

**TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL RÉCIDIVÉ : PRINCIPES DE
PRISE EN CHARGE ET APPLICATION À TROIS CAS CLINIQUES**

Jean-François GRAVIÉ

Clinique Saint-Jean-Languedoc, 20 route de Revel, 31077 Toulouse Cedex

Bien qu'il n'y ait pas de consensus (1) sur la prise en charge du prolapsus du rectum, il est acquis que la meilleure technique reste celle qui est la plus efficace avec une morbidité minimale et un résultat fonctionnel satisfaisant. Ces conditions aboutissent parfois à des approches radicalement différentes suivant les équipes avec des techniques opératoires très nombreuses.

En cas de récurrence, les critères de choix d'une nouvelle intervention sont-ils les mêmes ? La conduite à tenir est-elle influencée par l'intervention initiale ? Les résultats attendus sont-ils les mêmes qu'après une prise en charge de novo ?

En pratique il existe très peu d'articles qui rapportent cette prise en charge. Il n'est pas étonnant de retrouver la dualité entre les tenants des voies basses (2) et les tenants des voies hautes (3). Néanmoins l'hétérogénéité des séries publiées et les multiples interventions proposées plaident sans doute encore plus pour que cette prise en charge soit faite au cas par cas et sans choix dogmatique. Nous ne pouvons qu'être d'accord avec l'équipe de la Cleveland Clinic (4) concluant que le choix du meilleur traitement en cas de récurrence est le même que pour un prolapsus de novo.

Pour autant il ne s'agit pas forcément de ré-intervenir selon les mêmes modalités. Cette nouvelle prise en charge doit répondre à trois questions avant de déterminer la technique la plus appropriée au cas clinique ; comprendre les échecs de la chirurgie initiale, évaluer les séquelles fonctionnelles et les conséquences possibles d'une nouvelle intervention, déterminer la faisabilité d'une ré-intervention.

Comprendre et analyser les échecs de la chirurgie initiale :

Les résultats de la littérature distinguent les voies hautes des voies basses pour lesquelles les causes d'échec ne sont probablement pas identiques, les différentes techniques ne corrigeant pas toujours les mêmes anomalies.

Rechercher une cause n'est pas simple et en pratique peu souvent identifiable (3).

Devant une récurrence précoce, il faudra suspecter des insuffisances de correction dans le type de réparation initiale. L'existence d'un glissement du Douglas (hédrocèle) non-corrigée par une intervention de Delorme classique est un facteur de récurrence qui a conduit Lechaux (5) à proposer un Delorme élargi associant une résection du Douglas et une myorraphie des releveurs. L'absence de myorraphie dans les résections colorectales par voie basse peut être un facteur supplémentaire de récurrence (6, 7). La limitation de la dissection des ailerons du rectum dans la technique de Wells modifiée, afin de diminuer le risque de constipation post opératoire a conduit Speakman (8) à constater une augmentation des récurrences. Il peut s'agir également de malfaçon technique en cas de dissection insuffisante du rectum notamment vers le bas et/ou d'une fixation trop haute des bandelettes dans les voies hautes, ou de résection insuffisante rectocolique dans les voies basses.

Devant une récurrence plus tardive, interviennent d'autres facteurs comme les caractéristiques organiques des patients particulièrement à risque : laxité fibro-conjonctive des éléments de suspension des sujets jeunes ou disparition des éléments de soutien des patients au périnée descendu. Mais d'autres facteurs mal étudiés peuvent entrer en ligne de compte : l'existence ou non d'une constipation et d'un long passé d'effort violent au moment des exonérations, la méconnaissance de troubles de la statique de l'étage antérieur ou moyen qui, non-correctés, peuvent être à l'origine d'une décompensation de l'étage postérieur.

Évaluer les séquelles fonctionnelles de l'intervention initiale et les conséquences possibles d'un nouveau geste.

La démarche décisionnelle doit intégrer également comme elle le ferait à l'occasion d'une prise en charge de novo l'aspect fonctionnel : cette approche doit intégrer les séquelles de l'intervention initiale qu'il sera nécessaire d'évaluer par tous les moyens cliniques et para cliniques (défécographie, IRM dynamique, manométrie ano rectal, temps de transit colique) et les séquelles potentielles d'une nouvelle chirurgie, constipation, incontinence anale, dyschésie résiduelle, prolapsus associés qui sont autant de circonstances qui vont influencer le choix d'une nouvelle chirurgie.

L'existence d'une incontinence anale ou d'une constipation de transit séquelles de la première intervention est un élément important pour le choix d'une nouvelle intervention. On pourrait ainsi craindre une aggravation de l'incontinence en cas de reprise par voie basse et une majoration de la constipation si une voie haute était décidée. Comme pour une première intervention les voies basses peuvent entraîner dans quelques cas une aggravation de l'incontinence anale soit après Delorme (9) soit après Altemeier (10). Cette aggravation est liée en partie à la diminution du réservoir rectal, bien que peu fréquente elle est sans doute sous estimée. De même l'existence d'une constipation préexistante doit faire craindre une majoration de celle-ci si le choix d'une voie haute est retenu. Actuellement les techniques de dissection plus limitée et les techniques de fixation prothétique dites ventrales semblent réduire ce risque sans aggraver le taux de récurrence (11, 12).

Enfin bien qu'il semble que la réflexion du choix de la meilleure technique ne doit pas différer de la conduite à tenir de novo, il faut garder à l'esprit que les séquelles fonctionnelles d'une première intervention sont rarement améliorées après une nouvelle chirurgie pour récurrence (3).

Déterminer la faisabilité d'une ré-intervention

L'aspect technique de la reprise et la faisabilité du nouveau geste opératoire entre en ligne de compte. Les reprises par voie basse constituent la majorité des données dans la littérature. Aucune étude ne permet

d'argumenter sur le risque que représentent la morbidité et la mortalité de ce type de reprise compte tenu du biais de recrutement de ces interventions. A population identique, les taux de mortalité et morbidité sont identiques et c'est sans doute sur la faisabilité de l'intervention que le choix est fait. Ainsi une reprise par voie basse peut être envisagée le plus souvent (2) quel que soit l'intervention initiale par voie haute ou basse. Le Delorme peut être répété mais sa technique présente des limites face un prolapsus important lui faisant préférer une résection colorectale basse. Cependant la résection de type Altemeier doit être évitée en cas de résection colorectale associée à la fixation abdominale lors de la première intervention en raison des risques d'ischémie voire de nécrose rectale sur le segment laissé en place, elle doit être également évitée en raison du risque d'infection prothétique si le matériel exogène n'est pas simultanément retiré.

Les reprises par voie haute sont toujours possibles après intervention de Delorme, après résection colorectale par voie basse il s'agit plus d'une colopexie que d'une rectopexie. Le mode de fixation prothétique a peu d'influence sur le pourcentage de récurrences (13). Bien que les récurrences de PTE après fixation abdominale soient rares, il est indispensable de connaître le type de réparation réalisé précédemment et la nature de l'éventuel matériau prothétique utilisé. La notion d'une dissection complète du rectum (jusqu'au plancher pelvien avec libération des ailerons latéraux), l'utilisation de prothèse synthétique (dans la cloison recto vaginale et sur les faces latérales du rectum) font craindre une reprise difficile par voie haute avec un risque d'augmenter la morbidité. Les possibilités de reprise par voie haute vont d'une nouvelle fixation prothétique jusqu'à la résection anastomose (3).

En synthèse

Les principes de prise en charge des récurrences de prolapsus du rectum obéissent à des règles simples, mais qui doivent, peut être plus qu'en première intention, être appliqués au cas par cas (14).

Plusieurs points méritent à nouveau d'être rappelés :

- Il faut retenir que le meilleur traitement d'une récurrence est celui que l'on aurait proposé en première intention.
- Les traitements par voie haute et notamment les rectopexies, quelle que soit la méthode de fixation utilisée, sont les traitements les plus efficaces pour limiter le risque de récurrence.
- Les rectopexies sont en général réalisables après un premier traitement par voie basse. Les antécédents de pexie abdominale compliquent un nouvel abord par voie haute, mais ne le contre indiquent pas forcément, l'importance de la dissection rectale initiale et le mode de fixation prothétique influenceront sur la décision.
- Les reprises par voies basses sont certainement les plus fréquentes, mais le taux de re-récurrence est encore plus élevé qu'après une première intervention par voie basse (15). La résection

colorectale par voie basse est plus souvent pratiquée que le Delorme en cas de prolapsus important.

- Les séquelles fonctionnelles d'une première intervention sont rarement améliorées après une nouvelle chirurgie. Néanmoins une nouvelle évaluation clinique et para clinique peut être rendue nécessaire pour influencer sur le choix de l'intervention.

CAS CLINIQUE N°1

Récidive d'un prolapsus du rectum après une intervention par voie basse chez une patiente présentant une continence normale.

Observation :

Mme M. 42 ans suivie en établissement psychiatrique présentait un prolapsus total extériorisé irréductible et douloureux survenu brutalement à l'occasion d'un effort violent au moment de l'exonération. Elle a été hospitalisée en urgence pour la réduction de ce prolapsus après une légère sédation. Cette patiente a été opérée à l'âge de 36 ans d'un Delorme comprenant une plicature de la musculuse avec résection muqueuse. L'examen clinique différé après la réduction de son prolapsus ne reproduisait pas l'extériorisation du prolapsus, mais l'anus était béant bien que se contractant facilement avec un prolapsus muqueux évident. La patiente signalait des efforts importants pour aller à la selle quotidiennement depuis plusieurs mois avec parfois nécessité de réintégrer manuellement une boule qui s'extériorisait. Elle prenait des mucilages occasionnellement et disait ne pas avoir eu d'accident d'incontinence. Un temps de transit colique était considéré comme normal, une IRM dynamique ne trouvait pas de pathologie des étages antérieur et moyen mais une intussusception rectale intra-anales avec un glissement du cul-de-sac de Douglas et une entérocele. Une manométrie anorectale mettait en évidence une diminution de la contraction volontaire et du RRAI. Une défécographie était prescrite afin de comparer les données de l'IRM, celle-ci mettait en évidence une majoration du prolapsus rectal qui finalement s'extériorisait en fin d'exonération avec une hédrocèle probable, la mise en évidence du prolapsus pouvant être expliqué par la position plus physiologique de l'examen.

Finalement Mme M. a été réopéré par voie haute, une promontofixation ventrale a été réalisée sous coelioscopie, la dissection du bas rectum n'a pas posé de difficulté, une Douglassectomie a été effectuée dans le même temps opératoire. Les suites ont été simples et la patiente est sortie au quatrième jour.

Questions :

- 1- Les examens complémentaires étaient-ils justifiés pour cette nouvelle indication ?

2- L'absence de constipation de transit et l'existence d'une continence normale peuvent-ils influencer dans le choix de la technique opératoire ?

3- Le choix d'une nouvelle intervention par voie haute n'est-il pas un « désaveu » de l'indication initiale ?

Réponses et commentaires :

Les récurrences de l'intervention de Delorme sont fréquentes et s'aggravent avec le temps. Un Delorme élargi comprenant la cure de la hernie du Douglas et une myorraphie aurait de meilleurs résultats immédiats selon Lechaux (5) même si on constate une dégradation avec le temps.

Le profil psychiatrique de la patiente, ses efforts réguliers, continus et parfois violents pour aller à la selle, l'existence d'une hernie du Douglas avec entérocele vraisemblablement non-correcte initialement sont autant de facteurs prédisposant à une récurrence. La récurrence dans ce cas pouvait être attendue. L'existence d'un nouveau prolapsus du rectum doit faire envisager une reprise chirurgicale dont le choix de la technique doit se faire comme devant un cas de novo (4). Il est donc impératif de compléter l'examen clinique par un bilan fonctionnel comprenant au moins un TTC et un bilan morphologique tel qu'une IRM dynamique. La suspicion de troubles de la continence doit conduire à faire pratiquer une manométrie anorectale et une échographie sphinctérienne en cas de doute sur une rupture sphinctérienne. Dans le cas présent, le prolapsus a été sous-évalué par l'IRM dynamique, mais il a été bien mis en évidence par la défécographie.

L'âge de la patiente, l'absence de constipation de transit sévère, la volonté d'une correction durable a plaidé en faveur d'une correction par voie haute de type rectopexie prothétique.

D'une manière générale, la fixation par voie haute doit être envisagée en priorité car elle expose à moins de récurrence. Comme dans la chirurgie de première intention, l'existence d'une incontinence anale associée fait proposer une voie haute qui améliore ou guérit deux fois sur trois cette incontinence. Cependant bien qu'il n'existe pas de facteur prédictif validé, l'espoir d'une récupération de la continence peut être moindre chez les patients dont l'incontinence a été favorisée par un long passé de prolapsus, présentant un anus atone béant sans contraction, ou le patient dont l'incontinence est secondaire à la réduction de la capacité rectale d'une intervention de type Delorme ou d'une résection colo rectale de type Altemeier. Dans ces derniers cas, l'objectif principal sera une correction anatomique durable. La fixation prothétique par voie abdominale peut être effectuée facilement après Delorme, elle peut se faire plus exceptionnellement après une intervention de type Altemeier.

Une intervention préalable réalisée par voie basse n'implique pas forcément une reprise par la même voie remettant sans doute en question le choix initial. Dans certaines circonstances, il ne faut cependant pas exclure une reprise par voie basse particulièrement chez des sujets présentant un suivi psychiatrique lourd avec des tableaux de constipation sévère que toute intervention par voie haute pourrait aggraver. De plus le choix d'une reprise par voie basse selon une nouvelle intervention de Delorme ou d'Altemeier doit

s'entourer de prudence sur le pronostic de la continence anale car la diminution de la capacité du réservoir rectal qu'elles induisent risque d'entraîner une incontinence anale séquelle (9, 10).

CAS CLINIQUE N°2

Récidive d'un prolapsus du rectum après une intervention par voie basse chez une patiente présentant une incontinence anale complète.

Observation :

Mme D. 92 ans opérée il y a dix ans d'une intervention de Delorme a consulté pour suintements et incontinence aux selles liquides et parfois solide l'obligeant à porter des garnitures en permanence. Cette incontinence anale s'était progressivement dégradée au fil du temps depuis l'intervention initiale de Delorme. On notait dans ses antécédents deux accouchements difficiles par voie basse avec déchirure périnéale.

L'examen clinique met tait en évidence un anus béant atone se contractant faiblement, en poussée un prolapsus rectal complet s'extériorisant facilement.

Aucun examen complémentaire n'était demandé, la patiente était ré opéré sous anesthésie locorégionale par voie basse. En per-opératoire, l'évagination était complète sur environ 8cm. Compte tenu du volume du prolapsus, une intervention de Altemeier a été préférée. Elle mettait en évidence une hédrocèle, permettait une résection complète du rectum jusqu'au-delà de la charnière rectosigmoïdienne, et associait une myorrhaphie des releveurs avec réalisation d'une anastomose colo anale. Les suites étaient simples et la patiente sortait au quatrième jour. Revue à six mois le résultat anatomique était bon, mais l'on ne constatait pas d'amélioration de la continence.

Questions :

- 1- Des examens complémentaires étaient-ils nécessaires pour prendre une décision ?
- 2- Pouvait-on espérer une amélioration de la continence ?
- 3- Le risque d'une re-récidive existe t il ?

Réponses et Commentaires

Le motif de la consultation était ciblé sur les problèmes de continence, l'apparition très progressive de la récidence n'avait semble t il pas inquiétée la patiente. Il est intéressant de remarquer que l'incontinence anale a suivi l'intervention initiale de Delorme. L'âge de la patiente, la réduction du volume rectal et les antécédents obstétricaux difficiles ont sans doute décompensé un appareil sphinctérien fragilisé. Aucun examen complémentaire n'a été effectué chez cette patiente car l'ancienneté des troubles et l'âge de la

patiente laisser présager d'une non-récupération de cette continence. Par contre la question de l'indication initiale pouvait se poser à posteriori car une hypo continence documentée alors aurait pu faire discuter le choix entre une voie basse ou une voie haute. Face à cette récurrence, le choix était limité à une simple correction anatomique sans prétention sur le résultat fonctionnel.

D'une manière générale face à une récurrence après voie basse, une récurrence majeure concernant tout le cylindre rectal avec la jonction rectosigmoïdienne nous fait d'emblée préférer une résection rectosigmoïdienne (Altemeier), même si l'ablation de l'ampoule rectale induit des modifications de la fonction anorectale (impériosité, selles fractionnées, etc...). La myorraphie des releveurs permettrait d'améliorer la continence et de diminuer le risque de récurrences (6,7).

Après une résection rectosigmoïdienne l'intervention de Delorme est impossible car la mucosectomie et la plicature du cylindre musculaire colique sont techniquement irréalisables. Une nouvelle résection doit être envisagée avec une myorraphie des releveurs si celle-ci n'avait pas été faite précédemment. Dans ces cas les résultats sur la continence anale sont décevants en raison des modifications anatomiques cicatricielles de la région anorectale du fait d'une deuxième anastomose colo anale.

La reprise par voie basse expose à un risque important de nouvelle récurrence, ce qui n'empêchera pas une nouvelle résection itérative.

CAS CLINIQUE N°3

Récurrence après chirurgie par voie haute

Observation:

Mme D. 39 ans présentait une récurrence d'un prolapsus total extériorisé du rectum opéré 5 ans auparavant par une intervention de Wells par laparotomie. Une colectomie avait été réalisée un an après la rectopexie initiale pour l'aggravation d'une constipation de transit.

Outre l'existence d'un PTR l'examen clinique mettait en évidence une pathologie des trois étages confirmée par une IRM dynamique avec une hystérocèle de grade IV. La patiente n'était pas constipée et présentait une continence anale et urinaire normale.

L'intervention initiale ayant consisté en l'interposition d'une prothèse dans l'espace pré sacré fixée aux faces antérolatérales du rectum, elle permettait d'envisager une nouvelle approche abdominale, cette fois ci dans le plan antérieur de l'espace recto vaginal libre à priori de toute dissection. L'existence d'un prolapsus utérin associé et la volonté d'une conservation utérine ont incité à une reprise par voie haute. La patiente a été réopérée par coelioscopie, l'intervention a permis de libérer l'espace recto vaginal jusqu'au plancher des releveurs sans chercher à retrouver la prothèse posée initialement et a permis de réaliser une triple fixation prothétique au promontoire.

Le résultat à trois ans était considéré comme satisfaisant.

Questions :

- 1- Une voie haute précédente contre indique t elle une nouvelle reprise par voie abdominale ?
- 2- L'existence d'un prolapsus des autres étages peut-elle influencer sur le mode de correction chirurgical ?

Réponses et commentaires :

Les récurrences de PTE après fixation abdominale sont rares. Il est indispensable de connaître le type de réparation réalisé précédemment et la nature de l'éventuel matériau prothétique utilisé. La notion d'une dissection complète du rectum (jusqu'au plancher pelvien avec libération des ailerons latéraux), l'utilisation de prothèse synthétique (dans la cloison recto vaginale et sur les faces latérales du rectum) font craindre une reprise difficile par voie haute avec un risque d'augmenter la morbidité. L'alternative sécuritaire en général est une reprise par voie basse. La résection de type Altemeier doit être évitée en cas de résection colorectale associée à la fixation abdominale lors de la première intervention en raison des risques d'ischémie voire de nécrose rectale sur le segment laissé en place. Elle doit être également évitée en raison du risque d'infection prothétique si le matériel exogène n'est pas simultanément retiré. La seule alternative d'une reprise par voie basse est donc l'intervention de Delorme bien que le risque de récurrence ultérieure est plus élevé qu'après un Delorme réalisé en première intention.

A côté des rares cas de récurrences proprement dits après rectopexie abdominale, il est plus fréquent de constater des prolapsus muqueux résiduels après fixation antérieure. Il ne s'agit pas d'une récurrence à proprement parler mais plutôt de séquelle de l'intervention initiale, réalisant une intussusception muqueuse intra-anale. Rarement décrits dans la littérature, ils peuvent parfois expliquer les syndromes d'obstruction fécale après rectopexie. Leur prise en charge est essentiellement proctologique selon différentes techniques instrumentales ou chirurgicales.

REFERENCES

1. Bachhoo P, Brazelli M, Grant A. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;CD001758.
2. Fengler SA, Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP, Cinron JR, Hambrick E et al. Management of recurrent rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997;40:832-4
3. Hool GR, Hull TL, Fazio VW. Surgical treatment of recurrent complete rectal prolapse : a thirty-year experience. *Dis Colon Rectum* 1997;40:270-2.
4. Pikarsky AJ, Joo JS, Wexner SD, Weiss EG, Noguera JJ, Agachan F et al. Recurrent rectal prolapse : what is the next good option ? *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1273-6.
5. Lechaux JP, Lechaux D, Perez M. Result's of Delorme procedure for rectal prolapse , advantages of a modified technique. *Dis Colon Rectum* 1995;38:301-07
6. Claeys N, Kartheuser A, Colin JF, Hoang P, Lengele B, Van Wymersch T et al. Prolapsus rectal total traité par rectosigmoïdectomie périnéale : moins de récidence que prévu ? *Ann Chir* 1998;52692.
7. Chun SW, Pikarsky AJ, You SY, Gervaz P, Efron J, Weiss E et al. Perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse : role of levatorplasty. *Tech Coloproctol* 2004;8:3-9
8. Speakman CTM, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *Br J Surg* 1991;78:1431-33.
9. Watts AMJ, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. *Br J Surg* 2000;87:218-22.
10. Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R. The Altemeier repair : out patient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*;44:565-70.
11. Portier G, Iovino F, Lazorthes F. Surgery for rectal prolapse : Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence. *Dis Colon Rectum* 49(8):1136-40.
12. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral recto pexy for total rectal prolapse. *Br J Surg* 2004;91:1500-5.
13. Brown AJ, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG. Strategy for selection of type of operation for rectal prolapse based on clinical criteria. *Dis Colon Rectum* 2004;47:103-7.
14. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, Bergamaschi R ; For the Rectal Prolapse Recurrence Study Group. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse : a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data. *Dis Colon Rectum* 2005 48(6):1200-6.
15. Steele SR, Goetz LH, Minami S, Madoff RD, Mellgren AF, Parker SC. Management of rectal prolapse : surgical approach influences outcome. *Dis Colon Rectum* 2006 49(4) :440-45.