

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



[www.proktos.com](http://www.proktos.com)

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

### Éditorial

#### un an déjà ...

Voici tout juste un an, la commission proctologie du CREGG lançait son premier numéro de ProctoDigest. Cette publication s'inscrivait dans la continuité des travaux de la commission et avait pour objectif de mettre à la disposition de tous un condensé des publications qui nous avaient marquées en proctologie et en pelvipérinéologie.

L'accueil très positif reçu par ce premier numéro nous a conduit à poursuivre l'aventure en vous proposant cette année le **numéro 2** de ProctoDigest.

Le choix des articles a été fait par chacun d'entre nous de façon purement arbitraire. Il permet cependant un aperçu des progrès thérapeutiques récents en proctologie qui sont ou seront très bientôt à la disposition de tous pour une meilleure prise en charge de nos patients. Vous découvrirez ainsi la place récente de l'obturateur qui, après les colles, élargit la palette du traitement des fistules anales, des mises au point brèves sur les dérivés nitrés et la toxine botulique dans le traitement des fissures anales, traitements peut-être bientôt disponibles en pratique libérale, la place d'une nouvelle approche thérapeutique dans l'incontinence anale et un mot pimenté de diététique chez l'hémorroïdaire.

La périnéologie n'est pas en reste avec un condensé très détaillé de la pelvipérinéologie en 2006 et un rappel du risque d'infertilité après AIA. Quant aux pinces

automatiques, vous trouverez dans ce numéro l'expérience enrichissante d'un proctologue libéral sur près de 200 patients opérés de Longo et un résumé de la conférence de consensus sur le STARR.

A côté de cette publication, la vie de la commission proctologie du CREGG bat son plein. Après une réunion annuelle à Marseille très riche il y a un an, nous allons début septembre rencontrer nos amis belges de l'Université de Louvain où nous serons reçus par le professeur Freddy Pennincks et son équipe. Le programme en ligne sur [www.cregg.org](http://www.cregg.org) est des plus alléchants. Nous ne manquerons pas de vous en faire un compte-rendu qui sera disponible sur le site internet du CREGG. Cette année encore, la commission a pu, avec l'aide des proctologues bordelais, bisontins, nantais, organiser des stages de compagnonnage en proctologie chirurgicale toujours riches en enseignements.

Enfin et surtout, je souhaite, au nom de l'ensemble des membres de la commission, remercier les laboratoires Mc Neil S.A.S. pour leur soutien amical et infailible qui nous permet de mener à bien les actions en proctologie en pratique libérale.

Bonne lecture à toutes et tous

Franck Devulder (Reims)

## Sommaire

### Éditorial : un an déjà ...

Franck DEVULDER

### Le « red hot chili pepper » disculpé dans l'affaire des hémorroïdes ?

Laurent ABRAMOWITZ

### Incontinence fécale : place de l'électrostimulation à domicile

Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS

### Condensé de pelvipérinéologie

Alexandre IVANOVIC

### Quoi de neuf dans le traitement des fissures anales ?

#### - Les dérivés nitrés

Xavier LESAGE

#### - La toxine botulique

Franck DEVULDER

### Fistules anales cryptogénétiques : après la colle, l'obturateur !

Agnès SÉNÉJOUX

### AIR – AIA : une question de fertilité

Jocelyn LESAGE – Pierre-Eugène MORTIER

### Du côté des pinces

#### - Conférence de consensus sur le traitement des troubles de la défécation par résection rectale transanale (STARR)

Denis SOUDAN

#### - Anopexie selon Longo : l'expérience d'un proctologue libéral

Marc SOUFFRAN

#### Directeur de la publication :

Patrick LEVY (Strasbourg)

#### Secrétaire de rédaction :

Franck DEVULDER (Reims)

#### Comité de rédaction :

Laurent Abramowitz (Paris)

Alexandre Ivanovic (Le Havre)

Jocelyn Lesage (Saint Martin Boulogne)

Xavier Lesage (Armentières)

Pierre-Eugène Mortier (Saint Martin Boulogne)

Agnès Sénéjoux (Paris)

Denis Soudan (Paris)

Marc Souffran (Nantes)

Anne-Laure Tarrerias (Clermont-Ferrand)

Procto Digest 0.2 est réalisé et diffusé avec le soutien des Laboratoires Mc Neil S.A.S.

Mise en page et impression : **Imprimerie HANOCQ**, tél. 03 21 03 04 38  
Dépôt légal n° 65534 - septembre 2006



ALN  
éditions

ALN ÉDITIONS 127, RUE SAINT-DIZIER 54000 NANCY

ISBN : 2-914703-50-3

EAN : 9782914703505

## ANNONCES DE CONGRÈS ET RÉUNIONS DE PROCTOLOGIE

### RÉUNIONS INTERNATIONALES

- **ASCRS** : 2 - 7 juin 2007 – St Louis - <http://fascrs.org/>  
7-12 juin 2008 – Boston - <http://fascrs.org/>
- **DDW** : 19 - 24 mai 2007 – Washington - <http://www.ddw.org>
- **UEGW** : 21 – 25 octobre 2006 – Berlin - <http://www.uegf.org>  
27 – 31 octobre 2007 – Paris - <http://www.uegf.org>

### RÉUNIONS NATIONALES

- **JOURNÉES DE COLO-PROCTOLOGIE – SNFCP**  
24 – 25 Novembre 2006 – Paris – [contact@ips-conseil.com](mailto:contact@ips-conseil.com)
- **JOURNÉES FRANCOPHONES DE PATHOLOGIE DIGESTIVE**  
17 - 21 Mars 2007 – Lyon – <http://www.snfge.org>
- **26<sup>e</sup> CONGRÈS DU CREGG**  
29 septembre 2007 – Marseille – [www.cregg.org](http://www.cregg.org)

### RÉUNIONS RÉGIONALES

- **AGEPA**  
\* Octobre 2006 – contact Dr P-E Bord [pierre-etienne.bord@wanadoo.fr](mailto:pierre-etienne.bord@wanadoo.fr)
- **COLLÈGE PACA DE COLO-PROCTOLOGIE**
- **COLLÈGE LYONNAIS DE COLO-PROCTOLOGIE**  
contact : Caroline Poisson 01 44 96 12 30 ou [caroline.poisson@ipsen.com](mailto:caroline.poisson@ipsen.com)



Président : Franck DEVULDER (Reims) devulderf@aol.com

#### les membres :

ABRAMOWIT	Laurent	75016	PARIS	dr.abramowitz@wanadoo.fr
BERANGER	Bruno	04100	MANOSQUE	beranger.bruno@libertysurf.fr
BIDART	Jean Michel	06250	MOUGINS	jean-michel.bidart@wanadoo.fr
BORD	Pierre Etienne	47000	AGEN	pierre-etienne.bord@wanadoo.fr
DE FLEURY	Patrice	94012	CRETEIL	fleur2@wanadoo.fr
BRULE	Jean	17000	LA ROCHELLE	scm.bbk@wanadoo.fr
CASTINEL	Alain	33300	BORDEAUX	
COULOM	Pierre	31077	TOULOUSE CEDEX	coulom.pierre@wanadoo.fr
DEVULDER	Franck	51100	REIMS	DEVULDERF@aol.com
DUPUYMONT-BRUN	Thierry	75016	PARIS	thierry.puy-montbrun@wanadoo.fr
ESCARTIN	Michel	64500	SAINT JEAN DE LUZ	
FANTOLI	Michel	25000	BESANCON	drmichelfantoli@wanadoo.fr
GANANSIA	Roland	75016	PARIS	dr.ganansia@wanadoo.fr
GARCIA	Bruno	51100	REIMS	BrGARCIA@aol.com
GOMPEL	Michel	26200	MONTELMAR	michel.gompel@free.fr
GOREZ	Etienne	51100	REIMS	gastro.st.remi@wanadoo.fr
GRECO	Fernand	26100	ROMANS	greco.fernand@wanadoo.fr
GUYOT	Philippe	69007	LYON	guyot.ph@wanadoo.fr
HEMERY	Philippe	44000	NANTES	phhemery@club-internet.fr
HOBALLAH	Hani	13008	MARSEILLE	Hhoballah@aol.com
IVANOVIC	Alexandre	76600	LE HAVRE	SACHAIVANOVIC@aol.com
LESAGE	Xavier	59280	ARMENTIERES	xavierlesage@wanadoo.fr
LESAGE	Jocelyn	62280	SAINT MARTIN BOUL	
L'HOPITAL	François	63200	RIOM	drf.lhopital@wanadoo.fr
LJUNGGREN	Bernard	06100	NICE	bernard.lj@wanadoo.fr
MAHE	Michel	22000	SAINT BRIEUC	m.mahegastro@uni-medecine.fr
MARTIN	Jean Paul	06240	BEAUSOLEIL	jean.paul.martin@wanadoo.fr
MONNERIS	Roland	64500	ST JEAN DE LUZ	ROLAND.MONNERIS@wanadoo.fr
MOREAU	Pierre	87000	LIMOGES	pierre.moreau@wanadoo.fr
MORTIER	Pierre-Etienne	62600	BERCK	pemortier@yahoo.com
PETIT	Patricia	44000	NANTES	patricia.petit@wanadoo.fr
PIGOT	François	33401	TALENCE CEDEX	proctobagatelle@mspb.com
PUECH	Jean	15000	AURILLAC	
QUERALTO	Michel	31770	COLOMIERS	queralto.michel@freesbee.fr
ROUILLON	Jean Michel	11007	CARCASSONNE CEDE	rouillon.gastro11@club-internet.fr
RUMEAU	Jacques	31000	TOULOUSE	jrumeau001@rss.fr
SALLOUM	Julien	87000	LIMOGES	julien.salloum@wanadoo.fr
SENEJOUX	Agnès	75014	PARIS	agnes.senejoux@hopital.bellan.fr
SOUDAN	Denis	75016	PARIS	dr.soudan@wanadoo.fr
SOUFFRAN	Marc-Henry	44000	NANTES	marc.souffran@numericable.fr
STAUMONT	Ghislain	31000	TOULOUSE	ghislain.staumont@numericable.fr
SUDUCA	Michel	31000	TOULOUSE	jean-michel.SUDUCA@wanadoo.fr
TARRERIAS	Anne Laure	63400	CHAMALIERES	al.tarrerias@wanadoo.fr
TASSOU	Jean Jacques	44000	NANTES	
TAURINES	Patrick	74000	ANNECY	patrick.taurines@wanadoo.fr
TESTE	Yves	14000	CAEN	
VANDROMME	Luc	51100	REIMS	LUC.VANDROMME@wanadoo.fr
VERDIER	Alain	63400	CHAMALIERES	alain.verdier@mageos.com
VOVE	Jean Paul	33300	BORDEAUX	vove.jp@wanadoo.fr
WATRIN	Bernard	54000	NANCY	bwatrin@scp127.com

## Le « red hot chili pepper » disculpé dans l'affaire des hémorroïdes ?

Laurent ABRAMOWITZ (Paris)

Donato F. ALTOMARE, Marcella RINALDI, Filippo LA TORRE, Donato SCARDIGNO, Antonietta ROVERAN, Stefano CANUTI, Giuseppe MOREA and Liana SPAZZAFUMO. Red Hot Chili Pepper and Hemorrhoids: The Explosion of a Myth: Results of a Prospective, Randomized Placebo-Controlled Crossover Trial. *Disease Colon Rectum* Juin 2006

Il est fréquemment admis par tous (médecins et patients) « qu'il faut éviter les aliments épicés pour ne pas avoir des hémorroïdes ». Cette affirmation repose cependant sur peu d'arguments scientifiques, même si Pigot et coll. ont publié, en 2006 dans *GCB*, une étude rétrospective allant dans ce sens. À l'inverse, d'autres auteurs ont décrit l'activité anti-inflammatoire et anti-oxydative de certaines épices.

C'est tout le mérite d'une équipe italienne d'avoir, pour la première fois, essayé de répondre à cette question par une étude prospective randomisée avec crossover. Ils ont ainsi fait ingérer à 50 volontaires souffrant de pathologie hémorroïdaire (18 grade II et 32 grade III), soit une capsule de cette épice, soit du placebo. La capsule se délitait dans l'estomac, et le contenu était absorbé dans le jéjunum. Les auteurs ont ensuite quantifié, par des EVA, la douleur, les brûlures, les suintements, les saignements et le prurit anal, durant les 48 heures suivant l'ingestion de la capsule. Une semaine après, tous les participants ont reçu (toujours en double aveugle) la capsule placebo s'ils avaient reçu l'épice, et réciproquement.

Ce travail a été réalisé sous le haut patronage de l'Association des Enseignants de la Cuisine Italienne qui a réuni 12 « experts » pour déterminer que la quantité de cette épice recommandée pour assaisonner un plat est d'une pointe de couteau, c'est à dire 9,7 mg. Les gélules ont ainsi été confectionnées avec 10 mg de cette épice.

Le régime alimentaire des participants a été grossièrement homogénéisé, et les patients souffrant d'ulcère peptique, de RGO, de dyspepsie, de maladie de Crohn, de thrombose hémorroïdaire ou d'autres lésions anales étaient exclus de cette étude.

**Quels que soient les symptômes évalués, il n'y avait aucune différence après ingestion de placebo ou d'épice.**

Cette étude semble donc tordre le cou à cette vieille accusation à l'encontre des épices. Cependant, certains patients ont un temps de transit oro-anal supérieur à 48 heures (particulièrement ceux dont la constipation est la cause de leur pathologie hémorroïdaire). Il aurait alors été intéressant de poursuivre l'évaluation au-delà de 48 heures. De plus, même si cette étude nous donne un solide argument pour rassurer les patients qui ingèrent un seul repas épicé, elle ne permet pas de conseiller ceux qui en consomment quasi quotidiennement. Les auteurs proposent d'ailleurs de répondre à cette dernière question dans une prochaine étude. La collaboration entre les proctologues et l'Association des Enseignants de la Cuisine Italienne va donc se poursuivre.

## Incontinence fécale : place de l'électrostimulation à domicile

Anne-Laure IMBERT-TARRERIAS (Clermont-Ferrand)

Christine NORTON, Angela GIBBS, Michael KAMM. Randomized, controlled trial of anal electrical stimulation dite non significative à 1 Hz (1<sup>er</sup> groupe), et 47 patients ont eu une électrostimulation dite active à 35 Hz (2<sup>e</sup> groupe). L'étude est réalisée en simple aveugle. Chaque patient a bénéficié d'un bilan de son incontinence par manométrie anorectale, échographie endoanale et questionnaire d'incontinence anale avant l'électrostimulation. Le traitement est évalué par questionnaire d'incontinence anale et par manométrie, anorectale. Les patients sont recrutés par téléphone, sur liste d'attente, par une infirmière. Ils n'ont eu aucun traitement médical et pas de bio-feedback. Trente-quatre (34) patients souffrent d'incontinence anale passive, 30 d'incontinence anale active, et 26 ont les deux. Certains ont une rupture

Le traitement de l'incontinence anale par l'électrostimulation à domicile reste controversé en raison du peu d'études publiées. Les populations testées sont à chaque fois insuffisantes, la durée du traitement est souvent courte. Ainsi, les RPC sur l'incontinence anale (Lehur *et al.*) n'ont pas proposé ce traitement, en estimant son efficacité non prouvée.

L'étude du St Marks est la première étude portant sur 90 patients souffrant d'incontinence anale. Les patients ont été randomisés en 2 groupes traités par

sphinctérienne. Les 2 groupes sont comparables en termes de type d'incontinence anale, de rupture sphinctérienne, d'âge, de sexe... Le stimulateur enregistre le temps total de stimulation effectué par le patient (le patient n'est pas prévenu de l'existence du mouchard).

## RÉSULTATS

Vingt-deux pour cent (22 %) des patients ont quitté l'étude, sur les 78 % des patients restants, alors que le temps total de stimulation aurait dû être de 34 heures, seuls 12 patients ont effectué plus de 20 h de stimulation, 40 ont fait moins de 10 h, et 30 se situent entre 10 et 20 heures. Certains patients annonçant une stimulation quotidienne, bien suivie, ont fait moins d'une heure de stimulation en 8 semaines ! Les patients ayant réellement bénéficié de plus de 20 heures de stimulation ont eu des résultats bien plus significatifs que les autres patients ( $p = 0,011$ ).

Sur les 70 patients ayant suivi l'étude, 63 % signalent une amélioration significative ( $p = 0,001$ ) de leur continence anale, un seul s'est dit guéri. L'existence d'une rupture sphinctérienne n'apparaît pas comme un facteur de risque d'échec de l'électrostimulation. Il n'y a pas eu de modification des scores manométriques pour les patients ayant accepté la manométrie post thérapeutique (11 patients ont refusé).

Aucune différence en terme d'efficacité n'a été observée entre les 2 groupes de patients, donc entre une stimulation à 35 Hz, considérée par les auteurs comme permettant d'obtenir une contraction sphinctérienne, et une stimulation à 1 Hz qui ne permettrait qu'une rééducation de la sensibilité du canal anal sans contraction sphinctérienne. Les auteurs concluent donc à une efficacité essentiellement liée à l'amélioration de la sensibilité anale.

## DISCUSSION

Cette étude est la première à évaluer l'électrostimulation à domicile sur un grand nombre de patients, on regrette une durée encore trop courte du traitement, mais il est intéressant d'observer une très mauvaise compliance des patients alors même qu'ils prétendent le contraire, il semble donc inenvisageable d'augmenter la durée de l'électrostimulation au-delà des 8 semaines proposées. L'absence de prise en charge médicale, de suivi, d'explication est certainement source d'un manque de motivation.

On regrette aussi l'absence de sélection de la population étudiée :

– il n'y a pas eu d'électromyographie dans le bilan préthérapeutique, on connaît pourtant la mauvaise réponse à l'électrostimulation si les patients souffrent d'une dénervation importante, voire d'un allongement des latences du nerf honteux ; or, nous ne

connaissons pas la proportion de ces patients dans cette étude ;

– la constipation terminale peut être responsable d'une incontinence anale ne répondant pas à l'électrostimulation ; or, si ce diagnostic peut être porté par la manométrie anorectale préthérapeutique, les auteurs ne nous informent pas sur le nombre de patients concernés

– enfin, on connaît les mauvais résultats de l'électrostimulation sur la défaillance du sphincter interne qui concerne certainement une grande partie des 34 patients souffrant d'incontinence anale passive.

Ainsi, malgré une population non sélectionnée, les auteurs observent une amélioration significative de l'incontinence anale avec un effet dose puisque cette amélioration est d'autant plus nette que les patients ont utilisé plus longtemps l'électrostimulation.

Les auteurs sont étonnés par la réponse du groupe traité à 1 Hz, ils considéraient en effet cette fréquence comme non efficace, utilisée comme un « placebo ». Pourtant, certaines études ont montré l'efficacité des courants de basse fréquence sur le tonus sphinctérien (Kumar *et al.*), le test des différentes fréquences de courant sur le sphincter anal pendant l'électromyographie retrouve une meilleure réponse contractile du sphincter anal, en cas de dénervation, aux basses fréquences. Il aurait donc été intéressant de faire un vrai groupe placebo sans stimulation, néanmoins ce type d'étude ne peut se faire en aveugle.

## CONCLUSION

L'électrostimulation à domicile est donc un outil intéressant dans le traitement de l'incontinence anale ; il est peu coûteux, sans danger (dans cette étude comme dans toutes les études sur l'électrostimulation, il n'est pas observé d'aggravation de l'incontinence). Lorsqu'il est associé au biofeedback, après un traitement médical bien suivi, il permet de soulager un grand nombre de patients avant de recourir à des traitements plus agressifs comme la chirurgie ou la neuromodulation plus coûteuse. Il faut insister sur la nécessité d'un suivi médical voire psychologique d'un tel traitement. On ne peut, en aucun cas, laisser les patients seuls face à un matériel complexe et une maladie invalidante au risque d'avoir une compliance désastreuse comme le montre cette étude.

## Références

- LEHUR P.A., LEROI A.M. Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24:299-314
- KUMAR D., MARSHALL H.J. Diabetic peripheral neuropathy: amelioration of pain with transcutaneous electrostimulation. *Diabetes care* 1997 Nov; 20(11):1702-5

## Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 193 patients ayant bénéficié d'une anopexie de Longo, réalisée par le même opérateur dans la même clinique privée, de février 2000 à février 2004, ce qui a représenté 15 % des cures chirurgicales de prolapsus muco-hémorroïdaires pendant cette période. Il y avait 107 hommes et 86 femmes, d'âge moyen de 51 ans (de 22 à 91 ans).

Les indications étaient :

- chez l'homme : un prolapsus muqueux circulaire de grade III bien symétrique ;
- chez la femme : un prolapsus muco-hémorroïdaire, de grade II après échec des IR, ou de grade III avec périnée déficient ;
- et, dans les 2 sexes, un prolapsus muqueux résiduel après hémorroïdectomie.

Chaque intervention débutait par un bloc périméal postérieur avec une ampoule de Naropéine. On a toujours utilisé le Kit PPH01 d'Ethicon, mais en remplaçant le CAD33 par un écarteur de Musiari pour présenter la muqueuse. La confection de la bourse était réalisée à 3 cm de la ligne pectinée, donc la couronne d'agrafes se retrouvait à 1,5 cm. On étalait ensuite la collerette muqueuse sur une plaque de polystyrène pour examen histologique permettant de vérifier qu'il s'agissait bien de muqueuse rectale en épargnant les paquets hémorroïdaires, et de quantifier la présence de muscles sur la résection. On réalisait ensuite un contrôle visuel de l'hémostase à 10 mn (pas de sonde, ni de mèche rectales) et, chez 114 patients (59 %), on a réalisé une hémostase par des points séparés de Vicryl® 000 sur une petite aiguille courbe avec, en moyenne, 2,4 points par patient. On a dû effectuer des gestes associés chez certains : exérèse de marisques (9 cas), résection d'un paquet hémorroïdaire antérieur (1 cas), d'un polype fibreux (1 cas), d'un hamartome (1 cas), réalisation d'une anoplastie pour fissure (1 cas), et résection d'un ectropion muqueux (1 cas).

Les patients quittaient la clinique à J2 avec des soins locaux, du Forlax® et des antalgiques (Di-antalvic® et Profénid®). Ils ont été revus en consultation à S3 et S6 puis à un an.

## Résultats

Les dossiers de ces 193 patients ont été revus d'une manière rétrospective.

En ce qui concerne les résultats de l'analyse histologique des collerettes, on note que seulement 39 cas, soit 20 % des patients, n'ont pas de muscle. Pour les autres, on retrouve un peu de muscle lisse (inférieur à 1/3 de la circonférence) chez 115 opérés (60 %), beaucoup de muscle lisse ou, ponctuellement, les deux couches chez 39 opérés (20 %). À noter que ces résultats n'ont aucune incidence sur la survenue de complications ou de douleurs postopératoires.

En ce qui concerne la morbidité (il n'y a eu, bien sûr, aucune mortalité), on peut classer les complications en trois catégories :

Les complications bénignes sont dominées par les thromboses hémorroïdaires externes nécessitant une

incision (8 cas), et les douleurs inexplicables nécessitant une adaptation des antalgiques habituels (3 cas). Pour les autres, on note une thrombose hémorroïdaire interne traitée médicalement, une rétention aiguë d'urine, deux chutes d'escarres (8 et 11 j) surveillées sans reprise, et une phlébite.

Trois complications modérément graves sont des reprises pour hémorragies (2 à 24 h, 1 à 5 h) avec 2 chutes d'hémoglobine à 9 et 6 g qui n'ont pas nécessité de transfusion.

On déplore malheureusement une complication grave qui ne relève pas de la période d'apprentissage puisque survenue au 80<sup>e</sup> cas : il s'agit d'une femme de 42 ans avec une indication classique, un geste facile, quelques fibres musculaires lisses, mais avec une grande désorganisation architecturale à l'histologie. Elle a présenté des douleurs majeures pendant 5 semaines, mais son psychisme gênait leur interprétation. L'évolution locale fut normale à S3 et S6 (cicatrisation complète). Elle fut ré hospitalisée en urgence à S8 pour reprise des douleurs, une tuméfaction rectale au-dessus de la couronne d'agrafes faisait suspecter un abcès. À l'incision, on ne retrouve pas de pus mais une mucocèle. L'exploration entraîne une perforation du Douglas réparée immédiatement par le chirurgien digestif présent en salle, mais la survenue à 48 h d'un syndrome péritonéal impose la mise en place d'une stomie compliquée d'un abcès de paroi. Patiente revue à 16 mois de son intervention avec un résultat morphologique satisfaisant mais qui veut conserver sa stomie par crainte d'une nouvelle intervention...

En ce qui concerne le suivi à un an, il porte sur 190 patients car 3 non revus. On retrouve :

- 2 lésions asymptomatiques (1 repli muqueux au-dessus de la couronne, 1 marisque) ;
- 7 prurits (6 traités médicalement, 1 par une sclérose Kinuréea H) ;
- 5 saignements (3 scléroses Kinuréea H, 2 non traités sur des patients peu symptomatiques) ;
- 1 névralgie pudendale *de novo* ;
- 1 constipation *de novo* ;
- et 1 prolapsus d'un paquet isolé corrigé par une séance d'infrarouges.

On n'a pas eu à déplorer de modifications de la continence fécale.

## Conclusion

Cette technique doit faire partie de la panoplie du proctologue libéral, mais n'est pas utilisable pour tous les patients : on doit choisir des indications adaptées (voir au début) et, pour ma part, j'ai maintenant réalisé environ 500 Longo qui représentent 30 % des cures chirurgicales d'hémorroïdes de l'année dernière. Depuis cette étude, il n'y a pas été observé d'autres complications graves. À noter que le Kit PPH03 diminue le nombre de gestes hémostatiques peropératoires.

## Critères d'exclusion

- prolapsus rectal total ;
- infection locale (abcès, fistule) ;
- fistule rectovaginale ;
- maladie inflammatoire colique ;
- proctite radique ;
- incontinence anale (score de Jorge Wexner > 7) ;
- sténose anale ;
- entéroccèle au repos ;
- anomalie gynécologique ou urinaire significative demandant un traitement particulier ;
- présence de matériel prothétique dans l'atmosphère périrectale ;
- absence d'anomalie anatomique ou physiologique associée à l'ODS ;
- facteur de risque local compromettant la sécurité du geste opératoire ;
- fibrose rectale ;
- antécédent d'anastomose rectale.

Pour l'ensemble des experts, chacun de ces items représente une contre-indication absolue, en particulier en ce qui concerne le prolapsus total du rectum dont le traitement n'est pas le STARR. La présence d'une infection fait prendre un risque d'infection grave postopératoire. Toute affection rectale est une contre-indication (Syndrome Ulcère Solitaire du Rectum, rectite, microrectum).

## Technique

Celle décrite par LONGO, utilisant la pince PPH 01 ou STR 10.

Le principe du STARR est de réséquer la procidence interne, de corriger la rectocèle si elle existe, et de rétablir la continuité de la paroi rectale en restaurant une anatomie normale, une compliance normale, et une fonction améliorée. L'habitude de l'utilisation des pinces PPH est indispensable.

## Complications

- saignements ;
- hématome ;
- rétention d'urines ;
- douleurs ;
- déhiscence de la suture ;
- infection ;
- fécalome ;
- fistule rectovaginale ;
- péritonite ;
- cellulite nécrosante ;
- urgence défécatoire.

Certaines de ces complications ne sont pas spécifiques du STARR. Les urgences défécatoires sont fréquentes et disparaissent habituellement en quelques semaines. Cependant, des symptômes d'incontinence peuvent persister. Les fistules rectovaginales et sepsis sont également des complications rares de l'hémorroïdopexie. De même que la péritonite, elles peuvent survenir après STARR.

## Qui devrait réaliser des interventions de STARR ?

Pour le panel d'experts, les critères suivants sont exigés :

- connaissance et expérience de l'utilisation de la PPH.

Il faut :

- être formé par un chirurgien compétent dans la pratique du STARR ;
- être expérimenté en chirurgie colique ;
- être expérimenté en chirurgie rectoanale ;
- connaître les explorations pelviennes ;
- et accepter de participer à l'évaluation des résultats.

## Pour l'avenir

L'évaluation plus précise de cette technique dans les cas particuliers de l'intestin irritable, de troubles de transit coliques, du syndrome de l'ulcère solitaire du rectum, des petits prolapsus du rectum inférieur à 3 cm, de l'existence d'une incontinence mineure (score inférieur à 8) est à réaliser.

## Commentaire

Cette réunion, sous l'égide de la firme ETHICON, a repris le principe de la diffusion de la PPH de 2003.

Les principes de l'intervention ont été rappelés dans le dernier symposium de la SNFCP lors des JFPD (e-conference) sur la rectocèle.

Des résultats sont attendus, en particulier en ce qui concerne les troubles de la continence postopératoires.

Le registre d'évaluation est prêt à fonctionner de façon anonyme sous la responsabilité des Pr Michot et Lehur.

## L'ANOPEXIE SELON LONGO : L'EXPÉRIENCE D'UN PROCTOLOGUE LIBÉRAL

Marc SOUFFRAN (Nantes)

### L'expérience d'un proctologue libéral entre février 2000 et février 2004

Ce petit article n'a pas l'ambition d'être une étude scientifique sur l'anopexie. Ce type de travail a déjà été fait (plus pour cette technique nouvelle que pour nos autres interventions). Il s'agit d'un témoignage sur la façon dont a été vécue cette nouvelle technique opératoire, pendant deux ans, par un seul opérateur entraîné à la proctologie chirurgicale au sein d'un seul établissement privé. Volontairement, on a exclu de cette étude les premières interventions réalisées au CHU de Nantes dans le cadre d'une étude multicentrique avec une technique opératoire plus standardisée.

# Condensé de pelvipérinéologie

Alexandre IVANOVIC (Le Havre)

Exit les *Correspondances en Pelvipérinéologie*. Bienvenue à *Pelvipérinéologie*.

On prend presque les mêmes, et on recommence. La crainte est qu'il n'y ait pas plus de « périnéologie postérieure » afin que la revue passe à la postérité. En effet, cette publication multidisciplinaire indique une forte prédominance de grands spécialistes plutôt orientés vers l'urologie et la sexologie.

Je vous propose pour ce **Procto digest** n° 2 :

1) Le n° 1 de *Pelvipérinéologie* paru en mars 2006 (référence *Pelvipérinéologie, volume 1, n° 1, mars 2006*) pour son éditorial qui, enfin, sent bon la modestie et l'humilité acquises par l'expérience, écrit par Gérard Amarenco, et pour son dossier thématique *Troubles du transit et de la défécation des maladies neurologiques* coordonné par Denis Soudan.

2) *La lettre de l'hépatogastroentérologue, n° 2, volume IX, mars-avril 2006* pour un article écrit par Laurent Siproudhis et Pierre Brissot concernant le retentissement anorectal des maladies neurologiques.

## LE N° 1 DE PELVIPÉRINÉOLOGIE

### Exploration électrophysiologique périnéale : mythes et réalités

Ou comment en apprécier l'apport réel dans l'expertise des troubles vésicosphinctériens (incontinence et dysurie), anorectaux (dyschésie, incontinence), génitosexuels (dysérection) et périnéaux divers (névralgies pelvipérinéales).

Sont en balance l'objectivité des explorations et leur manque de sensibilité et de spécificité. En tant que clinicien et parfois réalisateur de ces actes, on pense évidemment qu'il faut une « bonne raison » pour poser l'indication de tel ou tel examen.

### L'électromyographie de détection des muscles du plancher périnéal

Cet examen est considéré comme le plus utile, permettant de mettre en évidence une dénervation et des éléments faisant soupçonner un syndrome neurogène périphérique. Cependant, et malgré l'informatisation, la mise en évidence des altérations est facile en cas de processus évolué, mais la détermination du caractère pathologique en est beaucoup plus délicate. En effet, beaucoup de situations banales peuvent déterminer un syndrome neurogène, compliquant l'analyse électrophysiologique : accouchement par voie basse, constipation, certains prolapsus, vieillissement du corps, notamment s'il y a eu intervention pelvienne antérieure ou des éléments rachidiens pathologiques, arthrose, hernie discale, canal lombaire étroit, etc. Des pathologies plus franches peuvent être mises en évidence : névralgies périnéales avec dénervation unilatérale évoquant un syndrome d'Alcock, dénervation du sphincter anal dans les

incontinences anales du *post-partum* suggérant une participation neurogène à l'hypocontinence.

### L'étude des latences sacrées

C'est l'étude de l'arc réflexe sensitivomoteur nerf pudendal/métamères-S2, S3, S4.

Là encore, le manque de reproductibilité et de sensibilité est souligné. En effet, le stimulus utilisé ne permet d'explorer que les grosses fibres myélinisées ; la technique de recueil focale à l'aiguille ne peut explorer l'ensemble des structures musculaires ; le recueil de surface, quant à lui, est contaminé par le muscle controlatéral ; enfin, le réflexe est polysynaptique lorsque l'on explore, à partir du muscle bulbo-caverneux, ce qui perturbe le résultat.

L'étude des potentiels évoqués cérébraux par stimulation périnéale est reproductible, mais ne permet pas de préciser le siège de la lésion ni de discriminer la droite de la gauche.

### L'étude des latences distales du nerf pudendal

Technique initiée dans les années 1960, et largement rapportée depuis. Elle est réalisée par stimulation du nerf au contact de l'épine sciatique, validant notamment la notion de neuropathie d'étirement. Là encore, le recueil pose des problèmes d'interprétation, fait à l'aiguille ou en surface, et doit être comparé à l'EMG conventionnel.

**En conclusion**, Gérard AMARENCO note : « *Malgré leur large utilisation en pratique quotidienne, la reproductibilité, la sensibilité et la spécificité des explorations électrophysiologiques ne sont pas excellentes. Et pourtant, elles restent fort demandées dans l'appréciation objective, quantitative, topographique et évolutive de la dénervation. Mais, pour rester utiles, voire, dans certains cas, indispensables, elles ne doivent être analysées puis interprétées qu'avec beaucoup de recul, d'humilité, et en fonction des indispensables données cliniques, anamnétiques et d'examen. Elles restent un examen complémentaire, purement descriptif, sans aucune valeur fonctionnelle, contrairement aux explorations manométriques. Mais elles demeurent d'un incontestable intérêt dans le dépistage d'un facteur neurogène et dans l'appréciation de l'intégrité réflexe sacrée.* ».

**Plus loin, dans la même revue, il y a un dossier thématique** qui nous rappellera, de façon intéressante, la réunion de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie en novembre 2005, puisque plusieurs sujets de ce type avaient alors été traités.

### Troubles digestifs et anorectaux dans la sclérose en plaques

Les troubles digestifs et anorectaux sont fréquents dans la sclérose en plaques, mais souvent sous-estimés. Contrairement aux troubles urinaires, ils ont fait l'objet de très peu d'études, probablement du fait de l'habituelle absence de complications vitales. Il s'agit principalement de ralentissement du transit ou d'un défaut d'exonération. Le rétablissement d'un

transit régulier permet également d'éviter l'incontinence permanente exceptionnelle ou les fuites de selles invalidantes. Leur impact psychologique, social et fonctionnel est cependant à prendre en compte par une écoute plus attentive des professionnels.

Les traitements utilisés sont symptomatiques, empiriques, aucun n'ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres.

Des études cliniques, détaillant les troubles anorectaux présentés par ces patients, couplées à des explorations électrophysiologiques (manométrie, électromyogramme), pourraient permettre de mieux définir la physiologie de ces troubles et d'envisager de nouvelles approches thérapeutiques (neurostimulation).

#### Troubles du transit et de la défécation au cours de la maladie de Parkinson

Les troubles du transit et de la défécation doivent être recherchés précocement dans la maladie de Parkinson idiopathique (MPI), tant ils affectent la qualité de vie des patients. Jusqu'à 70 à 80 % des patients peuvent présenter des troubles du transit intestinal et des difficultés d'évacuation. Une surveillance clinique prospective des patients doit permettre, par une attitude préventive, d'éviter la constitution à bas bruit d'un mégacôlon ou d'un volvulus. L'utilisation des PEG (efficaces dans les constipations non organiques) doit être précoce. Les données de la littérature témoignent de l'efficacité modérée du psyllium, et de l'efficacité temporaire du cisapride dans la constipation de transit de la MPI. La régularisation du transit permet, en outre, l'amélioration de la disponibilité du traitement de fond de la MPI.

La prise en charge des troubles de la défécation passe par l'optimisation du traitement de fond de la maladie, la défécation n'étant possible le plus souvent qu'en période *on* (la MPI évolue en phases *on/off*, alternant phases normales/phases anormales). Le recours à la toxine botulique injectée dans le sphincter anal strié est exceptionnel mais semble donner de bons résultats.

#### Prise en charge des troubles colorectaux du blessé médullaire

Les dysfonctionnements colorectaux sont fréquents, complexes et à l'origine de nombreuses complications locales. Ils ont un impact important sur la qualité de vie des blessés médullaires (b.m.).

La constipation de transit est quasi constante, secondaire aux lésions neurologiques, à l'alitement prolongé et aux modifications du rythme de vie.

L'incontinence concerne 13 à 60 % des blessés. Ces troubles sont à l'origine de complications locales multiples : ballonnement du cadre abdominal, fécalomes, hémorroïdes, prolapsus rectaux.

L'évaluation se fait cliniquement par un interrogatoire précis, un calendrier des selles et un examen abdominal, proctologique et neurologique, et s'appuie sur l'étude du temps de transit colique et la manométrie anorectale.

L'équilibre du transit colique et un rythme d'exonération adapté aux patients sont les bases du traitement de l'incontinence anale du b.m.

Cette prise en charge est difficile et nécessite une disponibilité, une formation, une information du personnel soignant et du patient. Les résultats sont souvent aléatoires. Ils dépendent de multiples facteurs externes et de la compliance des b.m.

La surveillance des dysfonctionnements colorectaux est indispensable, même si nos moyens d'action et leur évaluation sont encore limités. Le traitement de l'incontinence anale reste un préalable à une réinsertion sociale satisfaisante.

#### Troubles anorectaux des neuropathies périphériques

Les troubles anorectaux constituent une plainte fréquente des patients présentant une neuropathie périphérique. Pourtant, en dehors du diabète et des neuropathies pudendales, ils restent peu étudiés, tant d'un point de vue descriptif que physiopathologique.

Les plaintes sont dominées par l'incontinence anale et la dyschésie anorectale.

Si les complications médicales ne sont pas graves, la qualité de vie des patients est altérée.

L'incontinence fécale est d'origine plurifactorielle : trouble de la sensibilité rectale entraînant des urgences défécatoires, impaction des selles avec incontinence par regorgement, défaillance des mécanismes de continence active volontaire.

La dyschésie est liée à plusieurs mécanismes : troubles de la motricité colorectale, iatrogénie, alimentation inadaptée...

La prise en charge repose avant tout sur la clinique, mais elle peut s'appuyer sur la manométrie anorectale, l'EMG et la défécographie.

#### Troubles anorectaux au cours des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les troubles anorectaux au cours des AVC sont fréquents, mais les études prospectives sont rares.

L'incontinence fécale et la constipation prédominent.

L'étiopathogénie de la constipation est multifactorielle, non spécifique (alitement, médicaments anticholinergiques, régime alimentaire peu adapté) ou directement secondaire à l'AVC (paralysie motrice et troubles sensitifs anorectaux, asynchronisme abdominopelvien).

Le traitement est toujours nécessaire (régime, mucilages, suppositoires type Édectyl<sup>®</sup>, lavements évacuateurs, extraction de fécalome).

Les conséquences sont représentées par l'incontinence par regorgement et les troubles vésicosphinctériens.

L'incontinence anale procède de causes iatrogènes (sédatifs, fécalome...) et de lésions secondaires à l'AVC (paralysie sphinctérienne, troubles initiaux de la conscience, troubles psychocomportementaux séquellaires).

La rééducation par biofeedback peut être proposée.

#### RETENTISSEMENT ANORECTAL DES MALADIES NEUROLOGIQUES

Cet article reprend certaines données du dossier thématique évoqué ci-dessus.

mateuse Familiale : PAF). La colectomie subtotale avec anastomose iléorectale, quoi que plus facilement réalisable et donnant de meilleurs résultats fonctionnels, avait quasiment été abandonnée et dénoncée par les « Ayatollahs de l'AIA », en raison de la surveillance nécessaire, et du risque carcinologique potentiel, que ce soit dans la PAF ou la RCH.

Il y a deux ans, Olsen en Suède a montré que l'anastomose iléoanale était quasiment « une stérilisation chirurgicale iatrogène » avec près de 2/3 de patientes stériles. Il a aussi démontré que dans la PAF, la préservation rectale permettait une préservation de la fécondité à plus de 80 %. Aucune étude n'avait comparé la fécondité des femmes opérées de RCH par AIA et AIR. C'est ce que nous avons fait avec ce travail rétrospectif, à la méthodologie certes imparfaite, mais qui est unique et original et qui confirme les

## Du côté des pinces :

### CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA DÉFÉCATION PAR LA RÉSECTION RECTALE TRANSANALE (STARR)

Denis SOUDAN (Paris)

CORMAN et coll. *Colorectal Disease* 2006; 8:98-101

Une conférence de consensus s'est tenue en juin 2005 à Rome concernant la technique de STARR (Stapled Transanal Rectal Resection).

L'hémorroïdopexie circulaire par agrafage, mise au point par le Docteur LONGO en 1998, a pour avatar le STARR. L'indication du STARR est ancienne, et vise à l'amélioration des symptômes en rapport avec un syndrome d'obstruction défécatoire (ODS). Le développement et la diffusion de cette technique sont à l'origine de cette conférence de consensus.

La procédure réalise une résection rectale transanale par agrafage.

#### Signes cliniques pouvant éventuellement faire poser l'indication d'un STARR

- évacuation rectale prolongée et/ou efforts de poussée répétés ;
- faux besoins ;
- nécessité de digitation ;
- nécessité de lavements ou de laxatifs ;
- sensation de vidange incomplète ;
- séjour prolongé aux toilettes ;
- pesanteur pelvienne, inconfort rectal, et douleurs périméales.

Ces symptômes, isolément ou dans leur ensemble, sont très évocateurs de syndrome d'obstruction rectale (Obstructed Defecation Syndrome). Cependant,

données connues dans la PAF, à savoir que la préservation rectale permettait de passer de 30 % de femmes fécondes à 66 %.

Ces données ne tiennent pas compte de l'apport de la laparoscopie, « moins adhésiogène », mais ont le mérite de reconsidérer nos indications chirurgicales : chez une femme jeune avec désir de grossesse qui doit être opérée et qui a un rectum « préservable » (manométrie et lavement qui éliminent un microrectum, absence de dysplasie rectale), et surtout qui est suffisamment « cortiquée » pour accepter une rectoscopie annuelle de dépistage de la dysplasie, on peut proposer de préserver le rectum, d'ailleurs en cas de proctectomie secondaire, les résultats fonctionnels de l'anastomose iléoanale sont aussi bons que si elle avait été faite d'emblée et, au moins, on a pu lui laisser le temps d'avoir des enfants.

l'ODS n'est pas différent des autres causes de dyschésie. Ces symptômes doivent, en premier lieu, faire l'objet d'une prise en charge médicale avant d'envisager le STARR.

#### Signes d'examen

- rectocèle ;
- descente périméale ;
- intussusception rectale ;
- prolapsus muqueux ;
- prolapsus génito-urinaire ;
- entéroécèle.

Les anomalies sont associées de façon variable entre elles. C'est la combinaison de signes cliniques et de signes d'examen qui doit faire évoquer la possibilité d'un traitement par STARR.

#### Les éléments du bilan

- évaluation clinique des sphincters à noter, en particulier la présence de rectocèle et d'une intussusception, de la descente périméale, et l'existence d'un prolapsus ;
- rectosigmoïdoscopie ;
- coloscopie ou lavement baryté ;
- défécographie.

Tel est le bilan minimum requis.

Tous les autres examens sont optionnels, à savoir : Opacification vaginale, opacification du grêle, IRM dynamique, étude du temps de transit, manométrie anorectale avec étude de la compliance rectale, EMG, uréthro-cysto-métrogramme, consultation gynécologique et urologique.

Le but de ce bilan est de documenter tout éventuel dysfonctionnement. Certains experts considèrent que la manométrie n'est pas obligatoire.

# Fistules anales cryptogénétiques : après la colle, l'obturateur !

Agnès SÉNÉJOUX (Clichy)

J. Johnson *et al. Dis Col Rect* 2006; 49:371-6

L'application de colle de fibrine pour traiter les fistules anales hautes est une méthode séduisante car elle préserve l'appareil sphinctérien. Cependant, son efficacité est limitée.

Après des travaux initiaux enthousiastes faisant état d'une efficacité, dans 60 à 80 % des cas [1,2], les dernières séries de la littérature sont nettement moins optimistes avec des résultats favorables dans moins de 20 % des cas [3]. La texture même de la colle peut, en partie, expliquer ces effets limités : il est en effet fréquent que le trajet fistuleux soit mal rempli ou, pire, que la colle ne reste pas en place dans le trajet après l'injection. Dans ce travail prospectif ouvert, les auteurs ont utilisé un obturateur de forme conique fabriqué à partir de sous-muqueuse d'intestin de porc pour traiter 15 fistules anales hautes. Ils ont comparé ce groupe à 10 malades similaires traités par encollage. L'obturateur, mis en place par voie rétrograde après rinçage simple du trajet à l'eau oxygénée, était coupé à la bonne longueur et suturé au canal anal à sa partie la plus large. Ce travail n'était malheureusement pas randomisé, mais l'obturateur

paraissait plus efficace que la colle puisque, à 14 semaines, 13 % des patients traités par cette méthode avaient une fistule productive *versus* 60 % pour les encollages. Les 2 malades en échec du traitement par obturateur avaient une fistule en fer à cheval, de même les échecs de l'encollage s'observaient chez les patients ayant une fistule ramifiée.

Cette méthode constitue une voie de recherche intéressante : elle pourrait être plus efficace que la colle de fibrine en ayant une sécurité d'emploi comparable pour la continence. L'obturateur, après mise en place, est colonisé en 3 à 6 mois par les cellules de l'hôte, il n'entraîne pas de réaction à corps étranger.

Ces résultats nécessitent cependant d'être confirmés par des travaux de meilleur niveau de preuve avec un recul plus long et ce, d'autant plus que le coût de l'obturateur est largement supérieur à celui de la colle biologique.

## Références

- [1] VENKATESH K.S. *et al. Dis colon Rectum* 1999; 42:1136-9
- [2] CINTRON J.R. *et al. Dis colon Rectum* 2000; 43:944-9
- [3] BUCHANAN G.N. *et al. Dis colon Rectum* 2003; 46:1167-74

## AIR – AIA : une question de fertilité...

Jocelyn LESAGE et Pierre-Eugène MORTIER (Saint-Martin Boulogne)

P.-E. MORTIER, L. GAMBIEZ, M. KAROUI, A. CORTOT, J.-C. PARIS, P. QUANDALLE, J.-F. COLOMBEL. Colectomy with ileorectal anastomosis preserves female fertility in ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30(4):594-7

**OBJECTIVES:** Restorative proctocolectomy with ileoanal anastomosis (IPAA) is the surgical standard for patients with ulcerative colitis (UC). Significant reduction in female fertility and fecundity after IPAA has been shown in recent studies. In selected cases, colectomy with ileorectal anastomosis (IRA) is another surgical option. The aim of this study was to evaluate fertility in women with UC who underwent IRA.

**PATIENTS AND METHODS:** This study included all women with UC who underwent IRA between 1962 and 1999 and who were 40 years old or younger at the time of surgery, and older than 18 years of age at the time of the interview. Data were collected using a structured telephone interview

concerning reproductive behavior and waiting times to pregnancy.

**RESULTS:** Among 40 eligible patients, 37 whose mean age at IRA was 28 years (range 11-39) answered the questionnaire. Twenty-two were unmarried, not wishful of pregnancy and/or already had children. Among 15 females wishing children after IRA, 10 (66%) became pregnant: one had therapeutic abortion, two had a miscarriage, four had 1 child, two had 2 children and one had 4 children. Five patients were sterile after IRA.

**CONCLUSION:** These preliminary results suggest that IRA for UC preserves female fertility. If confirmed in other series this information should be provided to young women with UC before deciding surgical option.

Depuis que la faisabilité de la proctocolectomie avec anastomose iléoanale a été démontrée au début des années 1980 par la Mayo Clinique, cette intervention est devenue la référence pour traiter curativement et définitivement les maladies du côlon (Rectocolite Hémorragique : RCH et Polyadénomatose Adéno-

La pathogénie des troubles fonctionnels anorectaux rencontrés au cours des affections neurologiques est difficile à appréhender du fait :

- de la complexité neurophysiologique de la motricité, de la sensibilité de l'anorectum, et de leurs contrôles spinaux et supraspinaux ;
- des mécanismes en cause dans la survenue des troubles fonctionnels décrits qui sont multifactoriels (participation centrale et périphérique, immobilité) ;

– que les troubles fonctionnels décrits peuvent avoir un support pathogénique autre que le trouble neurologique ;

– que les médicaments institués chez ces personnes peuvent modifier la physiologie anorectale, et entraîner des troubles du transit intestinal.

Un tableau clair montre les circonstances qui doivent faire évoquer une origine neurologique aux troubles fonctionnels pelviens :

<b>Contexte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Traumatisme lombosacré ou périnéal</li> <li>– Antécédent de chirurgie rachidienne</li> <li>– Maladie neurologique documentée ou suspectée</li> <li>– Chirurgie répétée pour troubles de la statique pelvienne</li> </ul>
<b>Symptômes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dysurie de poussée chez la femme jeune</li> <li>– Infections urinaires répétées inexpliquées</li> <li>– Incontinence urinaire ou fécale non précédée d'une sensation de besoin</li> <li>– Incontinence urinaire ou fécale nocturne</li> <li>– Fécalomes du sujet jeune</li> </ul>
<b>Examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Troubles importants et inhabituels de la statique pelvienne du sujet jeune</li> <li>– Anesthésie périnéale</li> <li>– Abolition ou exagération des réflexes périnéaux (étirement, pincement)</li> <li>– Absence de contraction volontaire sphinctérienne anale et des releveurs</li> <li>– Relaxation anale excessive lors du toucher rectal</li> </ul>

Il est ensuite rappelé les éléments essentiels dans trois maladies principales : la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et les troubles pelviens observés après lésion médullaire. Il n'est alors pas étonnant de retrouver, au premier plan, la constipation et les hypotonies anales.

logique, les études du temps de transit colique, les études manométriques anorectales et, bien sûr, les explorations neurophysiologiques pelvipérinéales ainsi que le bilan urodynamique.

Les principes thérapeutiques sont alors établis dans un tableau également complet ci-dessous.

Les explorations fonctionnelles seront adaptées aux troubles exprimés. On retrouve, outre un bilan morpho-

Sans oublier que ces patients peuvent bénéficier d'une amélioration grâce au traitement de la maladie

<b>Évaluation et limitation des effets secondaires des médicaments associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agents anticholinergiques (constipation)</li> <li>– Agents neuroleptiques et antidépresseurs (constipation et incontinence)</li> <li>– Laxatifs osmotiques et huileux (incontinence et suintement)</li> <li>– Fibres et mucilages (constipation et impaction fécale)</li> <li>– Antiparkinsoniens</li> </ul>
<b>Prise en compte des difficultés locomotrices induites par la maladie neurologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avis et procédures ergothérapeutiques</li> </ul>
<b>Hygiène, habitudes défécatrices et vacuité rectale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vigilance et perception des signes indirects (dysautonomie et blessés médullaires)</li> <li>– Calendrier des selles</li> <li>– Respect de temps longs d'évacuation (b.m.)</li> <li>– Laxatifs locaux et manœuvres endoanales réflexes initiant la défécation (b.m.)</li> <li>– Lavements réguliers assurant une vacuité rectale (incontinence, fécalome)</li> </ul>
<b>Choix médicamenteux adaptés à la physiopathologie des troubles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laxatifs osmotiques, stimulants et/ou salins (inertie colique)</li> <li>– Fibres et mucilages (hyperactivité motrice sigmoïdienne)</li> <li>– Prokinétiques (troubles moteurs et maladie de Parkinson)</li> <li>– Prise en compte du retentissement neurologique pelvien</li> <li>– Spasticité (baclofène, dantrolène et benzodiazépines)</li> </ul>

neurologique elle-même, et qu'au bout du compte une colostomie de dérivation ou des irrigations coliques antérogrades ou rétrogrades peuvent également apporter un plus.

On pourrait, dans l'avenir, se poser des questions sur l'innovation thérapeutique : la neuromodulation des racines sacrées, l'utilisation des biosilicones, de la radiofréquence, dans le domaine de la continence notamment. Ce qui devrait être plus efficace et plus rationnel qu'une simple protection ou le recours à un tampon obturateur anal.

Il est bien souligné qu'il faut, dans ces problèmes, comme cela a été fait dans le dossier thématique de *Pelvi-Périnéologie*, se rapprocher d'une concertation

pluridisciplinaire, neurologues, rééducateurs, spécialistes des différents organes mis en cause ou s'intéressant au périnée, en relation avec les médecins traitants, infirmier(e)s et kinésithérapeutes en charge de ces malades. Il faut donc savoir gérer ces handicaps retentissant sur la qualité de la vie des patients neurologiques, même si les thèmes semblent répétitifs.

C'est l'éternelle balance entre le quotidien nécessairement pragmatique et les incontournables études prospectives, épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques afin de mieux prendre en charge humainement des patients dans la vraie vie.

Bonne lecture !

## Quoi de neuf dans le traitement des fissures anales ?

### LES DÉRIVÉS NITRÉS

Xavier LESAGE (Armentières)

Manometric effects of topical glyceryl trinitrate and its impact on chronic anal fissure healing Thornton. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1207-12

Parmi les questions relatives à l'efficacité et l'utilisation, un jour possible, de dérivés nitrés dans le traitement de la fissure anale chronique, la question de la fréquence d'application et de la durée même de l'effet myorelaxant du glyceryl trinitrate (GTN) sur le sphincter n'est pas élucidée...

Thornton et coll. ont étudié l'impact de la réponse initiale du sphincter anal interne (SAI) à une dose de GTN par manométrie anorectale (MAR) sur l'évolution finale attendue après 8 semaines de traitement. En d'autres termes, les répondants initiaux aux GTN ont-ils majoritairement guéri leur fissure après les 8 semaines de traitement ?

### Patients et méthodes

Vingt-sept (27) patients avec fissure chronique ont pu être explorés en recueillant les symptômes, et en établissant une classification de la fissure à l'examen clinique.

Sur ces 27 patients, 22 ont reçu une application locale de GTN (0,5 g à 0,2 %) et 5 patients un gel placebo (pour confirmer l'absence d'effet parasite de l'eau perfusée en intrarectal lors de la MAR continue et son influence sur la pression du SAI).

Une MAR a été effectuée pour mesurer la pression du SAI, au repos, sur 6 canaux depuis le rectum jusqu'à la marge (mesure de la pression maximale au repos, et d'une moyenne de la pression sur les 6 canaux) en continu 5 minutes avant application de pommade, puis pendant 30 minutes.

Seuls les 22 patients GTN sont rentrés dans l'étude de suivi avec une prescription de 3 applications de pommade au GTN par jour avec traitement dit « placebo », enfin la réalisation d'une MAR à 8 semaines.

### Résultats

Sur les 27 patients en prétraitement, il n'y avait pas de différence de pression du SAI entre le groupe GTN et groupe gel ; la zone de plus haute pression du SAI était visualisée à la partie moyenne du canal anal après application de pommade.

Sur le groupe de 5 patients recevant le gel, il n'était pas observé de diminution de pression avant et après application.

Sur le groupe GTN, il était observé une réduction de pression du SAI 2 à 18 minutes après application surtout à la partie médiane du canal. Dans ce même groupe, sur le suivi après les 8 semaines complètes de traitement, il était observé 73 % de guérison clinique et 64 % de cicatrisation. Le recueil des données relevait 23 % de céphalées traitées par analgésique simple et ne mettait pas en évidence d'incontinence anale.

Il était observé une corrélation significative entre guérison clinique, avec ou sans cicatrisation, et 3 circonstances particulières : en cas d'importante diminution initiale de la pression lors de la première application, si la pression du SAI était initialement élevée en particulier à la partie médiane du canal anal et, enfin, si la fissure chronique était jugée initialement non compliquée.

### Discussion

La cicatrisation des fissures anales chroniques est évaluée de 27 à 80 % sous GTN, quels que soient la dose ou les intervalles d'application. On connaît néanmoins l'effet dose dépendant du GTN sur la

pression du SAI. D'autre part, il existe un doute sur la durée de diminution de la pression après application de GTN (on a d'abord cru à un effet durable sur la pression, et l'intervalle d'application classique était évalué à 8 h). Une modulation des intervalles d'application a pu être suggérée.

Les patients avec pic de pression en milieu de canal sont plus réactif au GTN ; il a par ailleurs pu être mis en évidence que ce profil médian correspondait au profil manométrique du patient fissuraire (profil en cloche) alors que les patients non fissuraire ont leur pic de pression à la partie distale du canal anal.

### Conclusion

Grâce à l'application plus fréquente de GTN ou son utilisation sur une population plus ciblée (patients initialement répondeurs, patients hypertoniques à profil médian ou à fissure chronique non compliquée), la cicatrisation des fissures anales chroniques pourrait-elle s'améliorer ? ou resterait-elle limitée par les effets secondaires systémiques du GTN ou les phénomènes de tachyphylaxie ?

### LA TOXINE BOTULIQUE

Franck DEVULDER (Reims)

F. DANIEL, V. de PARADES, L. SIPROUDHIS, P. ATIENZA. *Gastroentérol Clin Biol* 2006; 30:687-95

La fissure anale chronique est une affection fréquente. Dans les formes chroniques, les traitements médicaux sont souvent mis en échec, et le recours à la chirurgie n'est pas rare. Son but principal étant de diminuer le tonus sphinctérien, la pratique de léiomyotomie est fréquente. Cette technique opératoire s'accompagne, dans 15 à 40 % des cas, d'incontinence anale. Cela a conduit différentes équipes à rechercher des thérapeutiques alternatives. Trois options ont été étudiées : l'usage de topique à base de dérivés nitrés ou d'inhibiteurs calciques, traitements non encore disponible en France, et la réalisation d'injection de toxine botulique. Ce dernier médicament est disponible dans les pharmacies hospitalières mais n'a pas reçu l'AMM pour le traitement des fissures anales.

### Histoire naturelle de la fissure anale et rappel physiopathologique

L'histoire naturelle de la fissure anale est encore mal connue aujourd'hui. Cela tient essentiellement à des problèmes de définitions rendant difficile l'interprétation des résultats des études.

Trois facteurs principaux sont impliqués dans la genèse de la fissure anale :

- facteur mécanique avec le fameux passage d'une selle dure représentant le facteur déclenchant de la fissure ;
- facteur sphinctérien ;

- facteur vasculaire : il semble que l'hypovascularisation du pôle postérieur de l'anus soit secondaire à la contracture sphinctérienne. Ainsi, en diminuant cette contracture par léiomyotomie ou application de dérivés nitrés, certains auteurs ont montré que le tonus de repos diminuait, améliorant la vascularisation, et conduisant à la cicatrisation de la fissure.

### La toxine botulique

#### Comment ça marche ?

La toxine botulique est une protéine neurotoxique. La toxine A est principalement utilisée pour son action durable entraînant une paralysie flasque. Deux formes de toxine A sont commercialisées : le Botox® et le Dysport®. Les travaux ont montré que la toxine botulique bloquait les transmissions cholinergiques pré synaptiques du muscle strié. Les premiers travaux ont donc été réalisés en injectant la toxine botulique dans le sphincter externe avec une baisse de la contraction volontaire, mais sans modification du tonus de repos. D'autres études ont utilisé la toxine botulique dans le sphincter interne avec une baisse durable (2 à 3 mois). La toxine botulique a donc une action sur le sphincter interne, mais son mécanisme exacte reste inconnu.

#### Est-ce que ça marche ?

Les premières études ouvertes étaient très encourageantes avec une taux de cicatrisation des fissures proche de 80 %. Les études contrôlées nous ont montré que la toxine botulique dans la prise en charge des fissures anales chroniques était supérieure à la lidocaïne en application locale, comparable aux dérivés nitrés et, probablement, à la léiomyotomie avec des taux de cicatrisations dépassant les 70 % à court et moyen termes. Nous ne disposons que de 2 études à long terme. Il semble que 50 % des patients récidivent leur fissure à 2 ans après injection de Botox®.

#### Cela peut-il marcher mieux ?

Le changement de toxine n'y fait rien. Botox® et Dysport® ont les mêmes effets et les mêmes résultats. En revanche, le site d'injection est important. L'injection au niveau du pôle antérieur, en cas de fissure postérieure chronique, donne de meilleurs résultats. La dose injectée est un élément de succès. Un effet dose a été démontré avec un risque d'incontinence transitoire en cas de forte dose. On a également démontré l'intérêt d'une seconde injection après l'échec d'une première. Enfin, certains rapportent l'intérêt des traitements combinés et, entre autres, de l'association fissurectomie/toxine botulique, mais nous manquons de données sur ce sujet.

#### Est-ce dangereux ?

La toxine botulique est bien tolérée. De rares effets secondaires locaux mineurs ont été rapportés. Le risque d'incontinence fine, le plus souvent transitoire, est rare, inférieur à 5 %. Les contre-indications sont représentées par les troubles de la crase sanguine, certaines affections neurologiques, la grossesse et l'allaitement. Enfin, l'usage des aminosides est déconseillé.