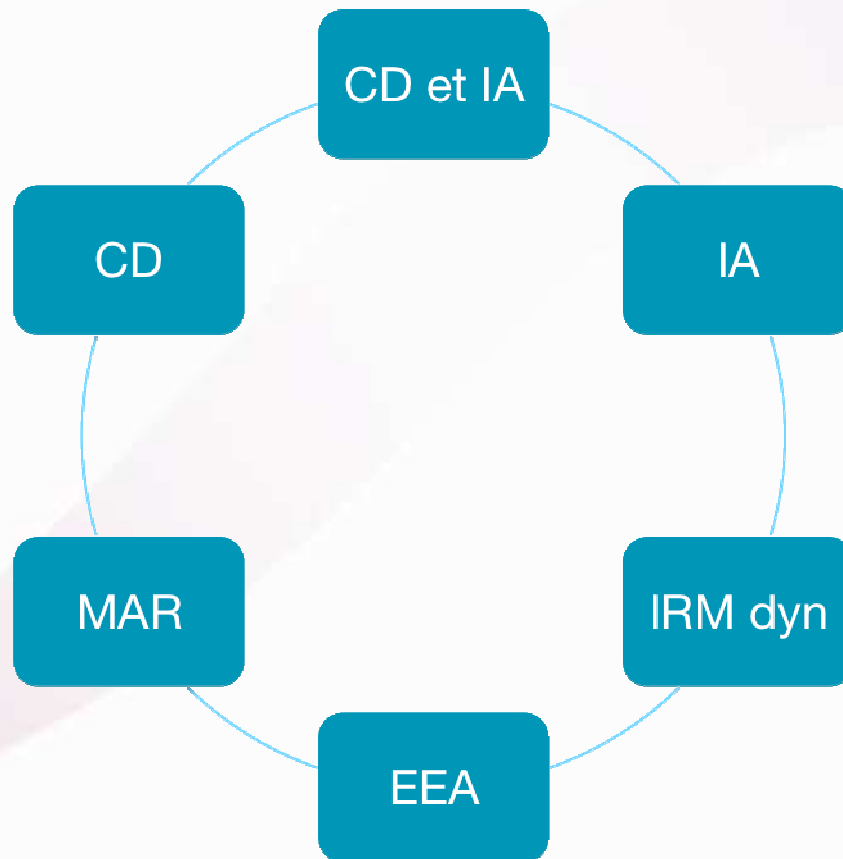
- Hernie discale lombaire avec séquelle déficit MIG et cervicale...
- Risque essentiellement lié à un sd de la queue de cheval (compression sacrée)
- ✓ Dénervation périnéale progressive : hypotonie périnéale et risque accru de prolapsus
- ✓ Éxonération par poussée abdominale (disparition de la contraction rectale et hypotonie SA mais persistance du RAI et stimulation possible par suppo)
- ✓ Neurovessie et nécessité de poussée abdominale
- ✓ Douleurs lésionnelles neuropathique

J.J. Labat 2001

Bilan pelvic floor disorders PFD

- Echo-endoscopie anale EEA (rupture SAE et/ou SAI)
- Manométrie ano-rectale MAR : caractérisation de l'IA (système resistif et capacitif), recherche d'une dyssynergie si CD
- Bilan morphologique IRM dynamique, colpo-défécographie, recherche d'un prolapsus ou d'une rectocèle associé à un trouble du compartiment ant ou moyen
- Bilan électrophysiologique

Bilan PFD...faire simple



Interrogatoire Ex
clinique

Bilan pelvic floor disorders PFD

- Diagnostic « physiopathologique » :
mécanisme
- Règles hygiéno-diététiques
- Tt médicaux
 - ✓ Laxatif et/ou ralentisseurs du transit
 - ✓ Tt local
- Rééducation BFB (pierre angulaire !)
- Neurostimulation sacrée
- Prise en charge chirurgicale