

# **STRATEGIE DIAGNOSTIQUE D'UNE DYSCHESIE**

## **DIAGNOSIS OF DYSCHEZIA**

**Laurent SIPROUDHIS, Marianne ELEOUTE, Véronique  
DESFOURNEAUX, Stéphane ABITTAN, Jean-François BRETAGNE**

CHU Pontchaillou - Pôle abdomen. - 2 r Henri Le Guilloux - 35033 RENNES Cedex 9 –

Tél : 02 99 28 43 11 - Fax : 02 99 28 41 89 - [laurent.siproudhis@chu-rennes.fr](mailto:laurent.siproudhis@chu-rennes.fr)

## **Résumé**

La constipation d'évacuation est une situation peu satisfaisante à la fois pour les malades qui s'en plaignent et les médecins consultés. Les premiers ont des réticences à évoquer des symptômes jugés dégradants. Les seconds ont des difficultés de prise en charge liées à des stratégies peu différenciées (constipation). Cependant, une évaluation symptomatique précise (consistance des selles), un examen dynamique anorectal (anisme, rectocèle) et un test d'expulsion au ballonnet permettent de planifier la prise en charge dans les situations les plus habituelles.

## **Summary**

Outlet constipation is a frustrating condition for both patient and clinician. The former is reluctant to evoke this disabling condition. For the latter, decision making remains uncertain since non-specific strategies are unhelpful (constipation). Thus, careful symptomatic assessment (stool consistencies), dynamic examination of the anorectal area (anismus, rectocele) and balloon expulsion test may plan therapeutic options in current situations.

## **Mots clés**

Constipation d'évacuation, dyschésie, anisme, rectocèle, test d'expulsion, manométrie, défécographie

## **Key words**

Outlet constipation, dyschezia, anismus, rectocèle, expulsion test, manometry, evacuating proctography

## **Introduction et définitions**

Les récentes recommandations françaises pour la pratique clinique précisent « La constipation est un désordre digestif complexe qui correspond à une insatisfaction lors de la défécation, due soit à des selles peu fréquentes, soit à une difficulté pour exonérer, soit les deux. Sa définition est imprécise car elle repose sur une association symptomatique et la perception subjective des malades ». [1] Les troubles fonctionnels anorectaux sont donc au cœur de la physiopathologie de la constipation. Ils se caractérisent par une impossibilité d'évacuation du contenu rectal dans des conditions simples. On les trouve décrits dans la littérature sous le terme de constipation d'évacuation, obstacle à l'évacuation, dyschésie, anisme, dyssynergie abdominopelvienne ou dyssynergie pelvienne. [2] Planifier une stratégie diagnostique d'une dyschésie, c'est donc prendre en considération un ou plusieurs symptômes semblant le reflet d'un trouble de l'évacuation rectale, en identifier le mécanisme, et planifier les grandes orientations thérapeutiques. Des algorithmes simples de prise de décision sont également proposés pour faciliter une application clinique immédiate.

## **Position du problème**

Les signes de constipation d'évacuation sont des symptômes assez fréquemment rapportés chez les personnes qui consultent en proctologie et dans les unités de soins spécialisés. [3,4] En revanche, les données épidémiologiques françaises sont peu nombreuses et l'analyse des filières de prise en charge imprécises [5]. Par ailleurs, il est rarement fait état des associations symptomatiques parce que le thérapeute considère, à tort ou à raison, que les malades ont habituellement un seul type de plainte qui motive l'avis médical ou chirurgical. Finalement, les plaintes fonctionnelles anorectales sont souvent sous estimées par la réticence qu'ont les personnes malades à évoquer des symptômes jugés dégradants et les thérapeutes à rechercher un handicap dont ils ont des difficultés à assurer la prise en charge. Les troubles de

l'évacuation concernent environ un tiers de personnes déclarant souffrir d'une constipation c'est-à-dire 11 % des répondeurs d'une enquête de sondage réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française [6]. Les troubles de l'évacuation concernent trois fois plus souvent les femmes que les hommes. Les principales plaintes sont une impression d'évacuation incomplète (50,5 %), une sensation d'exonération difficile (61,7 %) et des efforts importants de poussée pour évacuer (77,2 %) [7]. Une enquête française par questionnaire auto-administré (31 items) adressé par voie postale s'est attachée à préciser les principaux symptômes anorectaux survenus dans l'année qui a précédé l'envoi du questionnaire (N = 10 000) : les troubles fonctionnels anorectaux concernaient plus d'une personne sur quatre : les troubles de l'évacuation sont rapportés chez 22,4 % (N = 1611) d'entre eux. Les éléments marquants des résultats concernent la fréquence des associations symptomatiques, le retentissement symptomatique sur la qualité de vie et le caractère limité de demande de prise en charge médicale. Les troubles de l'évacuation rectale sont présents chez au moins deux tiers des incontinents fécaux. Pour autant, la demande de soins et de prise en charge médicale reste perfectible : 53 % des personnes ayant une constipation d'évacuation n'ont jamais consulté pour ce motif. Dans la moitié des cas, il n'a été proposé aucune exploration complémentaire à ceux qui ont consulté : les examens d'explorations fonctionnelles (défécographie, échographie et manométrie) ne sont réalisés que dans 0,3 à 3,6 % des cas [8].

## **Enjeux du diagnostic**

La prise en charge des troubles fonctionnels anorectaux comme la constipation d'évacuation repose implicitement sur la recherche d'une solution thérapeutique non chirurgicale lorsqu'elle est envisageable. La demande de prise en charge des plaintes s'exprime lors de la

première consultation mais sa formulation et l'attente du malade ne sont parfois pas clairement précisées. La demande peut être celle d'une réassurance diagnostique simple (manœuvres endovaginales défécatoires efficaces mais jugées anormales) ou d'une approche non invasive (constipation d'évacuation intermittente chez une personne âgée). De fait, il est important que le clinicien consulté fasse clairement préciser les plaintes dans leur diversité, leur retentissement, qu'il priorise la plainte à prendre en charge et qu'il définisse les approches thérapeutiques acceptables par le malade. Finalement, l'objectif fixé par le malade et celui du praticien consulté sont parfois différents. Une disparition complète est souvent une option trop ambitieuse et c'est une source d'insatisfaction de la personne soignée. En dehors du cas précis des prolapsus rectaux ou génitaux, l'approche chirurgicale d'emblée des troubles fonctionnels anorectaux est le plus souvent graduée et multimodale. De fait, le recours à des explorations complémentaires ne sera le plus souvent entrepris que lorsqu'une approche chirurgicale est envisagée. Cette stratégie par palier doit être connue et expliquée au malade pour entraîner son adhésion et une motivation suffisante à chaque étape du traitement. Le praticien doit ainsi proposer une sorte de plan de soins, des outils d'évaluation simples (calendrier des selles et de leur consistance, échelle de consistance des selles) ainsi que des rendez vous de suivi et d'évaluation.

### **Outils du diagnostic**

Dans l'approche diagnostique première d'une personne consultant pour une constipation d'évacuation, trois questions sont déterminantes : la constipation est-elle organique ou fonctionnelle ? Quelle est l'intensité de la plainte ? Quelle est la plainte dominante ?

### **Outils recommandés**

Le praticien confronté à la prise en charge de troubles anorectaux même « fonctionnels » peut à juste titre se poser la question de la pertinence d'explorations supplémentaires à son examen clinique avant d'orienter la prise en charge thérapeutique, notamment dans l'identification d'une maladie organique. Les recommandations françaises invitent à la réalisation d'une exploration coloscopique lorsque les symptômes de constipation sont apparus après 50 ans et en présence de signes d'alarme (antécédents personnels de cancer gynécologique, rectorragies, anémie, glaires, syndrome rectal, ténesme, recherche positive de sang dans les selles, perte de poids, constipation sévère ne répondant pas au traitement, aggravation d'une constipation chronique sans cause évidente) [1]. Les recommandations américaines incitent à la réalisation d'une numération globulaire, du dosage des hormones thyroïdiennes, de la glycémie, de la créatininémie et de la calcémie. La coloscopie est proposée chez les malades de plus de 50 ans [2].

L'objectif second de l'examen clinique est d'une part de tenter de corrélérer les symptômes et les troubles fonctionnels avec les anomalies anatomiques objectives, tout en recherchant les associations, et d'autre part d'identifier le mécanisme dominant susceptible d'une prise en charge chirurgicale. Les principales explorations sont aujourd'hui représentées par les tests d'expulsion, la manométrie anorectale, le temps de transit colique et la pelvigaphie dynamique (défécographie avec opacification des différentes filières pelviennes).

Les recommandations françaises mettent la manométrie anorectale au cœur des explorations fonctionnelles à prescrire dans le bilan d'une constipation fonctionnelle parce que cette exploration permet le diagnostic d'anomalies responsables de troubles de l'évacuation : anisme, mégarectum, hypertonie instable et maladie de Hirschsprung. Elles recommandent de fait la réalisation d'une manométrie anorectale et d'un temps de transit colique par marqueurs radio-opaques pour apprécier le caractère distal d'une constipation, évoquer une inertie colique et à des fins diagnostiques lorsqu'il existe une discordance entre

le calendrier de selles et les allégations symptomatiques. Elles ne recommandent pas la réalisation d'une exploration radiologique de type défécographie en cas de constipation chronique isolée mais uniquement dans les situations où les explorations précédentes sont normales, s'il existe des signes évocateurs d'un trouble de la statique pelvienne ou lorsque qu'une chirurgie pelvipérinéale est recommandée (accords professionnels). Une stratégie empirique de prise en charge thérapeutique de première ligne est proposée à l'issue des deux explorations. Elles recommandent le recours à des laxatifs osmotiques, des mucilages et des émoullients dans toutes les situations, une rééducation par biofeedback lorsque la manométrie est anormale et une évaluation psychiatrique lorsque la manométrie et le temps de transit colique sont normaux [1].

Les recommandations américaines suggèrent le recours aux explorations complémentaires en cas d'échec des traitements laxatifs. Elles invitent à entreprendre à la fois une manométrie, un temps de transit colique, un test d'expulsion et une défécographie. La normalité des explorations invite à évoquer non un trouble psychiatrique mais une expression dominante du syndrome de l'intestin irritable. Les stratégies diagnostiques de la dyschésie dépendent des anomalies rapportées par la manométrie (Hirschsprung, hypertonie, anisme) et la défécographie (troubles de la statique pelvienne). En cas de troubles fonctionnels pelviens, une recommandation alternative peut reposer en première intention sur les laxatifs locaux et la rééducation. La défécographie peut être réservée aux personnes pour lesquels le trouble de l'évacuation (test d'expulsion rectal) persiste après rééducation [2].

### **Réserves sur les orientations prises dans les recommandations**

Le recours systématique aux explorations complémentaires dans la stratégie diagnostique d'une constipation potentiellement de cause organique est pourtant discutable. Les revues



systematiques de la littérature ne recommandent pas le recours à des explorations systématiques morphologiques et hormonales dont le rendement diagnostique est faible [9]. Dans la situation précise d'une symptomatologie dyschésique dominante, l'examen endoscopique de la cavité rectale et du canal anal peut sembler suffisante.

Les critères de Rome sont des outils utiles au diagnostic positif d'un syndrome de l'intestin irritable. L'évaluation de la composante de constipation n'y est le plus souvent que secondaire et encore sous estimée par les critères de Rome III. Ils ne sauraient définir la constipation.

### **Les questionnaires auto-administrés**

Ils peuvent être utilisés dans le dépistage et l'analyse de la réponse thérapeutique dans une population sélectionnée de malades souffrant d'une constipation fonctionnelle. Le questionnaire auto administré de Kess semble aujourd'hui l'outil le mieux validé parce qu'il prend en compte à la fois les dimensions de la constipation de transit et d'évacuation [10]. Sa sensibilité et sa robustesse ont été évaluées à la différence d'autres questionnaires symptomatiques développés pour la promotion et l'évaluation de certaines techniques chirurgicales (score ODS).

### **L'examen clinique**

Il suffit le plus souvent à l'identification des principales anomalies tant anatomiques (rectocèle, prolapsus rectal) que fonctionnelles (anisme). Si son meilleur atout est représenté par son excellente valeur prédictive négative, il est insuffisant au diagnostic d'entéroccèle, de lésion sphinctérienne, de troubles de la sensibilité ou de la compliance rectale. Il ne quantifie pas toujours correctement la taille et la position d'une rectocèle [11]. Il ne permet pas enfin de préciser le trouble dominant en cas d'association (anisme et rectocèle). Finalement, il ne permet pas de quantifier objectivement un trouble de l'évacuation. Dans ces situations, le

recours à des examens fonctionnels complémentaires est utile à l'orientation et à la prise en charge des troubles de l'évacuation.

### **L'étude du temps de transit colique**

L'exploration reposant sur l'analyse de marqueurs radio opaques dans une population de malades constipés montre que ce paramètre ne permet pas d'identifier les malades ayant une constipation. L'allongement du temps de transit colique est observé chez 38 à 80 % des personnes souffrant de constipation. La méthode est peu sensible. Elle a une mauvaise reproductibilité intra individuelle chez un tiers d'entre eux notamment chez ceux qui souffrent d'une dyschésie. Chez ce dernier groupe de personnes, il n'existe aucune corrélation entre les données quantifiées du temps de transit colique d'une part, les symptômes de dyschésie d'autre part et la qualité de l'évacuation rectale évaluée en défécographie [12].

### **La manométrie anorectale**

L'intérêt de l'exploration manométrique a un intérêt potentiel limité à quatre situations de prise en charge thérapeutique : pour trois d'entre elles, l'impact sur la prise en charge thérapeutique est insignifiant. Dans le diagnostic d'anisme ou dyssynergie anorectale et compte tenu de la mauvaise spécificité des techniques standards, il est indispensable de coupler les données de la manométrie anale avec celles d'une évaluation objective de la qualité de l'évacuation. Dans l'identification d'anomalies compatibles avec le diagnostic de maladie de Hirschsprung, l'absence de réflexe recto anal inhibiteur est un élément du diagnostic non invasif important et sa spécificité chez l'enfant est de 97 %. Par contre, son intérêt diagnostique chez l'adulte est limité par la prévalence faible de cette affection en cas de constipation chronique sévère (0,1 %). Dans le diagnostic d'hypertonie sphinctérienne : cette anomalie fonctionnelle représente aujourd'hui un trouble fonctionnel documenté de la constipation chez l'enfant mais les cibles thérapeutiques pratiques sont minces. En dépit d'une reproductibilité et d'une valeur informative vraiment limitées, c'est finalement la seule

méthode simple qui permette une évaluation des qualités fonctionnelles du réservoir rectal. Mais là encore, les enjeux thérapeutiques liés à la constatation d'un « mégarectum manométrique » sont en dehors des rares formes dites congénitales particulièrement limités. En définitive, le clinicien doit attendre de la manométrie anorectale qu'elle conforte un diagnostic clinique d'asynchronisme recto sphinctérien ou d'anomalie des performances fonctionnelles du canal anal. Cette méthode ne peut pas représenter un examen de première intention parce que sa valeur diagnostique est limitée. Raza et al soulignent la faible puissance et les mauvaises sensibilités de la manométrie anorectale dans un travail analysant la prise en charge diagnostique de 298 malades souffrant de troubles fonctionnels anorectaux. Sa faible valeur ajoutée à la prise en charge des malades souffrant de troubles de la continence ou de l'évacuation conduit ces auteurs à ne pas utiliser cette exploration en routine dans ces indications [13]. En revanche, le test d'expulsion représente un test simple ayant une valeur prédictive négative et une spécificité de 97 et 89 %. Un ballonnet rempli d'eau tiède (50 ml) doit pouvoir être évacué sans effort majeur et dans un délai moyen d'une minute. Lors de la description princeps, une traction de 200 gr était exercée sur le ballonnet pour rendre la méthode parfaitement reproductible. Il s'agit d'une méthode simple et peu coûteuse. Il représente un test simple de dépistage de l'anisme chez les malades constipés [14].

### **Explorations radiologiques**

Les principales mesures chiffrées acquises lors de l'exploration radiologique de la défécographie sont de peu d'aide à la prise en charge de la dyschésie. Le degré de descente périnéale observé au repos ou lors de l'effort de poussée par rapport aux structures fixes du pelvis et l'angle que forme le canal anal avec l'ampoule rectale sont des données classiquement mesurées mais peu reproductibles et peu spécifiques. La reproductibilité de telles mesures intra individuelles et/ou inter observateurs est mauvaise. Ceci explique au moins partiellement pourquoi ces mesures n'ont pas de valeur d'orientation étiologique et peu

de spécificité. Par contre, le diagnostic de rectocèle bénéficie d'une excellente reproductibilité inter et intra observateurs (81 et 84 % respectivement), au même titre que celui de prolapsus rectal interne ou extériorisé (88 et 81 % respectivement), d'entérocele ou de sigmoïdocèle (90 et 89 % respectivement). L'évaluation de la qualité de l'évacuation rectale est bonne quand elle concerne la partie basse du rectum (concordance inter et intra observateurs de 93 et 94 % respectivement) mais plus mauvaise quand elle s'attache à quantifier la qualité de l'évacuation de la partie haute du rectum. L'interprétation des données fonctionnelles observées impose également beaucoup de prudence parce que les anomalies sont fréquentes et fréquemment associées, notamment chez les sujets dyschésiques : deux anomalies sont observées en association près de quatre fois sur cinq et trois anomalies plus d'une fois sur trois. Ces données sont souvent mal corrélées aux données symptomatiques. Finalement, les données de l'examen clinique offrent une excellente valeur prédictive négative dans le diagnostic des troubles de la statique rectale avec une bonne concordance avec des données défécographiques lorsque l'évaluation est faite avant et après chirurgie [15].

Les explorations d'imagerie récentes comme l'IRM apportent des sources incomparables dans le champ des concepts pathogéniques et l'exploration musculo-aponévrotique du pelvis. Elles confortent la curiosité des anatomistes et des chirurgiens mais elles sont aujourd'hui peu utiles à la prise de décision thérapeutique dans le champ des troubles de la statique pelvienne. La quantification des troubles de la statique pelvienne est imparfaite avec ces méthodes et il existe de nombreuses sources d'erreurs de mesure. La reproductibilité inter-observateurs y est souvent mauvaise. Finalement, cette exploration n'est pas effectuée dans des conditions très physiologiques et la dynamique pelvienne y est très artificielle [16].

## **Une bonne connaissance des cadres de prise en charge thérapeutique facilite la démarche du diagnostic**

Les stratégies thérapeutiques de prise en charge des troubles fonctionnels de l'anus responsables d'une constipation d'évacuation sont aujourd'hui validées. Elles reposent classiquement sur la réalisation d'une rééducation par biofeedback et de façon alternative par l'injection de toxine botulique. La rééducation par méthode de biofeedback permet de corriger plus efficacement les troubles de l'évacuation de façon significative lorsqu'elle est comparée à un traitement laxatif conventionnel avec biofeedback simulé. Les paramètres symptomatiques, les scores et index de la constipation ainsi que la qualité de l'évacuation rectale évaluée objectivement sont significativement améliorés avec cette procédure [17]. Dans un travail prospectif récent, Farid et al ont comparé le bénéfice de ces deux approches après randomisation chez 48 patients. Le bénéfice à court terme était supérieur chez les malades traités par toxine botulique (71 % vs 50 %) mais comparable à moyen terme (33 % vs 25 %) au biofeedback [18]. Cette étude conforte les données d'une étude prospective ouverte précédente évoquant l'efficacité d'une injection unique de toxine botulique (Botox 60 U) chez les malades souffrant d'une constipation d'évacuation [19].

Chiarioni et al ont illustré la place spécifique des prises en charge médicamenteuse ou rééducative chez les malades qui souffraient de troubles de l'évacuation [20]. Dans ce travail 109 malades présentaient une contraction inappropriée de l'appareil sphinctérien lors d'une défécation simulée. Ils ont fait l'objet d'une randomisation avant traitement soit par traitement laxatif simple soit par une rééducation instrumentale de type biofeedback. Après 6 et 12 mois, 43 des 54 (79,6 %) malades traités par biofeedback rapportaient une amélioration symptomatique majeure alors que 12 des 55 (21,8 %) traités par laxatifs seuls se disaient améliorés ( $p=0,001$ ). A 24 mois, le bénéfice symptomatique se maintenait à un même niveau chez 44 des 54 (81,5 %) traités par biofeedback.

En cas de test d'expulsion satisfaisant, les troubles fonctionnels décrits peuvent être le reflet d'un trouble de la motricité colique, de la consistance des selles ou encore d'un trouble de la statique rectale (procidence interne du rectum, prolapsus rectal extériorisé). Dans ces situations, le recours à des méthodes rééducatives est habituellement peu efficace. Un travail prospectif randomisé a évalué l'impact des méthodes rééducatives seules chez les malades constipés en se basant sur les données de leur temps de transit colique pré thérapeutique. Le niveau de bénéfice fonctionnel était faible chez les malades ayant un temps de transit colique pré thérapeutique allongé : le niveau de satisfaction restait faible, la consommation de laxatifs était stable et l'allongement du temps de transit colique demeurait inchangé au cours des 24 mois de suivi [21].

Chez les malades ayant des troubles de l'évacuation et des anomalies de la statique pelvienne telles que la présence d'une rectocèle de grande taille ou une procidence interne de haut grade, la cure chirurgicale améliore à la fois les anomalies anatomiques et les symptômes d'évacuation y compris lorsque ceux-ci sont quantifiés par des scores validés [22,23].

## **Algorithmes décisionnels simples**

### **Situations simples**

L'algorithme le plus simple repose sur le recours à une échelle de consistance des selles, un examen clinique et éventuellement un test rectal d'expulsion au ballonnet. Cette stratégie suffit à une prise en charge diagnostique courante.

L'évaluation de la consistance des selles n'est habituellement pas prise en compte dans les algorithmes diagnostiques et thérapeutiques des recommandations nationales [1,2]. Des travaux anciens de physiologie anorectale montrent pourtant que la qualité de l'évacuation

dépend de la texture du contenu intrarectal [24]. Ce constat a une réalité clinique vérifiée par l'amélioration habituelle des symptômes dyschésiques chez les malades constipés chroniques traités par laxatifs. On dispose d'une échelle d'aspect des selles développée pour les études en population par Heaton et al (1982), d'utilisation simple et efficace pour les malades [25].

Ainsi, l'approche diagnostique et thérapeutique de troubles de l'évacuation pourrait-elle se résumer à un traitement d'épreuve par laxatifs émoullissants, osmotiques ou de lest lorsque les selles sont de consistance dure ou très dure (Bristol 1 & 2). Dans les autres situations, il n'y a pas de logique cohérente à proposer un traitement par laxatifs. Les données de l'examen clinique sont alors fondamentales : elles doivent s'attacher à rechercher une inversion de commande sphinctérienne, une hypertonie anale ou des troubles de la statique pelvienne. Les explorations ne seront effectuées que lorsque l'anomalie est présente, qu'elle mérite confirmation et orientation de prise en charge (rééducation par biofeedback, chirurgie de troubles de la statique pelvienne). Lorsque ces anomalies ne sont pas présentes, l'excellente valeur prédictive négative de la clinique dispense du recours à des explorations complémentaires (Fig. 1). On peut concevoir que le praticien consulté n'ait pas une confiance en son examen clinique du fait de son manque d'expertise dans ce domaine ou d'un doute clinique. Dans cette situation, les tests d'expulsion ou d'évacuation prennent toute leur valeur (Fig. 2). L'échec à l'expulsion témoigne soit d'un obstacle anal à la défécation soit d'un trouble de la statique rectale de type rectocèle. Dans ces situations, le recours à des explorations complémentaires est nécessaire pour confirmer cette hypothèse, quantifier le trouble et orienter la stratégie thérapeutique. La manométrie pourra ainsi quantifier l'hypertonie et/ ou l'intensité de la dyssynergie. Elle guidera la rééducation par biofeedback en précisant les cibles thérapeutiques. La défécographie précisera le volume de la rectocèle, le degré de stase rectale post défécatoire et la cinétique d'évacuation. Elle précisera les autres troubles de la statique rectale à prendre en compte si une chirurgie est planifiée.

## **Situations délicates**

Il est néanmoins des situations où la stratégie diagnostique est plus délicate notamment lorsque la consistance des selles est normale et que l'examen clinique n'apporte aucun argument pour un anisme ou un trouble de la statique rectale (Fig. 3). La présence de signes urinaires à type de dysurie doit représenter des signes d'alerte au diagnostic d'une maladie neurologique à expression pelvienne dominante (lésions centrales mais aussi médullaires ou caudales). Un examen neurologique périnéal (réflexe anal à l'étirement ou à la stimulation nociceptive, examen de la sensibilité périphérique) et le recueil de données générales sont indispensables (sclérose en plaques, syndrome du canal lombaire étroit, déficits moteurs ou sensitifs systématisés). Des explorations complémentaires seront le plus souvent nécessaires (bilan urodynamique, IRM encéphalomédullaire). Dans les autres situations, il convient de renseigner plus précisément le terrain de survenue (diabète, obésité, chirurgie pelvienne passée, antidépresseurs et neuroleptiques). Chez ces malades, l'activité motrice rectale et la transmission pelvienne des efforts de poussée sont défailtantes mais aucune exploration ne permet une analyse fine de ces troubles. Les données consignées dans le compte-rendu d'examen sont malheureusement le plus souvent très insuffisantes.

## **Conclusion**

Il semble exister en pratique courante un intérêt limité à évoquer et explorer les symptômes de constipation d'évacuation. Les malades ne sont pas enclins à exprimer des plaintes dont l'expression est souvent dégradante (manœuvres digitales d'évacuation, suppositoires, lavements, efforts de poussée). Le praticien consulté doit souvent faire preuve d'empathie et de délicatesse pour évoquer ces plaintes. Les questionnaires auto administrés peuvent aider à une première approche. La clé de l'exploration diagnostique d'une dyschésie reste l'examen



clinique fonctionnel du périnée. Les principaux outils complémentaires doivent rester simples (échelle de Bristol, test d'expulsion) et ils sont souvent suffisants à guider la thérapeutique de première ligne.

## Références

- [1] Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, et al. Recommandation pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-35.
- [2] American gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000;119:1761-78.
- [3] Damon H, Dumas P, Mion F. Impact of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:16-20.
- [4] Sailer M, Bussen D, Debus ES, Fuchs KH, Thiede A. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *Br J Surg* 1998;85:1716-9.
- [5] Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, et al. Prévalence de l'incontinence anale de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:344-50.
- [6] Chaussade S, Minic M, Delchef A, Brezault C. Etude épidémiologique de la constipation en France: définitions, incidence démographique et facteurs prédictifs d'utilisation d'un système de soins. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27;2:P52 (abstract).
- [7] Ducrotté O, Gordin J, Savariau B, Allaert FA. Pharmaco-épidémiologie de la constipation chronique en médecine générale. Enquête nationale transversale sur 1736 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26;2:P21 (abstract).
- [8] Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. Defecation disorders: a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006;49:219-27.
- [9] Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1605-15.

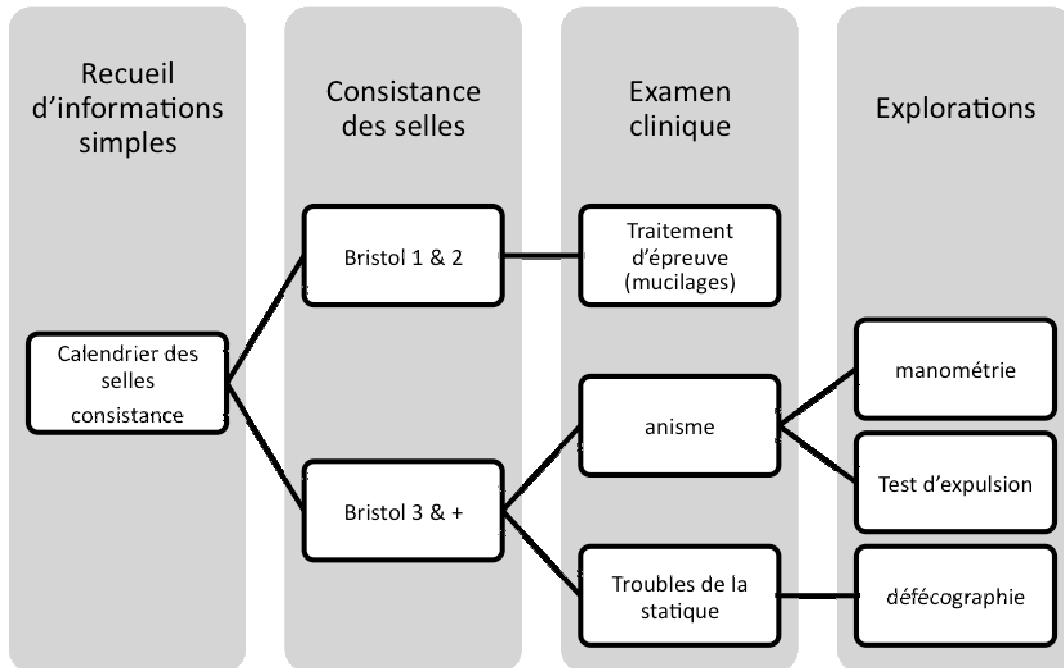
- [10] Knowles CH, Scott SM, Legg PE, Allison ME, Lunniss PJ. Level of classification performance of KESS (symptom scoring system for constipation) validated in a prospective series of 105 patients. *Dis Colon Rectum* 2002;45:842-3.
- [11] Burrows LJ, Sewell C, Leffler KS, Cundiff GW. The accuracy of clinical evaluation of posterior vaginal wall defects. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:160-3.
- [12] Cowlam S, Khan U, Mackie A, Varma JS, Yiannankou Y. Validity of segmental transit studies used in routine clinical practice, to characterize defaecatory disorder in patients with functional constipation. *Colorectal Dis* 2008;10:818-22.
- [13] Raza N, Bielefeldt K. Discriminative value of anorectal manometry in clinical practice. *Dig Dis Sci* 2009 (sous presse).
- [14] Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, Hernandez V, Almela P, Añon R, et al. Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004;126:57-62.
- [15] Finco C, Savastano S, Luongo B, Sarzo G, Vecchiato M, Gasparini G, et al. Colpocystodefecography in obstructed defecation: is it really useful to the surgeon? Correlating clinical and radiological findings in surgery for obstructed defecation. *Colorectal Dis* 2008;10:446-52.
- [16] Morren GL, Balasingam AG, Wells JE, Hunter AM, Coates RH, Perry RE. Triphasic MRI of pelvic organ descent: sources of measurement error. *Eur J Radiol* 2005;54:276-83.
- [17] Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:331-8.

- [18] Farid M, El Monem HA, Omar W, El Nakeeb A, Fikry A, Youssef T, et al. Comparative study between biofeedback retraining and botulinum neurotoxin in the treatment of anismus patients. *Int J Colorectal Dis* 2009;24:115-20.
- [19] Maria G, Cadeddu F, Brandara F, Marniga G, Brisinda G. Experience with type A botulinum toxin for treatment of outlet-type constipation. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2570-5.
- [20] Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, Morelli A, Bassotti G. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology* 2006;130:657-64.
- [21] Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology* 2005;129:86-97.
- [22] Dindo D, Weishaupt D, Lehmann K, Hetzer FH, Clavien PA, Hahnloser D. Clinical and morphologic correlation after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1768-74.
- [23] Renzi A, Talento P, Giardiello C, Angelone G, Izzo D, Di Sarno G. Stapled trans-anal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrome caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:999-1005.
- [24] Bannister JJ, Davison P, Timms JM, Gibbons C, Read NW. Effect of stool size and consistency on defecation. *Gut* 1987;28:1246-50.

[25] Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut* 1992;33:818-24.

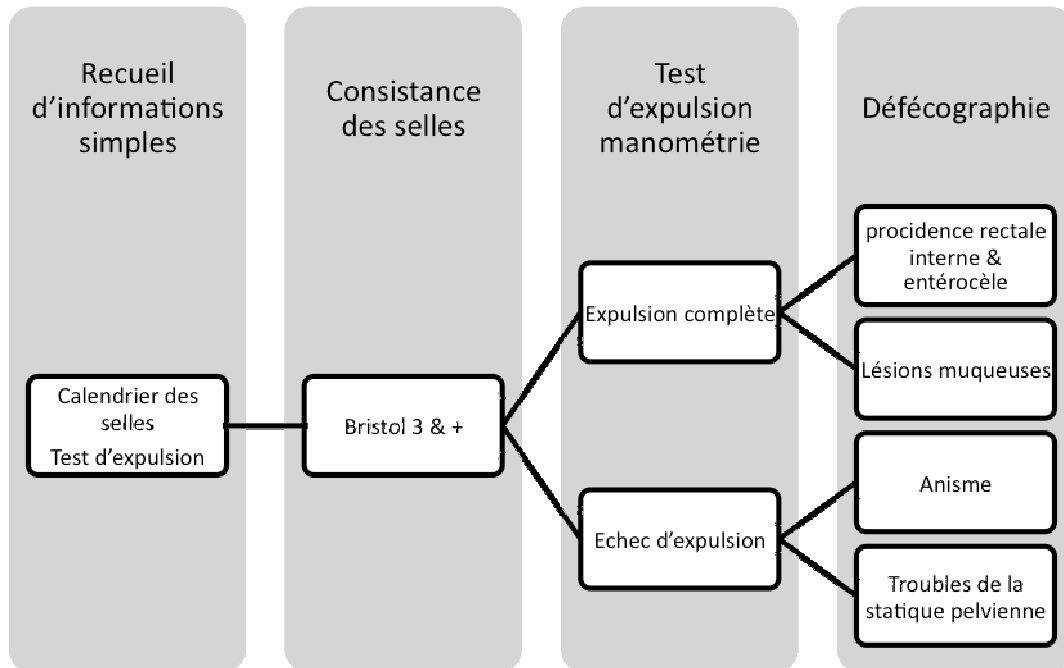
**Figure 1** J'ai confiance dans mon examen clinique

*I am confident with my own clinical assessment*



**Figure 2** Je n'ai pas confiance dans mon examen clinique.

*I am not confident with my own clinical assessment*



**Figure 3** Certaines situations délicates.

*Cautions in specific situations*

