

ARTICLE ORIGINAL

RÉSULTATS DE LA RECTOPEXIE SELON ORR-LOYGUE DANS LA CURE DU PROLAPSUS TOTAL DU RECTUM DE L'ADULTE

RESULTS OF ORR-LOYGUE RECTOPEXY IN THE TREATMENT OF ADULT TOTAL RECTAL PROLAPSE

PA BÂ¹, O KÂ², FK DIALLO², M Cissé², SA SOUMAH³, B DIOP², CT TOURÉ².¹ Service de Chirurgie Générale. Hôpital Régional de Thiès, Sénégal.² Service de Chirurgie Générale. CHU A Le Dantec, CP 3001, Dakar, Sénégal³ Service de Chirurgie Générale, Hôpital Saint Jean De-Dieu, Thiès, Sénégal

RÉSUMÉ

Introduction: Le prolapsus total du rectum de l'adulte est une pathologie rarement rencontrée dans notre pratique. Le but de notre étude est d'évaluer les résultats fonctionnels de son traitement chirurgical par la rectopexie selon Orr-Loygue.

Patients et méthodes: Ce travail rétrospectif a porté sur 9 cas de prolapsus total du rectum de l'adulte opérés selon le procédé d'Orr-Loygue au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar entre décembre 1990 et avril 2007. Il a concerné 5 hommes et 4 femmes dont la moyenne d'âge était de 48 ans (22 ans - 69ans). La symptomatologie était dominée par la sensation d'une masse anale (9/9) suivie de la constipation (7/9) et de l'incontinence anale (3/9). Deux patients signalaient une rectorragie. L'ulcère solitaire du rectum était retrouvé dans un cas. Chez une patiente une cystocèle de grade 2 était associée au prolapsus rectal. La rectopexie selon Orr-Loygue était réalisée sous anesthésie générale, par laparotomie médiane.

Résultats: La morbidité et la mortalité étaient nulles. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours (5-10 jours). Après un suivi moyen de 13,6 mois (1-28 mois), l'incontinence anale avait bien évolué dans tous les cas. L'évolution de la constipation était favorable chez 5 patients après la rectopexie. Par contre, elle avait persisté chez un patient tandis qu'elle réapparaissait chez un autre 10 mois après l'intervention. Aucun cas de constipation induite n'était noté. Quant à l'ulcère solitaire du rectum, l'endoscopie de contrôle en postopératoire ne retrouvait qu'un aspect cicatriciel. Le prolapsus rectal a récidivé dans un cas.

Conclusion: La rectopexie selon Orr-Loygue corrige en même temps le trouble de la statique rectale et ses complications. Cependant, elle peut aggraver une constipation préexistante.

Mots-clés: prolapsus rectal, incontinence anale, rectopexie.

SUMMARY

Introduction: Total rectal prolapse in adult is rare in our practice. The aim of this study is to evaluate functional results of rectopexy according to Orr-Loygue method.

Patients and methods: This retrospective study examined 9 cases of complete rectal prolapses in adults operated by Orr-Loygue method at the Surgical Department of Aristide Le Dantec Hospital in Dakar, between 1990 and 2007. There were 5 men and 4 women whose average age was 48 years (22-69 years). Symptoms were dominated by sensation of an anal mass (9/9) followed by constipation (7/9) and anal incontinence (3/9). Two patients reported rectal bleeding. The solitary rectal ulcer was found in one case. In one patient cystocele was associated with rectal prolapse. The intervention was performed by laparotomy under general anesthesia.

Results: They were neither morbidity nor mortality. Mean hospital stay duration was 6 days (5-10 days). After a follow up of 13.6 months (1-28 month), anal incontinence was well improved in all cases. Evolution of constipation was favorable in 5 patients after rectopexy, while it persisted in a patient and reappeared in another case, 10 months after surgery. No case of induced constipation was noted. Postoperative endoscopy found a healing of solitary rectal ulcer. Rectal prolapse recurred in one case.

Conclusion: The Orr-Loygue rectopexy corrects simultaneously the rectal prolapse and its complications. However, it can aggravate pre-existing constipation.

Keywords: rectal prolapse, anal incontinence, rectopexy.

Tirés à part

Docteur Ousmane KA Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.
B.P. 6958 Dakar-Etoile. Dakar (Sénégal). Email: ousmaneka@yahoo.fr Tél: (221) 77 635 51 51

INTRODUCTION

Le prolapsus total du rectum (PTR) est l'extériorisation spontanée ou à la poussée de la totalité de la paroi rectale qui se déroule à travers l'anوس [1]. Sa physiopathologie est jusqu'à présent l'objet de controverses, expliquant la multitude des choix thérapeutiques. La rectopexie au promontoire à l'aide des bandelettes synthétiques est l'un de ces choix thérapeutiques. Elle vise à corriger de façon durable le trouble de la statique rectale et ses complications tout en évitant l'apparition ou l'aggravation d'une constipation postopératoire.

Le but de cette étude était de rapporter nos résultats après la rectopexie selon le procédé d'Orr-Loygue pour PTR de l'adulte.

MALADES ET MÉTHODES

Entre décembre 1990 et avril 2007 (16 ans), 16 patients étaient pris en charge au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec pour un PTR. Neuf d'entre eux ont eu une cure selon Orr-Loygue et ont fait l'objet de cette étude.

Il s'agissait de 5 hommes et de 4 femmes dont la moyenne d'âge était de 48 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 69 ans.

Chez les femmes, la parité moyenne était de 6 (extrêmes: 2 et 9). Le délai moyen entre l'apparition du prolapsus et la consultation était de 5,4 ans (extrêmes: 3 heures-10 ans). Au chapitre des antécédents, une

patiente avait bénéficié auparavant d'une hémorroïdectomie tandis qu'une autre avait un antécédent d'accouchement dystocique.

La symptomatologie était dominée par la sensation de boule anale (9/9) suivie de la constipation (7/9). Trois patients signalaient une incontinence anale. L'examen clinique permettait de faire le diagnostic de PTR dans tous les cas.

Le toucher rectal appréciait l'état du sphincter anal, à défaut d'une manométrie ano-rectale. Le sphincter anal était hypotonique chez tous les patients qui signalaient une incontinence anale (n = 3). En outre, le toucher rectal retrouvait une muqueuse rectale dure et irrégulière dans 1 cas, faisant suspecter un ulcère solitaire du rectum (USR).

Les autres troubles de la statique pelvienne associés étaient: une cystocèle de grade 2 avec une incontinence urinaire d'effort (IUE).

L'ano-rectoscopie était réalisée chez tous nos malades. Elle confirmait le diagnostic d'USR chez un patient et révélait une rectite congestive chez un autre.

Le lavement baryté demandé dans 1 cas mettait en évidence un méga-dolichocôlon et une évacuation incomplète du produit de contraste.

Un examen histologique des prélèvements biopsiques effectués au cours d'une ano-rectoscopie devant l'aspect de rectite congestive dans un cas, était en faveur d'une rectite aigue non spécifique.

Les données cliniques et paracliniques des 9 observations sont résumées dans le tableau.

Tableau : données cliniques et paracliniques des observations

	sexe	Age	Antécédents	Durée évolution	Symptômes	Données examen physique
1	F	39	Cure Hémorroïdes 2 gestes, 2 pares	10 ans	Sensation masse anale Constipation Rectorragies	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Muqueuse rectale dure irrégulière USR à l'endoscopie basse
2	M	22		6 ans	Sensation masse anale constipation	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Endoscopie basse normale
3	M	50	-	3 heures	Sensation masse anale Constipation Douleurs anales	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Endoscopie basse: anite hémorroïdaire à Lavement baryté : Mégadolichocolon avec évacuation incomplète
4	M	40	-	3 ans	Sensation masse anale Constipation Incontinence fécale	PTR à l'effort de poussée Sphincter hypotonique Endoscopie basse: rectite congestive
5	F	56	8 gestes, 7 pares	6 ans	Sensation masse anale Incontinence fécale	PTR à l'effort de poussée Sphincter hypotonique Endoscopie basse normale
6	F	52	10 gestes 9 pares	10 ans	Sensation masse anale Constipation Rectorragies	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Endoscopie basse normale
7	M	69	-	3 ans	Sensation masse anale Constipation	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Endoscopie basse normale
8	F	61	7 gestes, 6 pares Dystocie	10 ans	Sensation masse anale Constipation IUE	PTR à l'effort de poussée Sphincter normotonique Cystocèle grade 2
9	M	43	-	1 an	Sensation masse anale Incontinence fécale	endoscopie basse normale PTR à l'effort de poussée Sphincter hypotonique Endoscopie basse normale

L'intervention était réalisée par laparotomie médiane, sous anesthésie générale. Après une mobilisation de ses faces antérieure et postérieure jusqu'au plancher pelvien, le rectum sous-péritonéal était fixé par la suite au promontoire à l'aide de deux bandelettes synthétiques.

Une patiente avait bénéficié d'une cervico-cystopexie selon Burch pour une cystocèle de grade 2 dans le même temps opératoire que la rectopexie.

RÉSULTATS

Les suites opératoires étaient simples chez tous les malades avec une durée moyenne d'hospitalisation de 6 jours (extrêmes: 5 et 10 jours). Le recul moyen était de 13,6 mois (extrêmes: 1 et 28 mois).

Sur les 7 patients constipés en préopératoire, 5 ne se plaignaient plus de constipation en postopératoire. La constipation était réapparue 10 mois après l'intervention dans un cas alors que chez un autre malade elle restait inchangée. Aucun cas de constipation induite n'était noté.

L'incontinence anale avait bien évolué dans tous les cas (3/3).

L'ano-rectoscopie de contrôle ne retrouvait qu'un aspect cicatriciel chez la patiente qui présentait un USR. Un malade avait présenté une récurrence (à 13 mois) après rectopexie selon Orr-Loygue.

DISCUSSION

L'objectif de la chirurgie du prolapsus rectal est de corriger l'anomalie anatomique en évitant les récurrences mais aussi de restaurer une continence anale satisfaisante, tout en évitant l'apparition ou l'aggravation d'une constipation postopératoire [2].

Il s'agit donc d'une chirurgie fonctionnelle dont les résultats se jugent sur la qualité de vie après le traitement. Ainsi dans notre travail, la constipation a évolué favorablement chez 5 sur 7 de nos malades. Le fait important dans notre série, c'est de n'avoir retrouvé aucun cas de constipation induite qui est la complication habituelle après rectopexie. En effet, sa prévalence est estimée entre 17 et 71 % après une cure du prolapsus rectal par voie haute [3]. Plusieurs explications sont avancées : l'hypercorrection rectale avec une tension excessive de la prothèse, la dissection rectale étendue avec le risque de dénervation pelvienne, la méconnaissance d'une constipation de transit préopératoire [3-5]. Cette dernière hypothèse pourrait expliquer la réapparition de la constipation 10 mois après l'intervention chez la patiente de l'observation n°6 (tableau).

Le malade chez qui la constipation était inchangée, le lavement baryté en préopératoire avait révélé un mégadolichocolon et une évacuation incomplète du produit de contraste (observation n°3 voir tableau). Il

est admis que les patients présentant une constipation sévère avec un sigmoïde redondant ne devraient pas bénéficier d'une rectopexie isolée [4,6]. Une résection colique doit être associée à la rectopexie pour améliorer le résultat fonctionnel et la qualité du confort postopératoire vis-à-vis du symptôme constipation [3].

La guérison spontanée de l'USR est inhabituelle et prise en charge ne fait pas à ce jour l'objet d'un consensus. C'est le traitement efficace du trouble de la statique rectale, beaucoup plus que le traitement local de l'ulcère solitaire du rectum, qui entraîne la disparition de ce dernier [7]. Quoique pouvant aggraver ou induire une constipation, la rectopexie selon Orr-Loygue est reconnue comme étant la plus efficace pour le traitement de l'USR [8]. Ainsi, le seul cas d'USR dans notre étude a bien évolué après la rectopexie. L'ano-rectoscopie de contrôle n'a retrouvé qu'un aspect cicatriciel. Dieng [9] a rapporté de bons résultats après rectopexie dans un cas sur deux.

Une cervico-cystopexie selon Burch était effectuée dans le même temps opératoire que la rectopexie chez une patiente ayant présenté en plus du prolapsus rectal une cystocèle de grade 2 avec une IUE. En fait, l'association IUE et PTR n'est pas rare. Elle est retrouvée dans 35% des cas selon Peters et la prise en charge doit se faire de façon simultanée, de préférence par voie abdominale [10].

L'incontinence anale est multifactorielle et reconnaît plusieurs mécanismes. Pour certains, elle résulte d'un traumatisme direct des sphincters lié à la dilatation anale répétée par le prolapsus, d'une neuropathie pudendale d'étiologie [11,12]. Elle a bien évolué en postopératoire chez l'ensemble des patients chez qui elle avait été relevée. En effet, la correction chirurgicale du prolapsus rectal améliore les symptômes d'incontinence anale dans 27-88% des cas alors même qu'aucun geste chirurgical n'est effectué au niveau du canal anal [11].

Un seul de nos patients avait présenté une récurrence. Celle-ci serait probablement liée à la constipation qui n'avait pas bien évolué après le traitement chirurgical. La constipation postopératoire est un grand facteur de récurrence. Il apparaît, dans de nombreuses publications se rapportant au traitement du prolapsus rectal que toutes les interventions abdominales donnent un bon résultat anatomique avec un taux de récurrence de l'ordre de 5 % [3].

CONCLUSION

La chirurgie du prolapsus rectal est une chirurgie fonctionnelle. Les techniques sont nombreuses mais les meilleurs résultats sont obtenus après la rectopexie selon Orr-Loygue. Elle corrige en même temps le trouble de la statique rectale et ses complications.

REFERENCES

1. Detry R. Prolapsus rectal. *Louvain Med* 1999; 118: 246-249.
2. Gallot D, Martel P, Honigman I, Chenard X, Sezeur A, Malafosse M. Rectopexie selon Orr-Loygue dans le prolapsus total du rectum. *Ann Chir* 2000; 125: 40-4.
3. Lehur PA, Meurette G. Traitement chirurgical par voie abdominale du prolapsus rectal extériorisé. *Le Courrier de colo-proctologie* 2003;4: 100-104.
4. Siproudhis L, Ropert A, Gosselin A, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL. Constipation after rectopexy for rectal prolapse where is the obstruction? *Digestives Diseases and Sciences* 1993,38: 1801-1808.
5. Douard R, Tiret E. Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par promontofixation rectale (technique de Orr-Loygue). *J Chir* 2002; 139: 89-91.
6. Sielezneff I, Bulgare JC, Sastre B, Sarles JC. Résultats du traitement chirurgical du prolapsus rectal extériorisé de l'adulte: une expérience de 21 ans. *Ann Chir* 1995, 49: 396-402.
7. Sarles JC. L'ulcère solitaire du rectum: commentaires. *Ann Chir* 1994; 48: 149-50.
8. Suduca P. Traitement de l'ulcère solitaire du rectum. *Ann Gastro Enterol Hepatol* 1990, 26: 167-169.
9. Dieng M, Sanou DA, KA O, Konaté I, Dia A, Touré CT. L'ulcère solitaire du rectum: à propos de 2 cas traités par la technique d'Orr-Loygue. *Dakar Médical* 2004, 32: 32-35.
10. Pertes WA, Smith MR, Drescher CW. Rectal prolapse in women with other defect of floor support. *Am.J.Gynaecol* 2001, 184: 1488-1495.
11. Siproudhis L. Modalités thérapeutiques du prolapsus rectal. *Gastroenterol Clin Biol* 1998, 22: 134-141.
12. Igor Sielezneff. Thérapeutiques chirurgicales conventionnelles pour le traitement de l'incontinence anale et des troubles de la statique rectale. *Gastroenterol Clin Biol* 2003; 27: B117-B126.