

Procto digest^{0.1}

ISSN : 1261-7458 **l'actualité en proctologie** > SUPPLÉMENT À LA LETTRE DU CREGG

Éditorial

La naissance de *Procto digest*

La gestation fut longue. Les débats autour de cette revue allaient parfois bon train. Fallait-il, à l'instar des commissions cancérologie, hépatologie et MICI, embrayer le pas et avoir « notre » *Procto digest* ? La question principale que nous nous sommes posée concernait l'utilité d'une nouvelle revue en proctologie. À côté du *Courrier de Coloproctologie* – revue officielle de la Société Nationale Française de Coloproctologie –, de *Disease of the Colon and Rectum*, des numéros thématiques de nos partenaires de l'industrie, y avait-il une place pour une nouvelle revue consacrée à la proctologie faite par des proctologues libéraux, tous animateurs et acteurs de la commission proctologie du CREGG ?

Cette commission est née de la nécessité et du désir de partager nos expériences et notre savoir-faire, et de la volonté de nous perfectionner en allant au contact d'autres proctologues. Les bases du compagnonnage en proctologie *made in CREGG* étaient jetées. Sous l'influence de ses fondateurs Philippe GUYOT, Alain VERDIER et Pierre COULOM puis sous la présidence de Jacques RUMEAU, la commission proctologie a essentiellement vécu de ses stages en France et en Europe. Outre la qualité de l'enseignement prodigué, ces stages ont permis de nouer des liens amicaux avec les chefs des grandes écoles étrangères, de faire connaître et de défendre la proctologie médicochirurgicale faite par des gastroentérologues telle que nous la pratiquons en France. Le niveau de l'enseignement basé sur les principes du compagnonnage et la bonne humeur légendaire des membres de cette commission ont attisé certaines convoitises. Nous sommes ainsi passés, en l'espace de quelques années, de 15 à 50 membres. Il devenait alors difficile de nous déplacer tous ensemble aux quatre coins de l'hexagone et, *a fortiori*, hors de nos frontières. Le principe des réunions thématiques annuelles a ainsi vu le jour. Elles ont permis la tenue de débats passionnés sur la prise en charge des fistules dans le mythique *St Mark's hospital de Londres*, sur le traitement des localisations ano-périnéales de Crohn ou sur les examens d'imagerie en proctologie.

La disparition des stages pratiques, pour une spécialité où le compagnonnage est encore un des piliers de l'enseignement initial, restait problématique. Depuis 3 ans, nous avons relancé ces stages par petits groupes de 5 à 6 personnes. Chacun de ces petits groupes de stagiaires se fait fort de réaliser un rapport de stage vidéo afin que l'ensemble des membres de la commission puisse en bénéficier. Nous espérons pouvoir mettre bientôt ces images à la disposition de tous les membres du CREGG *via* le site www.cregg.org ou *via* la réalisation d'un DVD.

La commission proctologie est donc animée et dynamique. Depuis sa création, elle doit son développement à l'investissement de tous et au soutien inflexible de la société McNeil S. A. S. Ainsi décrite, la commission proctologie semble répondre à ce que l'on peut attendre d'une commission du CREGG. Et pourtant ! ... les critiques, parfois acerbes dont on a déjà été l'objet, nous ont fait réfléchir. Qu'apporte réellement cette commission au CREGG ? Certes, le compagnonnage en proctologie est un élément majeur et moteur de la vie du CREGG ; mais en fait, jusqu'à aujourd'hui, il se limite essentiellement, pour ne pas dire presque exclusivement, aux stages de chirurgie proctologique. Même si ces stages ne sont pas limités aux seuls membres de notre commission, ils intéressent le petit monde des proctologues chirurgicaux. Or, l'activité de proctologie ne se limite pas, loin s'en faut, à la chirurgie. Les gastroentérologues libéraux sont, chaque jour, confrontés à des patients venant pour des problèmes de la sphère anorectale. Or, à quelques exceptions près et en dehors d'une démarche personnelle volontariste, notre formation initiale en proctologie, que l'on soit issu de la filière de l'internat A, de la filière DES ou de la filière CES, a trop souvent été très pauvre. Qui d'entre nous n'a pas été confronté aux premières prises de décisions en proctologie lors d'un premier remplacement ? Il en va de même pour notre formation continue. Les proctologues se retrouvent dans leurs réunions annuelles et en particulier lors des Journées de Coloproctologie. Même si le taux de fréquentation est remarquable et en perpétuelle progression, de nombreux gastroentérologues n'ont pas le temps et la

chance d'assister à ces Journées de très haute tenue scientifique. Loin de vouloir jouer le rôle de la FMC ou celui de notre société savante, la commission proctologie peut, peut-être, rendre service au plus grand nombre. Nous avons ainsi mis l'accent sur la page *Proctologie* du site www.cregg.org. Dans la même lignée, c'est ainsi et dans cet esprit que naît **Procto digest**. Le choix du comité de rédaction a été de vous proposer des résumés et commentaires des articles qui nous ont marqués. La sélection de ces articles a été faite par chacun d'entre nous de façon purement arbitraire. Cette année, figurent les résumés du congrès de la SIFUD et de la réunion de

l'AGEPA. Dès l'an prochain, nous aimerions ajouter aux commentaires d'articles, des résumés de congrès et, en particulier, des Journées Régionales en Proctologie (AGEPA, collège PACA de coloproctologie, collège lyonnais de coloproctologie, ...).

Vos commentaires et vos critiques sont les bienvenus : ils nous permettront de mieux répondre à votre attente.

Bonne lecture !

Franck DEVULDER (Reims)

Sommaire

Éditorial

La naissance de *Procto digest*

Franck DEVULDER

Incontinence fécale

– Le « spotting » sous orlistat (Xenical®) : tentative d'éclairage ...

Xavier LESAGE

– Incontinence fécale du patient neurologique : résultats cliniques du tampon obturateur anal Peristeen Obtal®

Alexandre IVANOVIC

– Le silicone au secours des incontinents

Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS

– Le micro-ondes sort de nos cuisines ...

Franck DEVULDER

Complications de l'anopexie

Résultats d'une étude multicentrique française

Denis SOUDAN

Traitement des fissures anales

Le modèle français

Jean-Michel BIDART

Traitement d'entretien par Influximab pour maladie de Crohn fistulisante

Moins d'hospitalisations et de chirurgie

Agnès SÉNÉJOUX

Fistules anales

– Fistules rectovaginales acquises de l'adulte

Philippe GUYOT

– Encoller les fistules : le traitement de choix des fistules complexes ?

Laurent ABRAMOWITZ

Proctalgies fugaces

La piste de la neuropathie pudendale ?

Michel GOMPEL

« Mets de l'huile !... »

Jean-Michel ROUILLON

En direct des congrès

– Le congrès de la SIFUD : Nantes 2-4 juin 2005

Michel QUÉRALTO

– XVI^e réunion de L'AGEPA

Pierre-Étienne BORD

Secrétaire de rédaction :

Franck DEVULDER (Reims)

Comité de rédaction :

Laurent ABRAMOWITZ (Paris), Jean-Michel BIDART (Mougins), Pierre-Étienne BORD (Agen), Michel GOMPEL (Montélimar), Philippe GUYOT (Lyon), Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS (Chamalières), Alexandre IVANOVIC (Le Havre), Xavier LESAGE (Armentières), Michel QUÉRALTO (Colomiers), Jean-Michel ROUILLON (Carcassonne), Agnès SÉNÉJOUX (Paris), Denis SOUDAN (Paris)

Mise en page et impression : **bialec**, nancy

Dépôt légal n° 63397 - septembre 2005



ALN
Éditions

ISBN : 2-914703-23-6
EAN : 9782914703239

ALN ÉDITIONS 127, RUE SAINT-DIZIER 54000 NANCY

Incontinence fécale

LE « SPOTTING » SOUS ORLISTAT (XENICAL®) : TENTATIVE D'ÉCLAIRAGE...

Xavier LESAGE (Armentières)

The physical properties of rectal contents have effects on ano-rectal continence: insights from a study into the cause of spotting on orlistat. M Fox and coll. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(12):2147-56

Commercialisé depuis 1998, l'orlistat (Xenical® Roche) est un inhibiteur de lipases intestinales permettant d'inhiber l'absorption des triglycérides. Jusqu'à 30 % des graisses ingérées peuvent être éliminées dans les selles. Prescrit par gélules de 120 mg, associé à un régime adapté, au cours ou juste après les principaux repas, ses résultats semblent modestes puisque seuls 20 % des patients obèses (IMC > 30 selon l'AMM du produit) perdront 10 % de leur poids après 1 an d'utilisation... Néanmoins, et malgré un coût non négligeable (129 à 156 €/mois), ces thérapeutiques d'appoint sont très facilement accessibles aux nombreux consommateurs par Internet, et leur marché est florissant !...

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 ; des phénomènes d'incontinence anale sont rapportés chez 8 % des patients...

Fox et coll. de Zurich rapportent une étude originale permettant d'affiner la compréhension des mécanismes mis en cause dans les relations entre le contenu rectal et la continence anale après « exposition muqueuse » à l'orlistat.

Quatre groupes de patients volontaires non-obèses ont subi des explorations de la fonction de continence anale par étude des pressions sphinctériennes (manométrie), de la compliance rectale (barostat) et un test original de rétention après remplissage rectal.

Ces tests ont été pratiqués en aveugle à 4 reprises pour chaque volontaire avec des lavements variant par leur consistance et viscosité (proche des selles ou huileux) ou par la présence de placebo ou d'orlistat.

Les lavements d'acides gras et ceux contenant de l'orlistat n'ont pas modifié la fonction anorectale ni la qualité de la continence après remplissage rectal.

Un volume de remplissage rectal plus important a pu être réalisé pour les lavements à haute viscosité par rapport aux lavements de plus basse viscosité.

Les patients à contraction volontaire correcte ont pu retenir un volume plus important de lavement à faible viscosité que les patients à faible contraction volontaire.

Le volume retenu de lavement à haute viscosité est, par ailleurs, resté indépendant de la fonction anorectale.

Ces constatations permettent de conclure que la présence même d'orlistat ou d'acide gras au contact de la muqueuse rectale n'influence pas sur les capacités de remplissage rectal ou la qualité du sphincter alors que la faible viscosité des selles après ingestion d'orlistat entraîne des variations significatives des paramètres de la continence.

La conclusion de ce travail est donc que la fréquence du « spotting » lors de la prise d'orlistat pourrait dépendre, bien sûr, de la qualité de la fonction anorectale préexistante mais, surtout, de son action directe sur les modifications des propriétés physiques des selles.

INCONTINENCE FÉCALE DU PATIENT NEUROLOGIQUE : RÉSULTATS CLINIQUES DU TAMPON OBTURATEUR ANAL PERISTEEN OBTAL®

Alexandre IVANOVIC (Le Havre)

P.A. LEHUR, J.-C. LEONARD, J.-M. GUYS, F.X. COUTANT, R. BESSON, C. NIHOUL-FEKETE. Faecal incontinence in neurological patients: Clinical results of anal plug Peristeen Obtal®. *Correspondances en pelvi-périnéologie* 2004; 4(3):20-31

RÉSUMÉ : L'incontinence fécale du patient neurologique est une pathologie fréquente, invalidante, souvent occultée. Malgré l'essor de nouvelles thérapies, une proportion non négligeable de patients reste réfractaire au traitement conventionnel. Une étude clinique contrôlée, ouverte, prospective, multicentrique, a été menée chez 32 patients *spina bifida* (23 hommes, 9 femmes, âge moyen 16 ans, avec une incontinence fécale sévère, pluri hebdomadaire) afin d'évaluer la tolérance et l'efficacité d'un tampon obturateur anal. L'efficacité était évaluée sur un score de symptômes (score de Jorge et Wexner et questionnaire de Schuster à l'inclusion ; évaluation au quotidien pendant l'étude) et de qualité de vie (questionnaire de l'ASCRS). Pendant l'utilisation du tampon anal, 82.2 % des patients ont rapporté une continence anale quasi complète (≤ 2 fuites de selles sur en moyenne 18 jours d'utilisation du tampon). L'évaluation de la qualité de vie, à J0 et en fin d'étude, a montré une diminution de l'impact des pertes fécales incontrôlées sur la vie quotidienne (12 sur 14 items) et sur le psychisme des patients (16 sur 17 rubriques) ainsi qu'une amélioration significative de l'appréciation globale de l'état de santé. La tolérance a été bonne dans 90.6 % des cas. Cette étude démontre que le tampon obturateur anal Peristeen Obtal® est un dispositif sûr, bien toléré, qui diminue significativement les épisodes de fuites fécales et améliore significativement la qualité de vie.

Mots-clés : Incontinence anale – Qualité de vie – *Spina bifida* – Blessé médullaire – Sclérose en plaques – Tampon obturateur anal Peristeen Obtal® – Étude clinique contrôlée.

Voici un article original d'une revue peu connue : *Correspondances en Pelvi-Périnéologie*.

Simplifier, sans être simpliste, la prise en charge de l'incontinence anale et/ou améliorer la qualité de vie des incontinents anaux est une tâche singulière et difficile.

À partir d'une série exemplaire de 32 patients neurologiques (*spina bifida*) de 16 ans d'âge moyen, l'utilisation du tampon obturateur anal Peristeen Obtal® a été étudiée par P. A. LEHUR et collaborateurs.

Le produit est un tampon à usage unique disponible en deux tailles (diamètre de 37 mm ou de 45 mm une fois dilaté). Ce tampon est constitué d'une mousse de polyuréthane comprimée, et se place dans le rectum à la façon d'un suppositoire. Au contact de la muqueuse, le film superficiel hydrophile se délite en moins d'une minute ; le tampon s'ouvre alors en corolle et vient s'appliquer sur la paroi rectale assurant la fermeture du canal anal. Le retrait se fait par traction douce sur le cordon situé à l'extrémité du tampon. Il est recommandé de ne pas le laisser en place plus de 12 heures. La qualité de l'étude repose sur un questionnaire d'autoévaluation de l'incontinence anale, notamment sur les critères de Jorge et Wexner, la moyenne des patients étant cotée à 15/20, donc il s'agit d'une incontinence anale grave. Les différents tableaux concernant l'évaluation de cette incontinence anale sont fournis à la fin de l'article – aussi bien, donc, le score précité que le questionnaire Schuster, ainsi que l'évaluation de la qualité de la vie par un questionnaire de l'ASCRS.

Une fois un pré test réalisé, c'est-à-dire le choix du type de tampon par le patient, le test a été effectué avec évaluation et visite de fin d'étude qui portaient :

- sur la continence ;
- sur la fréquence des épisodes de pertes fécales ;
- sur l'acceptabilité par les patients avec estimation des critères de « confort, sentiment de sécurité, facilité d'introduction et de retrait, souhait de poursuivre l'utilisation de tampon » ;
- sur la tolérance « douleur et effets secondaires éventuels, en particulier locaux » ;
- et, enfin, sur la qualité de la vie à J0 et en fin d'étude.

Il faut noter 4 sorties de l'essai de façon prématurée pour : – inefficacité (1 patient) ; – inconfort (2 patients) ; – et pour rectorragies d'intensité légère (1 patient).

L'efficacité était intéressante puisque, sur les 548 tampons utilisés, des fuites fécales n'ont été rapportées que 42 fois, soit une continence totale obtenue avec 92.4 % des tampons. Parmi les 28 patients qui ont poursuivi l'étude, 82.2 % ont rapporté une continence anale quasi complète, c'est-à-dire moins de 2 fuites de selles sur 18 jours en moyenne d'utilisation du tampon.

Il est intéressant de noter que les deux tiers des patients ont choisi la plus grande taille de tampon qui semble donc plus efficace alors que, lorsqu'ils choisissaient la petite taille, cela était surtout motivé par la facilité d'application et le confort. La durée du port du tampon était de 8.8 heures en moyenne. La

mise en place et le retrait ont été jugés faciles dans 97 et 100 % des cas respectivement.

Ainsi, à la fin de l'étude, 87.1 % des patients se sont déclarés prêts à continuer à utiliser le tampon Peristeen Obtal®, et ils étaient 96.8 % à affirmer qu'ils recommanderaient son utilisation.

L'incontinence anale constitue un problème important aussi bien du point de vue des patients que du point de vue de la prise en charge médicale en ce qui concerne son coût. L'essor de nouvelles techniques chirurgicales comme l'intervention de Malone, la neuromodulation des racines sacrées, la graciloplastie dynamique et le sphincter anal artificiel, méthodes qu'il conviendra d'évaluer à long terme, fait miroiter de grands espoirs. Cependant, de façon très simple, l'utilisation du tampon Obtal® permet aux patients souffrant d'incontinence fécale de reprendre une vie sociale, professionnelle et de se sentir en sécurité.

Pour ma part, j'ai proposé cette technique à 5 patients souffrant d'incontinence anale d'origine neurologique ou d'origine musculaire sphinctérienne interne. La satisfaction est totale mais il faudra, bien entendu, réaliser une réévaluation sur une plus grande série de patients et à la mesure du temps.

Dernier détail important : le tampon est remboursé à 35 % par la Sécurité Sociale.

Alors, pourquoi ne pas le prescrire en attendant mieux ?



LE SILICONE AU SECOURS DES INCONTINENTS

Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS (Chamalières)

J.J. TJANDRA, M.D. FRACS, J.F. LIM, MBBS, FRCS, R. HISCOCK, MBBS, P. RAJENDRA, MBBS. Injectable silicone biomaterial, for fecal incontinence caused by internal anal sphincter dysfunction is effective. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:2138-46

L'incontinence anale par défaillance du sphincter interne est le plus souvent caractérisée par une incontinence anale passive, et reste la situation la

plus difficile à traiter avec un échec fréquent de l'électrostimulation et de la neuromodulation. Il est, de ce fait, fréquent d'avoir recours au sphincter artificiel ou à la colostomie.

L'injection de polymères ou autre matériel au niveau du sphincter interne a déjà été proposée : l'injection autologue de graisse [1,2], de polytétrafluoroéthylène (Téflon) [3]. Plus récemment, le *St Mark's* a publié des résultats prometteurs sur les injections de silicone ; mais le principal biais de ces études reste la petite taille des échantillons de patients avec 6 patients dans la dernière étude du *St Mark's*.

Tjandra *et al.*, dans *DCR* de décembre 2004, publient une étude sur le traitement de l'incontinence anale avec rupture du sphincter interne par injection de silicone chez 82 patients souffrant d'incontinence anale sévère aux selles liquides ou solides.

Les patients ont été randomisés en 2 groupes :

- un groupe A recevant des injections sous repérage échographique (3 injections dans la zone de rupture et une 4^e injection symétrique) ;
- un groupe B recevant des injections à l'aveugle (4 injections à 2, 4, 8 et 10 H). Dix (10) ml sont injectés au total dans l'espace intersphinctérien. Les patients ont tous reçu un traitement antibiotique en périopératoire.

Le résultat est évalué par un score de qualité de vie (ASCRS) et par le score de Wexner, par une manométrie anorectale et une échoendoscopie.

À 3 mois, la faible amélioration du score de Wexner (dans 69 % des cas pour le groupe A et dans 40 % des cas dans le groupe B) contraste avec une nette amélioration de la qualité de vie (93 % dans le groupe A et 92 % dans le groupe B). À 6 mois en revanche, le score de Wexner descend à 5/20 en moyenne pour le groupe A, ce qui correspond à une incontinence anale peu sévère. Il faut donc plusieurs mois avant d'obtenir un résultat définitif ; il semble qu'un bénéfice apparaisse au fur et à mesure que se constitue une fibrose périsphinctérienne. Ainsi, à 6 mois, le sphincter interne est plus hyperéchogène en échoendoscopie, et sur les sites d'injection : le matériel paraît moins globulaire. Cliniquement, l'amélioration devient nette entre 1 et 3 mois après l'injection.

En manométrie, la pression résiduelle qui évalue l'activité du sphincter interne augmente de 89 % dans le groupe A, mais seulement de 42 % dans le groupe B. Cette augmentation de la pression résiduelle est importante et rarement obtenue avec les autres techniques de traitement de l'incontinence anale. La différence nette entre les 2 groupes est surprenante si l'on considère le peu de différence en terme de résultats cliniques entre ces groupes. Une évaluation clinique à long terme de ces patients serait donc intéressante.

Aucun cas d'infection, d'érosion ou de fistule n'est déploré. Deux patients dans le groupe A et 4 du groupe B ont souffert d'inconfort anal ayant cédé sous analgésique *per os*. Le seul patient ayant souffert d'un inconfort prolongé de 6 semaines avait, en fait, reçu une injection trop superficielle au contrôle échographique.

Cette étude est la première qui inclut autant de patients évalués de manière clinique et par des tests objectifs avec une réponse nette dans les 2 cas. Les résultats sur la pression de repos en manométrie sont encourageants car rarement obtenus. L'injection de silicone devient donc un outil thérapeutique intéressant dans une situation clinique où nous sommes actuellement démunis. L'injection doit être intersphinctérienne, l'apport de l'échoendoscopie semble améliorer les résultats paracliniques mais pas les résultats cliniques. D'autant que les modalités d'injection ont été différentes dans les 2 groupes, on peut se demander si l'injection de 3 doses dans la zone de rupture facilement ressentie, cliniquement associée à une injection symétrique n'est pas, en fait, la meilleure solution que l'on utilise ou non l'échoendoscopie.

Références

- [1] SHAFIK A. Perianal injection of autologous fat treatment of sphincteric incontinence. *Dis colon rectum* 1995; 38:583-7
- [2] BERNARDI C., FAVETTA U., PESCATORI M. Autologous fat injection for treatment of fecal incontinence: manometric and echographic assesement. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102:1626-8
- [3] SHAFIK A. Polytetrafluoroethylene injection for the treatment of partial fecal incontinence. *Int surg* 1993; 78:159-61

LE MICRO-ONDES SORT DE NOS CUISINES...

Franck DEVULDER (Reims)

L'incontinence fécale est en passe de devenir un véritable problème de santé publique. Son incidence est estimée entre 2 et 20 %. En Rhône-Alpes, un récent travail de Damon et coll. a estimé cette incidence à 5.1 %. Si l'incontinence urinaire est aujourd'hui mieux connue et mieux appréhendée, l'incontinence fécale reste encore trop souvent un sujet tabou pour un grand nombre de patients. Ce tabou provient de la difficulté qu'il y a à exprimer cette plainte, et de la méconnaissance de ce problème par bon nombre de médecins. Pourtant, depuis quelques années, de multiples travaux ont fait évoluer nos connaissances dans les étiologies de l'incontinence anale. Sa prise en charge a également fortement évolué. À côté des thérapeutiques médicales et chirurgicales, de nouvelles techniques ont vu le jour.

Une équipe mexicaine s'est intéressée à la radiofréquence (procédure SECCA). Leur première expérience date de 1999. Plus récemment, en 2002 puis en 2003, ils ont publié les résultats d'une étude non contrôlée menée chez 10 patientes d'âge moyen 55.9 ans [44-74]. Toutes ont eu une anoscopie, une manométrie anorectale, une étude du temps de latence du nerf pudendal (PNTLM) et une endosonographie anale avant et 6 mois après le traitement par radiofréquence. L'évaluation s'est faite à M 1, 2, 3, 6, 12 et 24 sur le score d'incontinence de Wexner et deux scores de qualité de vie (FIQL et SF-36). La procédure était réalisée sous sédation et bloc périméal. Toutes les patientes ont reçu une antibioprophyllaxie par céfuroxime et métronidazole. Les

électrodes permettant la radiofréquence étaient introduites au travers d'un anoscope à plus d'un centimètre de la ligne des cryptes. La température délivrée par les électrodes était de 85 °C. La muqueuse du canal anal et du bas rectum était refroidie par la circulation d'eau froide. La durée de chaque impulsion de radiofréquence était de 60 secondes. Au total, les patientes ont eu 23 à 32 impacts. La durée totale de la procédure était en moyenne de 65 mn dont 27 pendant lesquelles la radiofréquence était délivrée.

Une patiente sur deux a eu mal lors du traitement. Chez les 40 % qui avaient des douleurs moyennes à fortes, l'addition d'une anesthésie locale a permis de terminer la procédure sans douleur. Cependant, sur une EVA de 0 à 10, la douleur était de 3.8 pendant la procédure, et de 0.9 dans les 2 heures suivant celle-ci. Quatre patientes ont eu des saignements dont l'un a nécessité une reprise chirurgicale.

Six mois après la procédure, l'anoscopie était normale et aucun changement n'a été noté dans l'étude du PNTLM. L'endosonographie avait mis en évidence un défaut des appareils sphinctériens internes et externes chez 40 % des patients, isolé du sphincter interne chez 10 % et du sphincter externe chez 10 %. À 6 mois, aucune autre lésion n'a été mise en évidence. En manométrie, le RRAI, la pression de repos et la contraction volontaire n'étaient pas modifiés. En revanche, on notait une diminution significative du volume de 1^{ère} sensation et du volume maximal tolérable.

À 1 an, la médiane du score de Wexner est passée de 13.5 à 5 ($p < 0.001$) avec 80 % de patients répondeurs. Tous les paramètres du score FIQL et le score SF-36 se sont également améliorés. Toutes ces patientes ont été revues à 24 mois. Aucune complication retardée n'a été signalée. À 2 ans, la médiane du score de Wexner est passée de 13.5 avant traitement

à 7.3 ($p = 0.002$). On ne note pas de différence statistiquement significative entre les résultats à 1 et 2 ans. De même, les bons résultats des scores FIQL et SF-36 observés à 1 an persistent à 2 ans.

En conclusion et même si la méthodologie de cette étude est critiquable, les premiers résultats de l'utilisation de la radiofréquence dans la prise en charge de l'incontinence anale sont assez séduisants. Ces résultats viennent d'être confirmés par l'étude de Wexner et coll. publiée en janvier 2005 dans *Disease Colon Rectum*. En France, l'équipe rouennaise du Professeur Francis MICHOT vient de débiter un travail avec ce procédé. La problématique essentielle sera, à l'avenir, de mieux clarifier les indications de ces nouveaux traitements (radiofréquence, injections de silicone, ...) qui se multiplient depuis quelques années.

Références

- [1] TAKAHASHI T., GARCIA-OSOGOBIO S., VALDOVINOS M.A., MASS W., JIMENEZ R., JAUREGUI L.A., BOBADILLA J., BELMONTE C., EDELSTEIN P.S., UTLEY D.S. Radio-frequency energy delivery to the anal canal for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(7):915-22
- [2] TAKAHASHI T., GARCIA-OSOGOBIO S., VALDOVINOS M.A., BELMONTE C., BARRETO C., VELASCO L. Extended two-year results of radio-frequency energy delivery for the treatment of fecal incontinence (the Secca procedure). *Dis Colon Rectum* 2003; 46(6):711-15
- [3] EFRON J.E., CORMAN M.L., FLESHMAN J., BARNETT J., NAGLE D., BIRNBAUM E., WEISS E.G., NOGUERAS J.J., SLIGH S., RABINE J., WEXNER S.D. Safety and effectiveness of temperature-controlled radio-frequency energy delivery to the anal canal (Secca procedure) for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005; 48 (1):175-6

Complications de l'anopexie

RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE FRANÇAISE

Denis SOUDAN (Paris)

FAUCHERON J.L. Complication de l'anopexie – Résultats d'une étude multicentrique française. *Gastroenterol Clin Bio* 2005; 29(4):429-33

L'équipe du Professeur FAUCHERON (Grenoble) a réalisé une étude rétrospective multicentrique afin d'analyser les complications de l'anopexie.

Entre mars 1999 et avril 2003, 550 malades avaient été opérés selon cette technique dans douze centres de la région Rhône-Alpes. Les chirurgiens ont été interrogés par questionnaire sur la fréquence des complications précoces et tardives de l'anopexie. Pendant la période, 659 patients étaient également opérés d'une hémorroïdectomie pédiculaire dans ces mêmes centres.

La fréquence des complications précoces est de 6.7 % (hémorragie 1.8 % ; douleurs intenses 2.3 % ; troubles urinaires 0.9 % ; suppuration 0.5 %).

À signaler :

- un hématome rectal peropératoire ;
- sept reprises précoces au bloc opératoire pour hémorragie ;
- et un hématome sous-muqueux disséquant géant nécessitant une rectotomie et drainage ;
- quatre patients ont nécessité la mise en place d'une sonde urinaire ;
- trois ont développé un abcès intramural précoce ;
- et treize ont souffert de façon intense et prolongée.
- Sont également signalés : un épisode d'incontinence passagère et un fécalome.

La fréquence des complications plus tardives est estimée à 12.4 %. Les douleurs intenses persistantes ont concerné sept patients. Cinq ont souffert de fissure anale nécessitant une sphinctérotomie pour quatre

d'entre eux. Un saignement abondant à la troisième semaine nécessitant une reprise sous anesthésie générale (transfusion sanguine). Cinq fois sont signalées des thromboses hémorroïdaires externes nécessitant une incision sous anesthésie générale. La déhiscence de la suture était notée chez neuf patients lors de l'examen systématique au premier mois, responsable de saignements et de suintements par retard de cicatrisation. Trois épisodes de suppuration sont signalés ayant, pour point de départ, la ligne d'agrafe. L'un des patients a bénéficié d'une colostomie pour protéger son lambeau d'avancement. Neuf fois, était survenu un rétrécissement anal nécessitant dilatation. Deux patients souffraient d'incontinence anale avec traumatisme du sphincter interne ; deux également souffraient de dyspareunie plus d'un mois après l'intervention.

En ce qui concerne le soulagement des symptômes de la maladie hémorroïdaire : dix-huit patients se plaignaient encore pour treize d'entre eux d'une maladie hémorroïdaire externe ; cinq ont nécessité une hémorroïdectomie pédiculaire secondaire.

Les suites opératoires de l'anopexie partagent avec l'hémorroïdectomie pédiculaire un certain nombre de complications : l'hémorragie ; les symptômes urinaires ; et les douleurs. En revanche, il existe des complications plus spécifiques de l'anopexie : les poussées de thrombose hémorroïdaire externe ; la déhiscence de la suture ; les perforations rectales l'hématome sous-muqueux ; certaines suppurations et douleurs rectales résiduelles.

Cependant, ces complications ne sont pas à mettre sur le compte de l'apprentissage.

En ce qui concerne les hémorragies, les chiffres de l'enquête française rejoignent ceux de la littérature, portés entre 0.6 et 10 %. En général, il s'agit d'hémorragies peropératoires ou précoces mais il existe des accidents hémorragiques plus tardifs.

En ce qui concerne la douleur, si la douleur postopératoire est moins intense après une anopexie qu'après une hémorroïdectomie pédiculaire, certains cas de douleurs résiduelles sont décrits. Les mécanismes invoqués, sans preuve, sont des sutures profondes et/ou trop basses.

Les complications urinaires sont rares et n'ont pas de spécificité. Les infections locales, les cas de gangrène et de cellulite rétro ou sous-péritonéale ont été décrits comme dans tout geste proctologique.

Les complications mécaniques sont potentiellement graves puisque, même si elles ne sont pas reportées dans cette série, la littérature fait état de trois perforations rectales nécessitant une colostomie pour 4 635 anopexies en Allemagne.

Le rétrécissement anal est la troisième complication dans cette série par ordre de fréquence. Il serait, comme toujours, favorisé par l'hypertonie et la rétraction tissulaire, la déhiscence de la ligne d'agrafe étant également un facteur de risque.

Il faut retenir de cette étude que certaines complications graves semblent spécifiques de l'anopexie alors que, dans d'autres séries prospectives, il n'y a pas de différence significative entre une hémorroïdectomie pédiculaire et une anopexie en ce qui concerne les complications précoces (sauf la douleur postopératoire) ou tardives. Où est la vérité ? du côté de l'EBM prospective ou de la déclaration rétrospective ?

Traitement des fissures anales

LE MODÈLE FRANÇAIS

Jean-Michel BIDART (Mougins)

La Société Américaine de Coloproctologie a publié, en décembre 2004, ses recommandations pour la prise en charge des fissures anales [1]. Peu de nouveautés dans la clinique mais ils insistent cependant sur la nécessité d'identifier les causes aboutissant à la fissure (constipation ou diarrhée) pour les traiter et ainsi diminuer la probabilité de récurrence.

Outre-Atlantique, les recommandations thérapeutiques sont citées ci-dessous, et nous verrons que ces pratiques recommandées n'ont pas la même importance dans notre pays. Encore une nouvelle preuve du modèle français !

1) Le **traitement conservateur** est sans risque, a peu d'effets secondaires, et devrait être le premier pas du traitement (niveau de preuve 2, recommandation grade B). C'est l'association de bains de siège, régulateurs du transit, apports en fibres et topiques locaux.

2) L'application locale de **dérivés nitrés** peut diminuer les douleurs mais leur efficacité est peu supérieure au placebo (niveau 1, grade A). En effet, une récente étude de la *Cochrane review* de 2004, réalisée par Nelson, a conclu à une efficacité peu importante par rapport au placebo avec des céphalées dans 20 à 30 % des cas et un taux élevé de récurrence. Le produit n'est pas disponible en France.

3) L'utilisation des **calciums bloqueurs** comme la nifédipine est proposée. Les effets secondaires sont moins fréquents qu'avec les dérivés nitrés mais les études ne sont pas en nombre suffisant pour conclure des recommandations (niveau 1, grade A). Le taux de réponse varie de 65 à 95 %. Cependant, 25 % de céphalées sont observées. Ils peuvent être administrés par voie orale avec un taux moindre de cicatrisation. Seule la molécule par voie orale est disponible en France.

Une étude de Schouten [2] a montré l'efficacité d'une application locale d'arginine (donneur de NO) 5 fois par jour avec une cicatrisation de 23 % à

3 mois et 62 % à 4.5 mois sans céphalées. Il s'agit d'une étude pilote sur 15 malades très patients.

4) Les injections de **toxine botulique** peuvent être utilisées et ont un effet supérieur au placebo, mais il n'y a pas de consensus sur le dosage, le site d'administration en intra ou extra sphinctérien (niveau 2, grade B). Seule l'étude française de Siproudhis va dans le sens contraire avec un taux de cicatrisation faible et un effet placebo important, avec un traitement associant régulateurs du transit, antalgiques et topique local « titanoréine ». Pas d'AMM délivrée.

5) La **sphinctérotomie latérale** est le traitement de choix des fissures résistantes au traitement (niveau 1, grade A). Cette intervention n'est pas remboursée par les caisses dans la CCAM !

6) L'**anoplastie** est une alternative à la sphinctérotomie latérale, mais des études complémentaires sont nécessaires (niveau 2, grade D). Elle est la plus pratiquée en France et paraît, outre-Atlantique, parti-

culièrement adaptée en cas d'absence d'hypertonie sphinctérienne.

7) La chirurgie peut être proposée après échec du traitement médical simple (dont nous disposons en France) ou des traitements pharmacologiques. Un faible risque d'incontinence aux gaz existe (1 à 3 %) qui n'affecte cependant pas la qualité de vie.

En conclusion, si l'indisponibilité de traitements dont l'efficacité n'est pas remarquable peut se concevoir, il est désolant de constater que la pratique d'un traitement reconnu ne soit pas honorée.

Références

- [1] Practice parameters for the management of anal fissures (revised). *Dis colon rectum* 2004; 47:2003-07
- [2] Treatment of chronic anal fissure by application of L-Arginine gel: a phase II study in 15 patients. Gosselink... schouten. *Dis colon rectum* 2005; 48:832-37

Traitement d'entretien par Infliximab pour maladie de Crohn fistulisante

MOINS D'HOSPITALISATIONS ET DE CHIRURGIE

Agnès SÉNÉJOUX (Paris)

LICHTENSTEIN G.R., YAN S., BALA M., BLANK M., SANDS B.E. Infliximab maintenance treatment reduces hospitalizations, surgeries, and procedures in fistulizing Crohn's disease. *Gastroenterol* 2005; 128 (4):862-69

Près d'un malade sur deux atteint de maladie de Crohn (MC) aura, au cours de sa maladie, une fistule quelle qu'elle soit. Des coûts de santé importants sont générés par la MC : 33 % des malades seront hospitalisés dans la première année suivant le diagnostic [1] et 83 % des malades ayant une fistule seront un jour opérés [2]. Les données de l'essai ACCENT II montrent que l'Infliximab est un traitement d'entretien efficace de la MC fistulisante [3] : après traitement par un schéma classique comportant 3 perfusions de 5 mg/kg à S0, S2 et S6, le traitement au long cours par des perfusions d'Infliximab réalisées tous les 2 mois permet de différer la perte de réponse (plus de 40 semaines *versus* 14 semaines en cas de traitement par placebo). Le travail de Lichtenstein *et al.* a consisté à évaluer les effets du traitement d'entretien par Infliximab sur le recours aux hospitalisations et à la chirurgie dans la cohorte de malades de l'essai ACCENT II. Sur les 282 malades inclus, 195 ont répondu au traitement initial par Infliximab et ont été randomisés traitement d'entretien *versus* placebo. Après un suivi de 54 semaines, il était constaté que les patients ayant reçu le traitement d'entretien par Infliximab étaient moins fréquemment hospitalisés que ceux traités par placebo (nombre moyen d'hospitalisations : 0.5 *vs* 2.5 jours ; $p < 0.05$ - nombre moyen de journées d'hospitalisation 11 *vs* 31 jours ; $p < 0.05$) et moins souvent opérés (65 traitements chirurgicaux dans le groupe traité *vs* 115 ; $p < 0.01$).

Le traitement d'entretien par Infliximab au cours de la MC fistulisante permet donc de réduire le nombre de journées d'hospitalisations de 67 % et le nombre d'interventions chirurgicales de 70 %. Les résultats de ce travail sont toutefois limités à 54 semaines de suivi.

Le coût de l'Infliximab en lui-même est important mais les dépenses occasionnées par ce type de traitement sont à mettre en balance avec les économies générées par la diminution des journées d'hospitalisation et le recours moindre à la chirurgie. Jusqu'à présent, le rapport coût/efficacité du traitement d'entretien par Infliximab n'a pas été évalué en pratique clinique. Seul un travail réalisé à l'aide d'un modèle mathématique (modèle de Markoff) en 2001 concluait à une infériorité de l'Infliximab en terme de rapport coût/efficacité par rapport à l'azathioprine [4].

Quoique probablement difficile à réaliser, une évaluation globale du coût de ce traitement, prenant en compte tous les paramètres et coûts directs ou indirects, paraît donc souhaitable en ces temps de restrictions budgétaires...

Quoique probablement difficile à réaliser, une évaluation globale du coût de ce traitement, prenant en compte tous les paramètres et coûts directs ou indirects, paraît donc souhaitable en ces temps de restrictions budgétaires...

Références

- [1] BINDER V. *et al.* *Gut* 1985; 26:146-50
- [2] SCHWARTZ D.A. *et al.* *Gastroenterology* 2002; 122:875-80
- [3] SANDS B.E. *et al.* *N Engl J Med* 2004; 350:876-85
- [4] ARSENEAU K.O. *et al.* *Gastroenterology* 2001; 120:1640-56

Fistules anales

FISTULES RECTOVAGINALES ACQUISES DE L'ADULTE

Philippe GUYOT (Lyon)

David MANAOUIL, Frédéric DUMONT, Jean-Marc REGIMBEAU, Hervé DUVAL, Franck BRAZIER, Jean-Louis DUPAS, Pierre VERHAEGUE

Fédération médicochirurgicale d'hépatogastroentérologie, CHU Amiens Nord, 80054 Amiens

Gastroenterol Clin Biol 2004; 28:1267-79

La mise au point sur les fistules rectovaginales acquises de l'adulte, dans *Gastroentérologie clinique et biologique* (fistules rectovaginales acquises de l'adulte, *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28:1267-79 par l'équipe d'Amiens et dirigée par Jean-marc REGIMBEAU), est très complète. Elle expose, après un rappel anatomique succinct, la classification des fistules rectovaginales hautes faisant communiquer le tiers supérieur du vagin avec la partie moyenne de l'ampoule rectale, et les fistules rectovaginales basses où l'ouverture vaginale se situe au niveau de la fourchette vulvaire. Les fistules rectovaginales moyennes où l'ouverture vaginale se situe entre ces deux niveaux, et les auteurs rappellent l'importance du diamètre de la fistule en particulier dans sa prise en charge thérapeutique avec des petites fistules rectovaginales inférieures à 0.5 cm ou des grandes supérieures à 2.5 cm. Ceci permet de différencier les fistules rectovaginales simples (basses ou moyennes de diamètre inférieur à 2.5 et d'origine traumatique ou infectieuse), les fistules rectovaginales complexes (hautes de diamètre supérieur à 2.5 cm, et d'étiologie crohnienne, radique ou néoplasique).

L'ensemble des étiologies est repris :

Fistules obstétricales, les plus fréquentes représentant 10 à 30 % des fistules rectovaginales, suivies de près par celles secondaires à la maladie de Crohn. Viennent ensuite les fistules post-radiques, les fistules infectieuses d'origine crypto-glandulaire et les fistules post-chirurgicales après chirurgie rectale. Les fistules cancéreuses ou traumatiques sont exceptionnelles.

Les circonstances de survenue de chacune des étiologies sont rappelées :

- déchirure périnéale du 2^e ou 3^e degré pour les fistules obstétricales avec des facteurs de risque que sont la primiparité, la macrosomie et les manœuvres obstétricales. Elles sont souvent secondaires et liées à l'infection d'un lâchage de suture après réfection périnéale ; elles s'accompagnent souvent d'une rupture sphinctérienne qui, jusque-là, était mal documentée et qui fait vraisemblablement la fréquence de l'incontinence anale après cure de fistule rectovaginale obstétricale ;
- les fistules du Crohn dont la pathologie est bien connue, complication d'un ulcère térébrant. Elles s'associent souvent à d'autres trajets fistuleux, le plus souvent complexes et haut situées dans l'appareil sphinctérien. Elles peuvent être inaugurales ;

- les fistules post-radiques surviennent après traitement des cancers génitaux ou du rectum avec un taux variant de 0.3 à 1 % ; elles peuvent survenir plusieurs années après l'irradiation ;
- les fistules infectieuses par infection cryptoglandulaire. Moins de 10 % des fistules rectovaginales correspondent à des fistules antérieures plus rares dont l'orifice externe sera vaginal ou plus souvent vulvaire ;
- les fistules post-opératoires s'observent, après chirurgie gynécologique et colrectale, plus fréquentes avec les pinces à suture mécanique. Elles surviennent plus souvent à une fistule anastomotique antérieure ou un agrafage de la paroi du vagin et sont plus fréquentes dans la maladie de Crohn ;
- plus rares sont les fistules néoplasiques, traumatiques ou infectieuses spécifiques : tuberculose, lymphogranulomatose voire iatrogène après mise en place de suppositoires, l'endométriase et le fécalome sont des causes classiques mais exceptionnelles.

Est abordé ensuite le problème du diagnostic pour rappeler qu'elles sont pauci symptomatiques, manifestées par le passage de selles ou de gaz par le vagin, d'une vaginite chronique et d'une dyspareunie.

Le temps fort est l'examen clinique et, en particulier, l'examen sous anesthésie générale permettant d'évaluer la fistule, son trajet, sa taille, sa hauteur et les lésions associées au niveau anopérinéal en s'aidant éventuellement d'un test au bleu de Méthylène ou à l'air. Les examens complémentaires sont nécessaires dans le bilan des lésions associées et, bien sûr, le bilan de la maladie dans le cadre d'un Crohn ou d'un cancer. Ils sont nécessaires en cas de complication locale essentiellement à type de sténose comme on peut le voir dans le Crohn ou les lésions radiques.

L'endosonographie par voie vaginale, et si possible anale, permet d'apprécier l'état sphinctérien. L'IRM apporte des renseignements intéressants bien que l'on ne puisse pas toujours utiliser une antenne endorectale, l'un de ces examens sera utilisé associé à l'examen clinique sous AG.

Enfin, un long chapitre est consacré aux techniques chirurgicales en insistant sur le traitement préparatoire, drainage des collections, suppression des phénomènes inflammatoires au niveau local, attentisme dans les petites fistules traumatiques qui peuvent se fermer spontanément. Rappelons que le traitement n'est indiqué que chez le sujet symptomatique.

Les principes généraux du traitement chirurgical sont rappelés, l'orifice rectal doit toujours être fermé puisqu'il s'agit de la zone de haute pression et du vecteur de l'infection. La suture vaginale n'est jamais indispensable, l'excision du trajet fistuleux doit toujours être faite. Les sutures sont toujours réalisées sans tension. Le problème de la stomie reste débattu, elle est définitive si la fistule ne peut être fermée, elle est parfois thérapeutique pour diminuer les signes inflammatoires locaux et permettre un abord chirurgical simplifié. Elle est le plus souvent protectrice, en particulier, dans les fistules post-radiques en cas de récurrence après un premier traitement, et dans les

fistules après chirurgie du rectum. La stomie n'est pas, à elle seule, un facteur de cicatrisation de la fistule rectovaginale.

Les techniques chirurgicales opposent clairement le traitement des fistules rectovaginales basses, le plus souvent par voie périnéale à celui des fistules rectovaginales hautes faisant appel à une chirurgie abdominale. On ne revient pas sur le drainage en Séton, il est toujours nécessaire pour tarir l'infection et l'inflammation avant tout geste réparateur. L'excision et la suture sont réservées aux fistules rectovaginales simples. La périnéoprotectomie comporte un temps de périnéotomie qui peut être, seul, utilisé dans les fistules anovulvaires mais qui est souvent suivi d'une suture : soit secondaire ; soit d'emblée réalisant l'opération de Musset. On insiste d'avantage sur les lambeaux, lambeau d'avancement rectal qui excise l'orifice primaire anorectal et oblitère le trajet par la mobilisation d'un volet anorectal épais suturé sur l'orifice fistuleux. Cette technique peut être utilisée aussi avec un lambeau vaginal. On peut utiliser des lambeaux plus complexes d'interposition, dans la cloison rectovaginale, lambeau de Martius avec le muscle bulbo-caverneux ou lambeau pédiculisé du muscle gracilis. Dans les fistules hautes, l'intervention de Parks ou de Soave par abaissement trans-anal du côlon voire chirurgie d'exérèse rectale, anastomose colo-anale voire amputation abdomino-périnéale.

Enfin, une façon plus récente et encore en cours d'évaluation : l'application de colle de fibrine entologique qui est moins efficace pour les fistules rectovaginales en raison de leur trajet court et souvent très large. Les facteurs prédictifs d'échec de la colle sont identifiés : maladie de Crohn ; infection par le VIH ; trajet court ; fistules complexes. Ceci reste néanmoins une technique simple et non délétère pour l'avenir.

On aborde enfin les indications et les résultats. L'indication est retenue sur un malade symptomatique après un drainage en Séton. Les fistules simples du tiers inférieur du vagin, d'origine traumatique ou infectieuse, sont de bon pronostic et on peut utiliser : exérèse suture, Musset ou le lambeau rectal d'avancement qui a actuellement la faveur de la plupart des auteurs. Celui-ci sera préféré s'il n'y a pas de lésion sphinctérienne car il ne comporte pas de temps de réparation sphinctérienne, contrairement au Musset.

Pour les fistules complexes, le pronostic est, en fait, obéré par l'évolution de la maladie locale. Si l'on peut cicatriser 60 % des fistules de Crohn, près de la moitié des malades subiront quand même une proctectomie du fait des lésions associées. De même, dans les fistules radiales, l'état du rectum ne permet souvent pas la fermeture de la stomie de protection. Pour la maladie de Crohn après une période prolongée de drainage en séton non serré, si la fistule est symptomatique, on se propose un geste de réparation que je ferais volontiers précéder d'une tentative d'encollage. En cas d'échec de celle-ci, 4 alternatives techniques sont possibles :

- lambeau d'avancement rectal ;
- lambeau vaginal ;
- lambeau musculaire ;
- fistulotomie.

Le lambeau rectal donne habituellement des taux de l'ordre de 50 à 60 % de cicatrisation. Le lambeau vaginal n'a fait l'objet que d'une seule étude avec d'excellents résultats (13 sur 14). La fistulotomie ne peut être réalisée que pour des fistules très distales et donne, en général, des résultats très mauvais sur le plan fonctionnel nécessitant un deuxième temps de réparation.

Les fistules post-radiales nécessitent des interpositions musculaires ou des abaissements coliques qui permettent généralement de supprimer la fistule rectovaginale et dont le résultat fonctionnel est souvent médiocre, l'atteinte rectale radiale étant le facteur pronostic le plus important. Quant aux fistules néoplasiques, elles correspondent souvent à l'extension d'un cancer, elles nécessitent une pelvectomie plus ou moins importante.

Cette mise au point a l'avantage de la clarté et de la simplicité opposant bien les fistules rectovaginales dites « simples » aux « complexes » et permettant de réinsister, de façon claire, sur les techniques d'épargne musculaire utilisant, en particulier, les lambeaux qu'ils soient rectaux ou anaux. Une place très prudente est faite à l'utilisation des colles de fibrine entologique, celles-ci constituent en tout cas un premier temps de traitement non délétère.

Il est certain que, dans nos pays médicalement développés, le taux de fistule rectovaginale post-obstétricale a considérablement diminué par la mise en évidence de facteur pronostic de risque d'accouchement compliqué par voie basse, l'utilisation de césarienne prophylactique ou de nécessité en cours de travail. Le problème des fistules rectovaginales du Crohn reste entier, et elles sont indiscutablement un facteur pronostic défavorable même si elles ne constituent pas, en soi, une indication d'amputation, elles participent souvent à l'inconfort des patients et à la nécessité de réaliser une stomie de dérivation avec le risque que celle-ci devienne définitive. Les fistules post-radiales enfin, heureusement rares, sont souvent complexes, fonctionnellement très gênantes, difficiles à traiter surtout du fait des lésions associées rectales ou vaginales qui obèrent leur résultat fonctionnel.

ENCOLLER LES FISTULES : LE TRAITEMENT DE CHOIX DES FISTULES COMPLEXES ?

Laurent ABRAMOWITZ (Paris)

Marc SINGER *et al.* Treatment of fistulas-in-ano with fibrin sealant in combination with intra-adhesive antibiotics and/or surgical closure on the internal fistula opening. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:799-808

Le traitement le plus efficace des fistules anales repose sur la fistulotomie. Devant le risque d'incontinence anale (d'autant plus important que la fistule anale est haute ou complexe), différentes techniques ont été ou sont en cours d'expérimentation. L'une des plus récentes est l'injection de colle dans le trajet fistuleux après avoir éliminé un abcès associé. Devant l'efficacité modérée et variable de cette technique (33 à 74 %), il a été proposé différentes modalités d'application afin d'améliorer les résultats.

Une équipe de Chicago a ainsi récemment publié les résultats d'une étude randomisée comparant trois bras contenant tous de la colle Tissel-VH® (Baxter Healthcare) :

- 1^e bras : 24 patients avec cefoxitin mélangé à la colle ;
- 2^e bras : 25 patients avec fermeture de l'orifice interne précédant l'injection de colle ;
- 3^e bras : 26 patients associant les deux procédures précédentes.

Une ré-injection de colle était effectuée 1 mois après la première en cas d'échec. Les fistules traitées étaient trans-sphinctériennes dans 69 à 79 % des cas selon les bras, sans précision sur leur hauteur, et inter-sphinctériennes dans 13 à 19 %. Il n'y avait que trois cas de maladie de Crohn. Les patients étaient suivis au moins 1 an et en moyenne 27 mois en post-opératoire. Les taux de cicatrisation étaient respectivement de 25, 44 et 35 % dans les trois bras. Il semblait donc y avoir un léger bénéfice à fermer l'orifice interne par rapport à l'ajout de cefoxitin sans que la différence ne soit statistiquement significative. Enfin, les auteurs ne rapportent aucun cas d'incontinence anale postopératoire. Ces taux de cicatrisation ne sont pas meilleurs que ceux publiés dans la littérature évaluant l'application seule de la colle. Les auteurs ne recommandaient donc pas de modifier la procédure d'application de la colle dans les fistules anales.

Cet article confirme le bénéfice que l'on peut attendre de la colle dans cette indication avec un résultat positif dans 30 à 50 % des cas sans amélioration à espérer en modifiant les modalités d'application telles qu'elles ont été testées dans cet essai.

On peut cependant regretter l'absence de bras contrôle (application simple de colle non modifiée, ou observation simple de l'histoire naturelle de la fistule non drainée, ou fistulotomie...). Leurs relatifs mauvais résultats peuvent être en partie expliqués par l'encollage de « petites » fistules inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes inférieures dont on sait qu'elles répondent moins bien à ce type de traitement compte tenu de la faible longueur du trajet. De plus, il n'est pas décrit la largeur de l'orifice interne qui est également un élément pronostique important. Enfin, devant les très faibles taux de cicatrisation dans les bras où l'on appliquait la cefoxitin, on peut se demander si cet antibiotique ne joue pas un rôle inactivateur de la colle.

Au vu de cette étude et de celles publiées jusqu'à présent, la colle n'est pas un traitement à proposer pour toutes les fistules. Elle semble cependant très intéressante chez des patients présentant des fistules complexes, ayant déjà bénéficié de fistulotomie dont une nouvelle section du sphincter anal ferait courir un risque important d'incontinence anale (particulièrement dans la maladie de Crohn compte tenu de la fréquence des récurrences et de la fréquente complexité des trajets fistuleux). Le bénéfice n'est donc pas assuré mais les risques étant très faibles, cette technique doit être discutée en première ligne après drainage.

Il est également probable qu'il faudra préciser l'indication en fonction des données anatomiques de la fistule en sachant que les fistules courtes, avec orifice interne ou d'un diamètre large et les fistules ano-vaginales ont un taux de succès moins important.

L'une des questions en suspens est l'évolution à long terme de ces fistules encollées... à suivre !

Proctalgies fugaces

LA PISTE DE LA NEUROPATHIE PUDENDALE ?

Michel GOMPEL (Montélimar)

Rapportée en 1935 par Thaysen, la proctalgie fugace (PF) se caractérise sur le plan clinique par des douleurs anorectales à début brutal, à intervalles réguliers le jour ou la nuit, avec une disparition spontanée. Thomson évalue sa prévalence à 14 % (1980).

Chez 68 patients, les auteurs se sont attachés à rechercher un point douloureux intra rectal, correspondant au nerf pudendal. La douleur déclenchée par une pression à ce niveau est reconnue par le patient comme étant identique aux attaques douloureuses spontanées. La réalisation d'un bloc périméal conduit à une disparition complète de la symptomatologie, suggérant la responsabilité de la neuropathie pudendale au cours de la PF. De 1982 à 1995, 68 patients ont été inclus dans l'étude, âgés de 10 à 70 ans, avec un pic à 40 ans pour les hommes et 30 ans pour les femmes.

La douleur a été décrite comme modérée à sévère pendant une durée de 2 mn/jour se répétant de une à deux fois par jour à plusieurs fois seulement au cours de l'année avec des paroxysmes qui pouvaient durer 5 à 10 s jusqu'à 2 h. Des facteurs déclenchants sont retrouvés : position assise, constipation. Certaines manœuvres peuvent diminuer la douleur : défécation, suppositoire, compression ou massage.

Le toucher rectal examine de manière circulaire toutes les structures pelviennes. Une sigmoïdoscopie a été réalisée chez tous les patients. Chez 80 % des patients, un point sensible au toucher rectal est retrouvé sur le trajet du nerf pudendal, de manière unilatérale ou bilatérale, à l'origine de la face latérale du sacrum en dedans du bord interne du muscle puborectal. Les cas légers ont été traités avec sédatifs. Vingt (20) patients jugés sévères ont bénéficié d'un bloc pudendal par injection de 10 ml de lidocaïne à 2 % associée à 1.25 mg de d'acétate de bétaméthasone. L'injection a été réalisée au niveau du point douloureux déclenchant du nerf pudendal, répétée

jusqu'à obtention d'un résultat. Chez certains patients, le point sensible était retrouvé de manière bilatérale à droite et à gauche.

L'évolution spontanée à court terme : disparition des douleurs chez 35 % des patients, réduction chez 11 %, et persistance chez 16 %. Il n'y a pas eu d'aggravation de la douleur.

Un suivi à court terme après bloc pudendal chez 20 patients se répartit ainsi : disparition des douleurs chez 65 % des patients, réduction chez 25 %, et persistance chez 10 %.

Les résultats à long terme ont été établis par un questionnaire envoyé à 68 patients avec un retour de 37 réponses (54.4 %).

L'effet à long terme analysé chez 20 patients montre :
– une disparition des douleurs chez 12 patients (60 %) ;
– une réduction chez 2 patients (10 %) ;
– et pas d'effet chez 1 patient (5 %) ;
– 5 patients étaient perdus de vue.

La physiopathologie demeure obscure. Il existe une prévalence féminine. Il n'y avait pas de médecin parmi les 68 patients... et la plupart des femmes concernées étaient maîtresses de maison. La fré-

quence des poussées était le plus souvent de moins de 6 accès/an, 80 % avaient des durées de moins de 30 mn et 65 % des patients souffraient depuis plus d'un an. Sur le plan étiologique, le spasme du sphincter anal a été longtemps évoqué, Karras suspecte l'intussusception sigmoïdienne ou rectale. Plusieurs articles parlent de la congestion des veines rectales ou hémorroïdaires. Une autre théorie a évoqué « les spasmes du côlon » et certains articles soulignent qu'un côlon irritable accompagne 52 % des cas. Des causes psychiatriques ou psychosomatiques ont été évoquées sans confirmation. Il convient de différencier la coccygodynie de la PF par la durée de la douleur et la zone sensible sur le trajet du pudendal. L'existence du point douloureux intra rectal évoque la zone gâchette en comparaison à la névralgie du trijumeau.

Cet article illustre la difficulté de réaliser des études prospectives devant une affection rare et éphémère, et apporte un nouveau concept physiopathologique avec une implication thérapeutique utile à nos patients. À confirmer par des études contrôlées !

Référence

TAKANO M. Proctalgia fugax: caused by pudendal neuropathy? *Dis Colon Rectum* 2005; 48(1):114-20

« Mets de l'huile !... »

Jean-Michel ROUILLON (Carcassonne)

BROCCHI E., PEZZILLI R., BONORA M., TOMASSETTI P., ROMANELLI M., CORINALDESI R. *Endoscopy* 2005; 37(4):340-5

INTRODUCTION

Peu d'études ont été réalisées sur l'intérêt de la lubrification en endoscopie digestive. Celle-ci facilite néanmoins le travail de l'opérateur et diminue la douleur lors de la coloscopie. Elle a été beaucoup plus analysée en endoscopie urologique.

Les auteurs italiens ont donc évalué une nouvelle technique de lubrification du coloscope par instillation d'huile par le canal opérateur.

PATIENTS ET MÉTHODES

- 346 patients consécutifs sont randomisés en 2 groupes comparables :
 - groupe A : lubrification habituelle au KY ;
 - groupe B : utilisation d'huile de maïs instillée à travers le canal opérateur à raison de 30 ml dans le sigmoïde, 30 ml au niveau de l'angle gauche et 30 ml au niveau de l'angle droit ;
- aspiration de l'huile au retrait de l'examen ;
- pas de sédation dans les 2 groupes ;

- mesure des temps d'examen (montée/descente) et qualité de la vision ;
- évaluation de la tolérance de l'examen par le malade et l'aide infirmière.

RÉSULTATS

- atteinte du cæcum :
 - dans le groupe A : 145/170 (85.3 %) ;
 - dans groupe B : 159/168 (94.6 %) p < 0.005 ;
- temps moyen d'atteinte du cæcum : 852 secondes (14.2 mn) groupe A *versus* 560 secondes (9.33 mn) groupe B (p < 0.001) ;
- pas de différence significative pour le temps de retrait ;
- moins de douleurs et de difficultés techniques dans le groupe B (p < 0.001) avec des résultats concordants entre l'évaluation par les malades et les infirmières.

COMMENTAIRES

Cette étude originale prouve l'intérêt de l'instillation d'huile, méthode simple et peu onéreuse pour améliorer la tolérance, et rendre plus facile la coloscopie chez ces malades italiens non endormis.

Bien sûr, on peut regretter que les auteurs n'aient pas réalisé de polypectomie car il manque des données sur les effets de l'huile lors du passage du courant électrique. De même, alors que les premiers tests sont tout à fait rassurants, les auteurs suggèrent des études à long terme pour vérifier la compatibilité des huiles avec les agents décontaminants des endoscopes.

CONCLUSION

Il s'agit d'une étude originale qui permettra peut-être de soulager nos programmes d'endoscopie sous anesthésie, à l'heure où les anesthésistes se font de plus en plus rares. Alors, ne faisons plus d'huile mais mettons-en !

En direct des congrès Le congrès de la SIFUD : Nantes 2-4 juin 2005

Michel QUÉRALTO (Colomiers)

La SIFUD (Société Internationale Francophone d'UroDynamique) n'a, *a priori*, rien à voir avec la procto... En fait, il s'agit d'une société de périnéologie avec des thèmes concernant les 3 spécialités. Des discussions avec les autres spécialistes, et une vision globale du périnée sont enrichissantes.

Deux thèmes nous ont particulièrement intéressés :

– un rapport sur les douleurs pelvipérinéales avec un « *mano a mano* » LABAT/ROBERT : ils proposent une approche globale des douleurs. L'anatomie est le fil conducteur pour les douleurs dont les caractéristiques sont évocatrices d'une atteinte neurologique. Certaines douleurs sont typiquement musculaires : il faut rechercher les points gâchettes. Enfin, d'autres douleurs ont des caractéristiques de l'allodynie témoignant d'une hypersensibilité locale anormale.

Une vision nouvelle de ces douleurs est proposée : il s'agit d'une pathologie des systèmes neurologiques régulant la douleur.

– la rectocèle : à partir de cas cliniques, nous avons eu l'avis de : L. SIPROUDHIS (proctologue), P.-A. LEHUR (chirurgien digestif), P. COSTA (urologue), P. MARES (gynécologue). Enfin, R. VILLET s'est présenté comme le « seul » périnéologue capable de prendre en charge tous les étages (du TVT jusqu'au STARR).

Grossièrement :

– devant une rectocèle dyschésiante isolée pour laquelle les traitements médicaux et, éventuellement, la rééducation se sont avérés inefficaces, une voie endo-anale est proposée ; en cas de contre-indication (incompétence sphinctérienne, élytrocèle), une voie vaginale avec ou sans prothèse est alors choisie ;

– si la rectocèle fait partie d'un prolapsus génital, une voie vaginale (avec ou sans hystérectomie, avec ou sans prothèse) est l'intervention de choix en cas de dyschésie. Ce n'est qu'en l'absence de constipation et de dyschésie, qu'une voie haute est proposée pour les patientes jeunes.

Il ne faut traiter que les anomalies invalidantes et ne pas faire de geste prophylactique qui pourrait induire un nouveau symptôme : c'est le consensus qui semble se dégager. Enfin, plusieurs communications libres rectocèles par voie vaginale avec prothèse, STARR, rééducation pour les algies pudendales, toxine botulique dans le syndrome de l'obturateur interne, neuromodulation périphérique...

Je profite de cet espace pour faire savoir que « *la Journée de l'AGEPA aura lieu à Toulouse le 15 octobre 2005* » avec pour thème : « *La rectocèle* » (le thème avait été choisi en octobre 2004).

Pour avoir une idée globale, les orateurs seront des coloproctologues, gynécologues et urologues.

La symptomatologie, la défécographie, et l'IRM seront, bien sûr, abordées.

XVI^e réunion de l'AGEPA

Pierre-Etienne BORD (Agen)

La XVI^e réunion annuelle de l'Amicale des Gastroentérologues Proctologues d'Aquitaine s'est tenue le samedi 16 octobre 2004 à l'Hôtel Parc Beaumont de Pau (64000). Sous la férule du Docteur ARAMON-TUCOO (Orthez) principal organisateur, et avec l'aide de Madame Odile DUFFIEUX (laboratoires McNeil), elle s'est

essentiellement consacrée aux problèmes de « *l'incontinence anale* ».

En première partie, *l'épidémiologie et les étiologies* sont rappelées par le Docteur J.-J. TASSOU (Nantes) :

– une prévalence dans la population générale estimée à 10 %, se majorant avec l'âge, sans prédominance féminine claire ;

- motif de consultation d'un malade sur trois ;
- deuxième cause de placement des personnes âgées en institution ;
- souvent associées à une incontinence urinaire ;
- insister sur la prévention de l'hypocontinence post-obstétricale.

La place des examens complémentaires utiles au diagnostic et à l'élaboration du projet thérapeutique est déclinée par le Docteur M. QUÉRALTO (Toulouse) :

- l'échographie endo-ano-rectale en est le chef de file mais s'avère très opératoire dépendant ;
- la défécographie recherche rectocèle, prolapsus rectal interne, élytrocèle... ;
- l'Imagerie en Résonance Magnétique (IRM) dynamique fait une bonne évaluation des troubles de la statique pelvienne ;
- la manométrie sert de référence en pré et post-opératoire et peut faire le diagnostic d'anisme associé ;
- l'électromyographie reste d'interprétation délicate ;
- l'examen clinique est pris en défaut pour le diagnostic dans 25 % des cas.

Le Docteur R. MONNERIS (Saint-Jean-de-Luz) a évoqué **les nouveautés en proctologie** au fil d'une revue synthétique de la littérature.

Le forum électronique via Internet de l'AGEPA est présenté par le Docteur J. -P. VOVE (Bordeaux), soulignant l'abondance des questions pertinentes proposées et le manque d'interlocuteurs répondants bénévoles.

Dans la deuxième partie de la réunion, Madame le Docteur Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS (Chamalières) a développé **le traitement médical de l'incontinence anale**. L'accent est porté sur la notion de sensibilité rectale dont le déficit est source d'incontinence passive, et sur les résultats manométriques d'appoint. Réservant le « Bio feed Back » à l'anisme et aux asynchronismes abdomino-pelviens, elle a insisté tout particulièrement sur les aspects de la neuromodulation et de l'électrostimulation utilisant des courants bipolaires de basse fréquence.

Monsieur P. BLONDELLE (Bordeaux) a livré une grande partie de son expérience pour décrire **la nécessité et les bénéfices de soins de qualité amenés par la kinésithérapie dans la rééducation fonctionnelle ano-périnéale**, plus spécifiquement appliqués au « Bio feed Back » et au renforcement musculaire dynamique du *post partum*.

Les indications chirurgicales des défauts de continence ano-sphinctérienne sont exposées par le Professeur F. MICHOT (Rouen) qui a valorisé les techniques de graciloplastie dynamique et planté, avec tact et mesure, le décor du sphincter artificiel.

ANNONCES DE CONGRÈS ET RÉUNIONS DE PROCTOLOGIE

RÉUNIONS INTERNATIONALES

- **DDW:** 20 - 25 mai 2006 – Los Angeles : <http://www.ddw.org>
- **ASCRS:** 3 - 8 juin 2006 – Seattle : <http://fascrs.org>
- **UEGW:** 15 - 20 octobre 2005 – Copenhague : <http://www.uegf.org>
21 - 25 octobre 2006 – Berlin : <http://www.uegf.org>

RÉUNIONS NATIONALES

- **JOURNÉES DE COLOPROCTOLOGIE – SNFCP**
25 - 26 novembre 2005 – Paris : snfcp@ips-conseil.com et <http://www.snfcp.org>
- **JOURNÉES FRANCOPHONES DE PATHOLOGIE DIGESTIVE**
18 - 22 mars 2006 – Paris : <http://www.snfge.org>
- **25^e CONGRÈS DU CREGG**
30 septembre 2006 – Reims : www.cregg.org

RÉUNIONS RÉGIONALES

- **AGEPA**
 - * 15 octobre 2005 – Toulouse – thème rectocèle – contact Dr P.-E. Bord : pierre-etienne.bord@wanadoo.fr
 - * octobre 2006 – contact Dr P.-E. Bord : pierre-etienne.bord@wanadoo.fr
- **COLLÈGE PACA DE COLOPROCTOLOGIE**
- **COLLÈGE LYONNAIS DE COLOPROCTOLOGIE**
10 septembre 2005 – Grenoble – thème : Cancer colorectal et actualités – contact : Caroline Poisson – Tél. : 01 44 96 12 30
ou E-mail : caroline.poisson@ipsen.com

Diffusion de l'information
et partage des connaissances
en colo-proctologie



www.proktos.com

McNeil
S.A.S.
a Johnson+Johnson company