

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique



République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2023-2024

N°/...../

TITRE

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU PROLAPSUS RECTAL PAR VOIE BASSE CHEZ L'ADULTE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DU CHU DU POINT G

MÉMOIRE

Présentée et soutenue publiquement le 27/12 /2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

Dr. EKPAOU Médédé Carole

Pour obtenir le diplôme d'étude spécialisée en chirurgie générale

Jury

Président : M. Adégné TOGO, *Professeur*

Membres : M. Madiassa KONATE, *Maître de conférences*

Directeur : M. Sidiki KEITA, *Maître de conférences*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge	14
Tableau II: Répartition des patients selon le sexe	14
Tableau III : Répartition selon la provenance	15
Tableau IV : Répartition selon la nationalité.....	15
Tableau V: Répartition des patients selon la profession	15
Tableau VI: Répartition des patients selon les facteurs favorisants	17
Tableau VII: Répartition des patients selon l'indice de performance OMS	18
Tableau VIII: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine. .	18
Tableau IX: Répartition des patients selon le résultat de l'anorectoscopie.....	18
Tableau X: Répartition des patients selon les indications chirurgicales	19
Tableau XI: Répartition des patients selon la technique d'anesthésie	20
Tableau XII: Répartition Des patients selon la technique opératoire.....	20
Tableau XIII : Techniques opératoires et l'âge	20
Tableau XIV: Répartition des patients selon les complications per opératoire	21
Tableau XV: Répartition des patients selon les complications précoces	21
Tableau XVI: répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier.....	22
Tableau XVII: Durée d'hospitalisation et techniques opératoires	22
Tableau XVIII : Les suites opératoires à 3 mois	23
Tableau XIX: Les suites opératoires à 1an.....	23
Tableau XX: Répartition des résultats fonctionnels à 1 an	23
Tableau XXI: Résultat fonctionnel et techniques opératoires.....	24
Tableau XXII : Age moyen et auteurs.....	27
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le sex-ratio	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Exposition du prolapsus en per opératoire.....	6
Figure 2: Incision du prolapsus extériorisé	7
Figure 3 : Ouverture du cul de sac de Douglas	7
Figure 4 : Section du mésorectum.....	8
Figure 5: Répartition des patients selon le motif de consultation	16
Figure 6: Répartition des patients selon les signes fonctionnels	16
Figure 7: Répartition des patients selon la classification de Baden et Walker.....	17
Figure 8: Répartition selon le selon la classification ASA.....	19
Figure 9: éviscération trans-suturale en post opératoire immédiat à propos d'un cas : image chirurgie A point G.2024	21
Figure 10: Image d'un prolapsus rectal prise dans le service de chir A : 2024	47
Figure 11: Vue post opératoire Chirurgie A : 2024	47
Figure 12: Image de pièce opératoire : 2024 chirurgie A.....	48
Figure 13: Image complication post opératoire immédiat à propos d'un cas : image chirurgie A point G.2024	48

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	3
1. Objectif général	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
III. METHODOLOGIE	5
1. Cadre d'étude.....	5
2. Type et période d'étude	5
3. Population d'étude	5
4. Méthode :.....	5
5. Paramètres étudiés	10
6. Collecte des données	11
7. Supports des données.....	12
8. Ethique.....	12
IV. RESULTATS.....	14
1. Fréquence hospitalière des prolapsus rectaux	14
2. Aspects sociodémographiques.....	14
3. Aspects cliniques	16
4. Aspects paracliniques	18
5. Aspects thérapeutiques	20
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION	26
CONCLUSION.....	32
RECOMMANDATIONS.....	34
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le prolapsus rectal est une invagination circonférentielle de toute l'épaisseur de la paroi rectale aboutissant à son extériorisation par le canal anal. Son incidence est estimée à moins de 0,5%, touchant les deux sexes et à des âges différents [1].

Il est l'issue vers le bas à l'effort ou de façon permanente à un retournement en doigt de gants de la paroi rectale [2]. Il existe deux types de prolapsus :

- Le prolapsus muqueux : est l'issue par l'anus de façon permanente ou à l'effort de la seule couche muqueuse du canal anal.
- Le prolapsus total ou complet : est l'issue par l'anus, de toutes les tuniques du canal anal. Ce type de prolapsus peut dérouler soit l'ampoule rectale ; on parle de prolapsus rectal ou recti ; soit l'ampoule et le canal anal : c'est un prolapsus ano-rectal ou ani et recti [3].

Le diagnostic est généralement facile cliniquement, au point que le malade lui-même le fait souvent [3].

Le prolapsus rectal est relativement fréquent dans ces dernières années et constitue un des motifs de consultations les plus fréquents en chirurgie.

Aux USA en 2006, une étude a rapporté les résultats du traitement de 111 cas de prolapsus rectal sur 13 ans. Ces auteurs ont réalisé 109 interventions soit une fixation postérieure chez 42 patients et une rectopexie chez 62 patients avec 7 cas de récurrences. Ces auteurs ont rapporté que les résultats fonctionnels et les récurrences étaient similaires pour les deux techniques.

En France, Lazorthesen 2002 a trouvé que 2/3 des femmes multipares soit 67 % présentaient un prolapsus rectal interne asymptomatique et que le prolapsus total du rectum ne représente classiquement que 2 % des prolapsus rectaux [4].

En Afrique :

- Au Maroc dans le service de chirurgie de l'hôpital Ibn Sina une étude a rapporté les résultats du traitement de 23 prolapsus du rectum sur 20 ans. Ces auteurs ont réalisé 25 interventions avec 4 récurrences, et suggèrent que la rectopexie par la voie abdominale semble être le meilleur traitement du prolapsus [5].
- Au Sénégal en 2011 les prolapsus rectaux représentaient 0,6% des affections anorectales [6]. C'est une affection peu fréquente au regard de ces chiffres mais dans leur contexte, sa fréquence est certainement sous-estimée en raison de la sous-médicalisation.
- Au Mali en 2016, Sissoko M. a trouvé une fréquence de 3,25% dans le service de chirurgie « A » [7].

La présente étude a pour but de faire une mise au point de la pathologie et de la prise en charge dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer le traitement chirurgical du prolapsus rectal par voie basse chez l'adulte dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière du prolapsus du rectum,
- Décrire les techniques chirurgicales utilisées,
- Déterminer les indications des techniques chirurgicales,
- Analyser les résultats thérapeutiques de l'intervention par voie basse.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G à Bamako. Il s'agit d'un service de chirurgie générale, coelioscopique, thoracique et vasculaire.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, prospective et descriptive menée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G sur une période de 10 ans allant d'Octobre 2015 à octobre 2024.

Les patients ont été sélectionnés suivant un échantillonnage consécutif dans le service de chirurgie « A ».

3. Population d'étude

Les patients admis et opérés pour prolapsus rectal dans le service de chirurgie 'A'

- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les malades reçus et opérés pour prolapsus rectal dans le service de chirurgie « A ».

- Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de cette étude :

- Tous les malades opérés pour prolapsus rectal par voie abdominale,
- Opérés pour autres pathologies ano-rectales
- Les patients de moins de 15 ans.

4. Méthode :

La phase prospective a concerné 5 cas, le diagnostic a été posé sur la base de la clinique. Le facteur de risque le plus incriminé était la constipation chronique.

4-1 : Traitement chirurgical du prolapsus rectal

4-1-1 : La rectosigmoïdectomie selon Altemeier

La technique de résection recto-sigmoïdienne pour prolapsus rectal extériorisé (opération d'ALTEMEIER) est une intervention qui se déroule sous anesthésie générale ou locorégionale, Le sujet est installé en position de la taille sur appuis jambiers, avec une sonde vésicale mise en place. L'opérateur est assis au centre avec une petite table placée sous le périnée. L'instrumentiste est à sa droite avec la table d'instruments et l'aide à sa gauche. L'intervention débute par l'extériorisation complète du prolapsus rectal qui est saisi par des pinces de Babcock qui le maintiennent en traction. Le retournement du prolapsus est fait pas à pas jusqu'à son sommet.

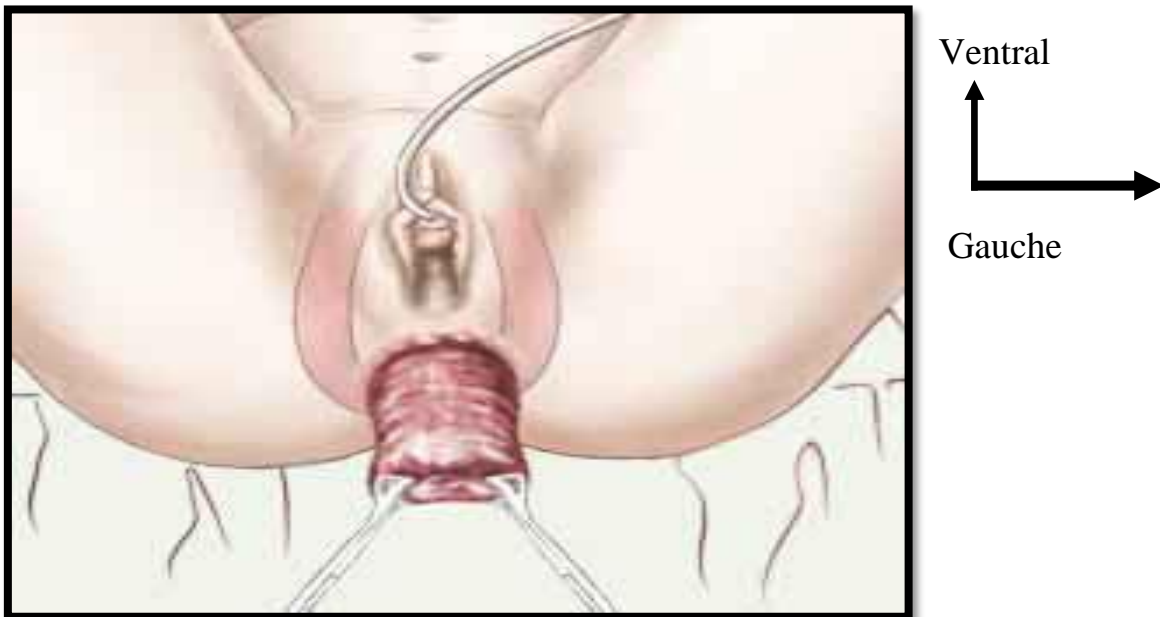
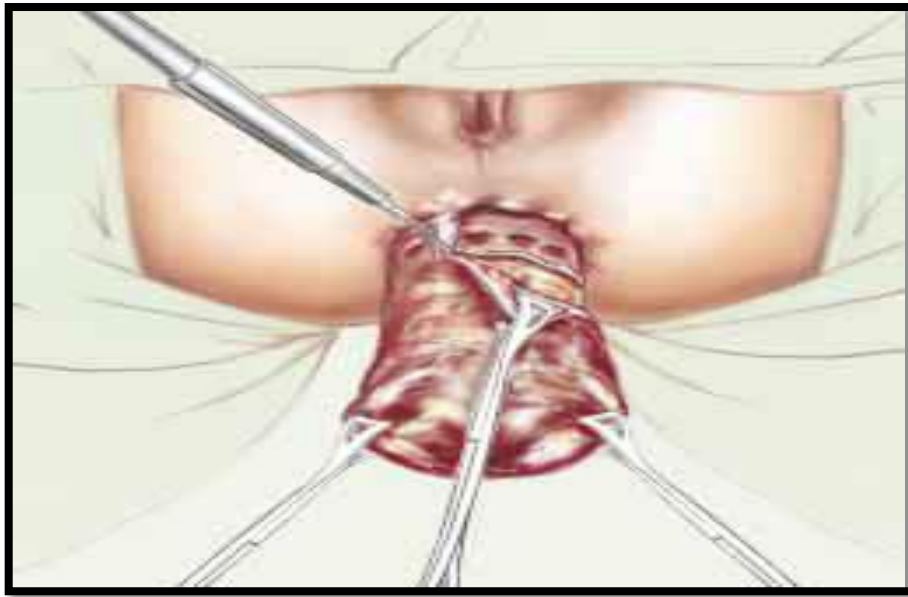


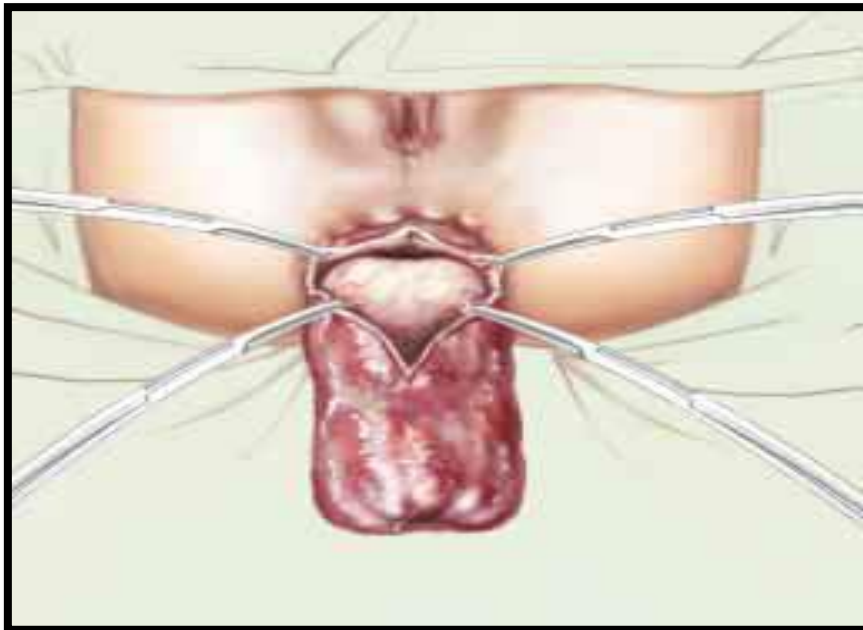
Figure 1 : Exposition du prolapsus en per opératoire
Source : Sissoko M, 2015 [7]



Ventral
↑
Gauche →

Figure 2: Incision du prolapsus extériorisé
Source : Sissoko M, 2015 [7]

La muqueuse rectale est incisée de façon circulaire au bistouri électrique, un à deux centimètres au-dessus de la ligne pectinée, de façon à respecter le sphincter interne et à préserver la zone transitionnelle sensible. À la différence de l'intervention de Delorme [3], la paroi rectale est incisée en totalité, laissant apparaître la graisse péri-rectale.



Ventral
↑
Gauche →

Figure 3 : Ouverture du sac de Douglas
Source : Sissoko M, 2015 [7]

▪ **Section et anastomose colo-anale**

Le côlon est alors sectionné au bistouri électrique en zone bien vascularisée et sans appliquer une trop forte tension sur la pièce extériorisée. Une anastomose colo-anale directe au fil 3/0 à résorption lente est réalisée, quadrant par quadrant, à points séparés totaux en chargeant l'appareil sphinctérien sur le versant anal. Les fils sont passés de l'anus vers le côlon, habituellement sans difficulté en raison de la laxité du canal anal.

Le plan postérieur est réalisé de façon identique, après s'être séparé de la pièce. L'anastomose est examinée au doigt et à l'anuscopie en fin d'intervention. Aucun drainage n'est laissé en place.

4-1-2 : Le cerclage de l'anus

Le cerclage au fil métallique ou au fil non résorbable selon la technique de Thiersch est une technique qui consiste à passer un fil sous la peau autour de la marge anale et serré sur le canal anal calibré sur le doigt de l'aide opérateur. Le cerclage est un pis-aller, d'indication exceptionnelle dans quelques prolapsus de l'enfant ou du vieillard inopérables. Cette technique a l'avantage de la rapidité et de la simplicité.

4-1-3 : L'anoplastie

Cette technique est utilisée dans les cas de prolapsus rectal muqueux et consiste à une résection de la muqueuse rectale dans toute sa circonférence.

4.2. Les indications et résultats

La contre-indication à la chirurgie par voie abdominale chez un malade fragile est sûrement la moins bonne indication à la voie basse en termes de récurrence.

Les meilleurs résultats sont obtenus après sélection des malades sur des critères anatomiques et fonctionnels, relativement bien décrits pour l'intervention de Delorme (prolapsus du bas rectum, sans entérocele, sans périnée descendant en poussée > 9 cm, absence de diarrhée chronique et/ou d'incontinence), encore à

définir pour celle d'Altemeier. Si les conditions anatomiques et fonctionnelles idéales sont réunies, la moindre morbidité de la voie basse et ses grandes chances de succès la feront préférer chez les sujets fragiles mais aussi chez des sujets jeunes sélectionnés. Une autre bonne indication à la voie basse est la présence d'une constipation ou d'une dyschésie, ou bien le refus de voir apparaître ce type de complication en postopératoire.

L'existence d'un prolapsus au niveau d'une autre filière pelvienne est souvent le témoin d'une fragilité diffuse et fait supposer une mauvaise indication à la voie basse, d'autant plus qu'un abord par voie abdominale permettra de corriger l'ensemble des anomalies dans le même temps. Compte tenu des progrès de l'anesthésie. En revanche, la chirurgie par voie abdominale n'a pas encore résolu sa mauvaise gestion de la constipation et de la dyschésie. C'est sur ce point que les techniques par voie basse conservent leur avantage majeur.

Il ne faut pas oublier que le risque de récurrence est plus important après chirurgie par voie basse qu'après rectopexie. Cela peut être amélioré par une sélection des malades sur des critères anatomiques et fonctionnels bien définis pour Delorme reste le risque faible, mais réel, d'aggravation d'une incontinence pouvant faire proposer un bilan préopératoire de la fonction sphinctérienne pour affiner la sélection des malades [1,13].

5. Paramètres étudiés

Nous avons élaboré une fiche d'enquête nous permettant de collecter les informations grâce aux paramètres suivants : Les données administratives et sociodémographiques, aspects cliniques, aspects thérapeutiques, les complications post opératoires (précoces, long terme).

L'état général des patients a été évalué par l'indice de performance de l'organisation mondiale de la santé :

0 :Activité normale sans restriction

1 :Activité diminuée mais mène le travail

2 : Capable de prendre soin de soi ,alité moins de 50%

3 :Capable seulement de faire quelques soins, alité plus de 50%

Le degré de prolapsus a été évalué par le Grade de Baden et Walker :

Grade I= Prolapsus rectal visible à l'anuscopie

Grade II = prolapsus rectal se réduisant spontanément

Grade III= prolapsus rectal se réduisant manuellement

Grade IV= prolapsus rectal irréductible

Le résultat fonctionnel a été évalué avec le score de Jorge et Wexner. Ce score évalue l'importance de l'incontinence anale, les paramètres pris en compte sont fuites anales incontrôlées de gaz, les fuites anales incontrôlées de selles liquides, les fuites anales incontrôlées de selles formées et le retentissement sur la qualité de vie du patient. Ce score varie de 0 à 20 et 20 correspond à une incontinence totale :

0 à 4 = minime

5 à 9 = modérée

10 à 16 = importante

17 et plus = sévère

6. Collecte des données

Le recueil des données a été effectué au niveau du service de chirurgie générale du CHU Point G. Elle a été faite à partir des dossiers cliniques (ou fiche d'observation) des malades, des registres de consultations, d'hospitalisation, des comptes rendus opératoires. Ces données sont ensuite consignées sur une fiche d'enquête.

Tous les patients qui ont été recrutés ont subi un examen clinique comportant :

Un interrogatoire : à la recherche de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux, chirurgicaux et des signes fonctionnels.

Un examen physique : à la recherche :

- D'un prolapsus rectal et toutes ses caractéristiques,
- Des complications probables (l'étranglement, l'ulcération et la rupture du prolapsus).

Des examens para cliniques :

- L'anorectoscopie à la recherche de prolapsus muqueux et d'autres pathologies associées.

D'autres examens seront demandés en fonction du contexte clinique.

- La coloproctectomie et le cerclage de l'anus ont été les techniques chirurgicales les plus utilisées.
- Le taux de satisfaction globale des patients a été évalué par des questionnaires portant sur la qualité de vie, le résultat anatomique par l'examen clinique.

7. Supports des données

Nos données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, saisies et analysées sur : le logiciel SPSS version 11.0, Epi info version 6.0 Fr.

Le test statistique de comparaison utilisé a été le Chi2 avec un seuil de signification de $p < 0,005$.

8. Ethique

L'anonymat des patients a été respecté. Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu pour tout geste réalisé.

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence hospitalière des prolapsus rectaux

En 10 ans nous avons recensé 25 cas de prolapsus rectal répondant à nos critères d'inclusion. Ce qui a représenté :

- 0,14% (25/17635) des consultations
- 4,36%(25/ 573) des pathologies anorectales
- 0,65%(25/3840) de toutes les interventions chirurgicales réalisées.

2. Aspects sociodémographiques

TableauI: Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge (an)	Effectif	Pourcentage
18-29	8	32
30-45	4	16
46-60	3	12
61-75	6	24
76-85	4	16
Total	25	100

L'âge moyen était de 51,50 ±22,03ans avec des extrêmes de 20 ans et de 85ans.

TableauII: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	15	60
Féminin	10	40
Total	25	100

Le sexe ratio était de 1,5 en faveur des hommes.

Tableau III : Répartition selon la provenance

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	10	40
Ségou	7	28
Sikasso	4	16
Mopti	4	16
Total	25	100

Les patients provenaient de Bamako dans 40% des cas

Tableau IV : Répartition selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	22	88
Guinéenne	2	8
Burkinabé	1	4
Total	25	100

La majorité des patients (88%) était de nationalité maliennne

Tableau V: Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	10	40
Cultivateur	7	28
Ouvrier	5	20
Fonctionnaire	3	12
Total	25	100

3. Aspects cliniques

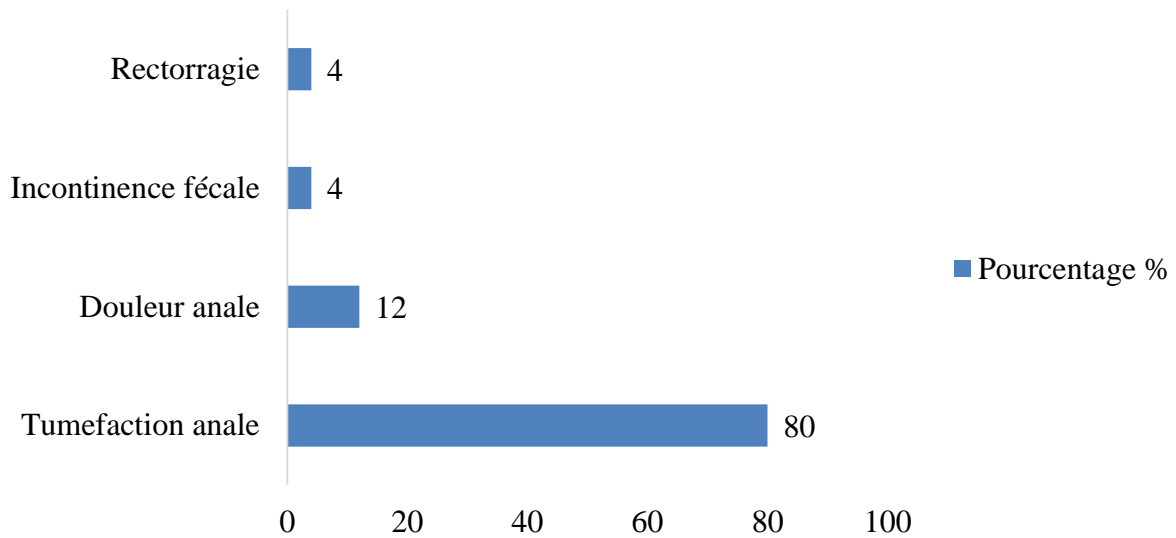


Figure 5: Répartition des patients selon le motif de consultation

La tuméfaction anale a été le motif de consultation le plus fréquent dans 80 % des cas.

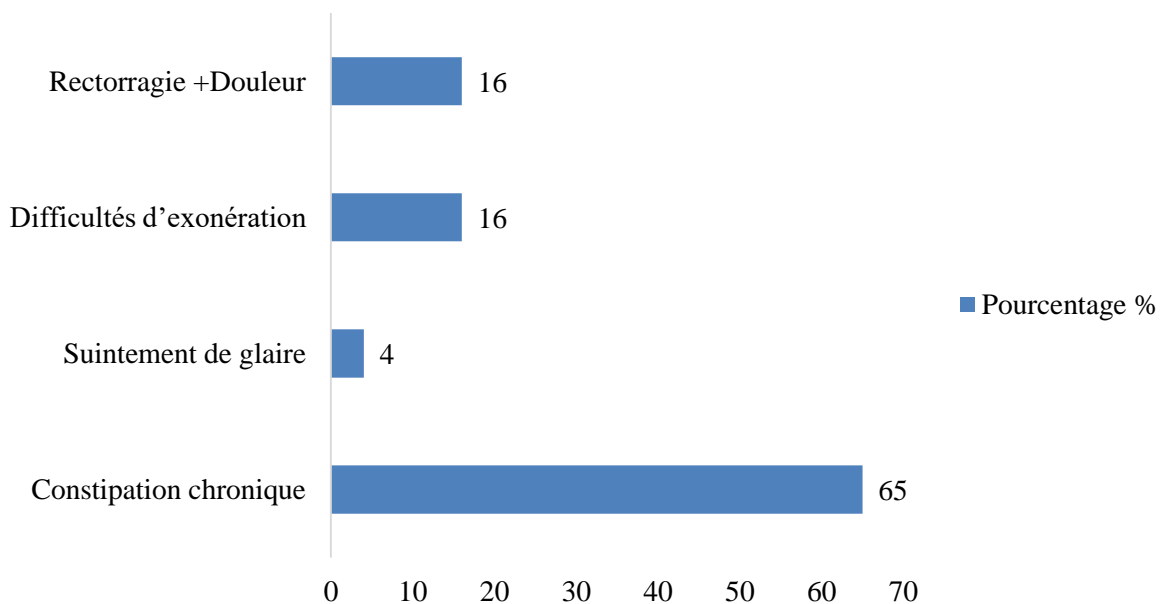


Figure 6: Répartition des patients selon les signes fonctionnels

La constipation chronique était le signe fonctionnel majoritaire dans 64 % des cas.

Tableau VI: Répartition des patients selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Effectif	Pourcentage
Constipation chronique	20	80
Multiparité(grande)	4	16
ATCD chirurgical(pelvis)	1	4
Total	25	100

Le facteur favorisant le plus retrouvé a été la constipation chronique dans 80 %.

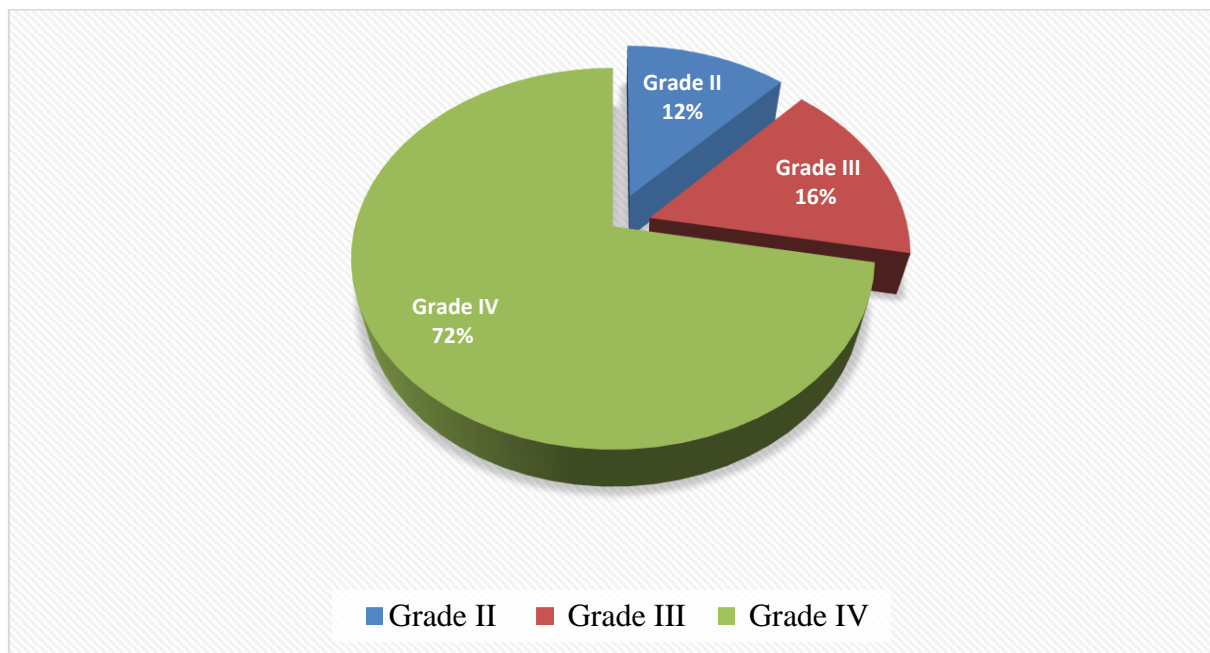


Figure 7: Répartition des patients selon la classification de Baden et Walker

Le grade IV de la classification de Baden et Walker a été le plus retrouvé dans 72 % des cas.

Tableau VII: Répartition des patients selon l'indice de performance OMS

Indice de performance OMS	Effectif	Pourcentage
Grade I	19	76
Grade II	1	4
Grade III	1	4
Grade IV	4	16
Total	25	100

La majorité des patients avait un indice de performance OMS grade I (76%).

4. Aspects paracliniques

Tableau VIII: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.

Numération formule sanguine	Effectif	Pourcentage
Normale	6	24
Basse	17	68
Non faite	2	8
Total	25	100

L'anémie était présente chez 68 % de nos patients.

Tableau IX: Répartition des patients selon le résultat de l'anorectoscopie

Résultat anorectoscopie	Effectif	Pourcentage
Faite	15	60
Non faite	10	40
Total	25	100

L'anorectoscopie a été réalisée chez 15 patients (60%) à permis de confirmer le diagnostic et d'écarter d'autres pathologies associées.

Tableau X: Répartition des patients selon les indications chirurgicales

Indications chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Etranglement	3	12
Difficulté d'exonération	14	56
Hémorragie	6	24
Incontinence	2	8
Total	25	100

La difficulté d'exonération a été l'indication chirurgicale majoritaire dans 56 % des cas.

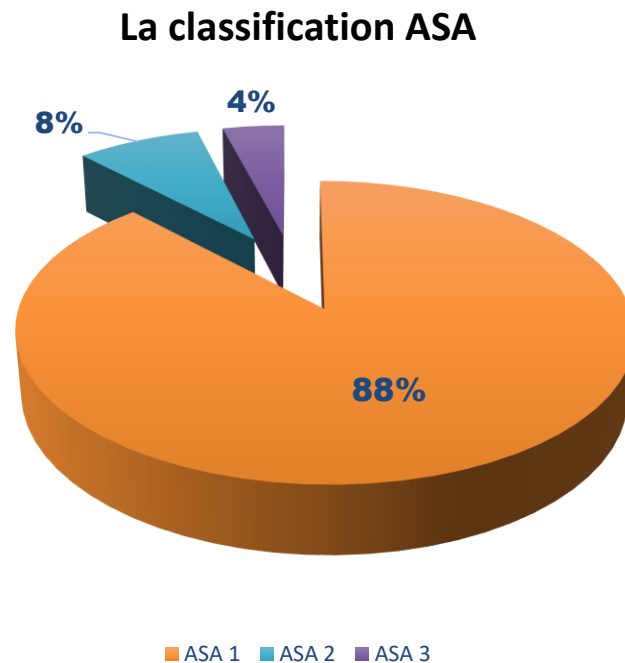


Figure 8: Répartition selon la classification ASA

La classe ASA 1 a été majoritaire dans 88 % des cas.

5. Aspects thérapeutiques

Tableau XI: Répartition des patients selon la technique d'anesthésie

Technique d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Locorégionale	23	92
Générale	1	4
Locale	1	4
Total	25	100

L'anesthésie locorégionale était le type d'anesthésie le plus réalisé dans 92 % des cas.

Tableau XII: Répartition Des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Rectosigmoïdectomie (Altemeier)	20	80
Cerclage de l'anus	4	16
Anoplastie	1	4
Total	25	100

La rectosigmoïdectomie selon Altemeier a représenté 80% des techniques opératoires. Le geste chirurgical associé a été la myorrhaphie des releveurs.

Tableau XIII : Techniques opératoires et l'âge

Tranche d'âge	Techniques opératoires			Total
	Recto- sigmoïdectomie (ALTEMEIER)	Cerclage de l'anus	Anoplastie	
18 à 39 ans	8	0	0	8
40 à 69 ans	10	1	1	12
70 à 85 ans	2	3	0	5
Total	20	4	1	25

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre la technique chirurgicale et l'âge du patient ($p > 0.05$).

Tableau XIV: Répartition des patients selon les complications per opératoire

Complications Per opératoires	Effectif	Pourcentage
Aucune	23	92
Hémorragie	2	8
Total	25	100

En peropératoire, nous avons noté 8% de cas d'hémorragie.

Une éviscération trans-suturale en post opératoire immédiate a été enregistré dans 1 cas (4%).



Figure 9: éviscération trans-suturale en post opératoire immédiate à propos d'un cas: image chirurgie A point G.2024

TableauXV: Répartition des patients selon les complications précoces

Complications précoces	Effectif	Pourcentage
Aucune	21	84
Suintement anal	2	8
Infection site opératoire	1	4
Eviscération	1	4
Total	25	100

Les suites opératoires précoces se sont marqué de suintement dans 8 % des cas, dans 84% des cas il n'y avait pas de complication.

Tableau XVI: répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier

Durée du séjour	Effectif	Pourcentage
3 jours	22	88
4 jours	2	8
30 jours	1	4
Total	25	100

La durée moyenne de séjour hospitalier a été de 4,48 jours \pm 4 avec des extrêmes de 3 et 30 jours.

Tableau XVII: Durée d'hospitalisation et techniques opératoires

Durée d'hospitalisation (Jours)	Techniques opératoires		
	Recto- sigmoïdectomie (ALTEMEIER)	Cerclage de l'anus	Anoplastie
3 jours	12	1	0
4 jours	8	2	1
30 jours	0	1	0
Total	20	4	1
Pourcentage	80	16	4

La durée a été plus courte chez les patients chez qui la recto sigmoïdectomie a été réalisée. Un patient a séjourné 30 jours. Il s'agissait d'un patient OMS IV chez qui nous avons réalisé un cerclage selon Thiersch.

Tableau XVIII : Les suites opératoires à 3 mois

Symptômes	Post-op à 3mois (n=25)	Altemeier avec suivi de 12 mois (n=20)
Suintement glaireux	1/25	Non signalé
Rectorragie	5/25	Non signalé
Incontinence anale	5/25	Non signalé
Aucune	14/25	3/20
Total	25	100

Nous avons recensé aucune complication 14/ 25 cas à 3 mois. Aucun cas de suintement glaireux, de rectorragie et d'incontinence anale n'ont été signalé à 12 mois avec la technique d'Altemeier en dehors de 3 cas de constipation terminale.

Tableau XIX: Les suites opératoires à 1an

Suites à 1an	Effectif	Pourcentage
Constipation terminale	3	12
Suintement	1	4
Sténose anale	1	4
Aucune	20	80
Total	25	100

A 12 mois, nous avons noté la constipation terminale chez 3 patients (12%).

Tableau XX: Répartition des résultats fonctionnels à 1an

Résultat Fonctionnel	Effectif	Pourcentage
Bon	22	88
Moyen	2	8
Mauvais	1	4
Total	25	100

Le résultat fonctionnel était bon dans 88% des cas avec les différentes techniques utilisées.

TableauXXI: Résultat fonctionnel et techniques opératoires

Techniques opératoires	Résultat fonctionnel			Total
	Bon	Moyen	Mauvais	
Altemeier	18	1	1	20
Cerclage	2	2	0	4
Anoplastie	0	1	0	1
Total	20	4	1	25
Pourcentage %	80	16	4	100

La technique la plus utilisée a été la technique d'Altemeier, le résultat était bon dans 90% des cas.

TableauXXIII: Indications chirurgicales et techniques opératoires

Indications chirurgicales	Techniques opératoire			Total
	Altemeier	cerclage	Anoplastie	
Prolapsus rectal total	20	4	0	24
Prolapsus muqueux	0	0	1	1
Total	20	4	1	25
Pourcentage %	80	16	4	100

La recto sigmoïdectomie selon Altemeier a été réalisé chez des patients âgés ou non présentant un prolapsus important parfois étranglé ou hémorragique ;le cerclage a été réalisé chez des patients fragiles et l'anoplastie a été réalisé chez un patient présentant un prolapsus rectal muqueux.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques

Nous avons mené une étude rétrospective, prospective et descriptive portant sur la prise en charge chirurgicale du prolapsus rectal par la voie basse chez l'adulte dans le service de chirurgie 'A' du CHU du Point- G. Elle a concerné 25 cas et étendue sur une période de 10 ans.

Le caractère rétrospectif a conféré un certain nombre de limites à notre étude. Certains renseignements n'ont pas toujours été mentionnés dans les dossiers des malades, entre autres certaines données sociodémographiques et cliniques (suivi-post-opératoire).

D'autre part la méconnaissance de la maladie par la population, et la «tradithérapie» ont retardé la prise en charge.

L'enquête de suivi post-opératoire à court, moyen et à long terme en termes de degré de satisfaction a été menée en exploitant les dossiers d'hospitalisation souvent complétés par les appels téléphoniques. Nous avons rencontré des problèmes au niveau des adresses et numéros de téléphones qui étaient quelques fois incorrects, parfois incomplets, ou changés. Cette méthodologie a été difficile mais efficace. Néanmoins cette étude nous a permis d'avoir un aperçu sur le prolapsus rectal dans le service de chirurgie 'A' du CHU du point G.

2. Aspects épidémiologiques

▪ Fréquence des prolapsus rectaux chez l'adulte et auteurs

Selon Kimmins MH [14], le prolapsus du rectum est une pathologie rare, d'incidence faible.

Durant la période d'étude, le prolapsus rectal a 4,36% des pathologies anorectales. Cette fréquence est inférieure à celles obtenues par El Malki HO[5] en 2002 au Maroc qui était de 8,73% sur une période de 20 ans et de PA Ba [6]

au Sénégal en 2011 qui était de 6,97%. Par contre, elle est supérieure à celle de Sissoko M[7] en 2016 au Mali à propos de 29 cas sur une période 15 ans soit 3,37% des cas et de Note Madzele [10] en 2017 au Congo a trouvé 30 cas soit 2,75% sur une période de 14 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la rareté de cette pathologique en Afrique subsaharienne.

3. Aspects sociodémographiques

Tableau XXIII : Age moyen et auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique(p)
PA Ba, Sénégal 2011[6]	16	45,50	P =1
Note- Madzele, Congo 2017[10]	30	53,00	P=0,0627
Kariv Y, USA2006[19]	111	56,8	P=0,57
Sissoko M, Mali2015[7]	29	50,49	P=0,8875
Notre étude	25	51,50	

L'âge moyen de nos patients était de 51,50 ans. Ce taux obtenu dans notre série se rapproche de ceux obtenu par Note Madzele [10] au Congo en 2017($p>0,05$), de Sissoko M.[7]au Mali en 2015 ($p>0,05$). Cependant, il est supérieur à celui de PA Ba. [6]au Sénégal en 2011. Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre nos résultats et ceux de ces auteurs ($p>0,05$).

TableauXXIV : Répartition des patients selon le sex-ratio

Auteurs	Effectif	Sexe ratio
El Malki HO, Maroc 2002[5]	23	0,64H/F
PA Ba, Sénégal 2011[6]	16	1,3H/F
Note Madzele, Congo 2017[10]	30	0,36F/H
Hamed, Egypte 2005[21]	27	1,4F/H
Philippe Chaffanjon, France 2005[20]	109	3,7F/H
Sissoko M, Mali 2015[7]	29	1,42 H/F
Notre étude	25	1,5 H/F

Le sex-ratio a été de 1,5 en faveur des hommes. Par contre, la prédominance féminine a été retrouvée chez certains auteurs Note Madzele [10],Hamed[21] et Philippe Chaffanjon [20].La prédominance masculine dans notre étude et celle de Sissoko M [7]pourrait s'expliquer par le biais de recrutement. Cette pathologie est susceptible de survenir à tout âge.

4. Aspects cliniques

▪ Mode d'admission :

Tous nos patients ont été admis à la suite d'une consultation ordinaire, ce résultat se rapproche de celui retrouvé par Sissoko M[7] au Mali en 2015.

▪ Signes fonctionnels :

Tous les patients présentaient une tuméfaction anale. Ce résultat a été retrouvé chez tous les auteurs. La constipation chronique a été le facteur principal retrouvé dans toutes les séries Tresallet C[1]; El Malki HO [5];Sissoko M[7] ; Brown AJ[13].La cause la plus évidente est la répétition des efforts de poussée chez les patients constipés, passant beaucoup de temps et faisant des efforts de

poussée abdominale pour déféquer. Selon Brown AJ [13], l'effort de poussée serait responsable d'un allongement des attaches des viscères pelviens

▪ Examens complémentaires

Le diagnostic du prolapsus rectal est essentiellement clinique. Pa Ba[6]Sénégal en 2011 et Sissoko M[7] au Mali en 2015 avait fait la même remarque.

Cependant l'anorectoscopie peut permettre d'infirmier ou de confirmer le diagnostic et d'écarter d'autres pathologies. Lorsqu'une intervention par voie basse est décidée, il est important de réaliser une exploration qui permettra d'explorer le péritoine, les anses pour s'assurer de l'absence d'éventuelles lésions associées que l'on ne pourrait pas corriger par cette voie.

5. Aspects thérapeutiques

▪ La technique opératoire

L'anesthésie locorégionale a été le type d'anesthésie le plus utilisé du fait de sa facilité de réalisation dans notre étude pour l'abord chirurgical par la voie basse.

La voie basse a été utilisée chez tous nos patients .Les techniques :

-la rectosigmoïdectomie selon Altemeier (84%) chez des patients âgés ou non présentant un prolapsus important parfois étranglé ou hémorragique

-le cerclage (12%) réalisé chez 4 de nos patients fragiles. Cette technique nous paraît intéressante par sa simplicité et sa rapidité de réalisation.

- l'anoplastie dans (4%) : réalisé chez un patient présentant un prolapsus rectal muqueux.

Dans la littérature le choix de la technique opératoire a fait l'objet de nombreuses discussions notamment entre les voies basses elles-mêmes, et entre la voie haute et la voie basse.

Nous pensons comme d'autres auteurs Faugeroux V[1];Kimmins MH[14] que la voie basse semble être la meilleure chez les patients ayant des risques

anesthésiques importants. Les complications post-opératoires à type d'infection du site opératoire, des occlusions, d'abcès profonds, d'éviscération ou d'éventration sont quasi nulles.

En France les interventions par voie haute (rectopexies) sont réalisées en première intention en raison d'un faible taux de récurrence (< à 5%). De plus, elles connaissent un regain d'intérêt grâce au développement de la laparoscopie Trébuchet G[25].

▪ **Complications post-opératoires**

Immédiates :

- **L'hémorragie :** a été retrouvée chez 2 de nos patients qui a représenté 8%. Cette complication pourrait être due à un lâchage du mésorectum en per opératoire. Ce type de complication a été retrouvé par d'autres auteurs Pa Ba [6], Sissoko M [7] et Note Madzele [10].
- **Le suintement anal :** a concerné 2 de nos patients (8%). Ce type de complication survient en général chez les patients par le manque de soins locaux appropriés ou ayant une mauvaise hygiène de vie.
- **Eviscération :** nous avons enregistré un cas d'éviscération (4%) à J1 post opératoire. Ce type de complication est très rare après la cure par voie basse selon la technique d'Altemeier, cette complication pourrait être due à une insuffisance de suture.

▪ **Les suites opératoires tardives**

- **La constipation terminale:** Le taux de constipation terminale post opératoire après 12 mois de suivi a été de 12% ce taux est inférieur à celui de la française Regenet N [33] qui variait de 40 à 75%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la voie d'abord a été différente et que la rectopexie par voie haute pourrait être responsable de la constipation.

- **La sténose anale** : a été retrouvée dans un cas (4%). Regenet N [33] a observé 3% des cas de sténose anale. Ceci qui pourrait s'expliquer par la réalisation de la myorrhaphie des releveurs de l'anوس comme geste associé chez certains patients.
- Après l'intervention d'ALTEMEIER, les complications relevées dans la littérature sont un peu différentes par leur nature mais de fréquence semblablement plus élevée. Frederic M [22] avait trouvé 6-4% cas de fistule.
- **La récurrence** : Aucun cas de récurrence n'a été observé dans l'étude. Cela pourrait être due à la taille faible de notre échantillon ou que la myorrhaphie a été systématiquement associée. Pour Lechaux et al [25], la récurrence était de 21 % après la technique simple et de 5 % après le Delorme associé à une douglasectomie et une myorrhaphie des releveurs.

▪ **Résultat anatomique**

Il a été bon chez 22 patients (88%) en terme de tonicité sphinctérienne. Sissoko M[7], Ramachandran PS [29], Kimmins MH [14] ont trouvé respectivement : 86%, 95% et 97% de succès après 12 à 24 mois de suivi.

Dans la littérature, après l'intervention d'Altemeier, le succès anatomique est compris entre 42 et 100 % sur des suivis allant de 12 à 48 mois. Peu de données existent sur les résultats en fonction des indications. La récurrence semble moins fréquente quand un geste plus complexe est effectué comme la confection de réservoir colique ou myorrhaphie des releveurs[33].

CONCLUSION

Plusieurs techniques ont été décrites pour la prise en charge chirurgicale du prolapsus rectal. La technique par la voie basse reste une des options privilégiées chez les patients fragilisés et exposés aux risques anesthésiques. Cette technique semble meilleure que celle de la voie haute avec un taux de récurrence faible.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux autorités

- La dotation des services de chirurgie de matériels de chirurgie proctologique pour l'amélioration de la prise en charge des pathologies ano-rectales.
- L'élaboration d'un programme d'information, de sensibilisation et de communication à l'attention des populations sur le prolapsus rectal.

Aux personnels de santé

- L'orientation le plus vite possible au centre approprié de tous patients porteurs d'un prolapsus rectal ;
- Le traitement systématique de tous les facteurs incriminables dans la poussée abdominale, et dans les efforts.

A la population

- L'élaboration d'un calendrier pour la défécation régulière.
- La consultation de tous les patients ayant une pathologie anorectale.

Fiche signalétique

NOM:EKPAOU

PRENOM:Médédé Carole

TITRE DE MEMOIRE :Prise en charge chirurgicale du prolapsus rectal chez l'adulte par la voie basse dans le service de chirurgie «A» du CHU du Point G

E-mail: [mededekarolle@gmail.Com](mailto:mededekarolle@gmail.com)

ANNEE: Octobre 2015-Octobre 2024

PAYS D'ORIGINE: Lomé -TOGO

SECTEUR D'INTERET: Chirurgie générale

RESUME:

Le prolapsus rectal est une invagination circonférentielle de toute l'épaisseur de la paroi rectale aboutissant à son extériorisation par le canal anal.

Le but de ce travail était Déterminer la fréquence hospitalière du prolapsus du rectum, de décrire les techniques chirurgicales utilisées, de déterminer les indications des techniques chirurgicales, et d'analyser les résultats thérapeutiques de l'intervention par voie basse.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, prospective et descriptive menée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G sur une période de 10 ans allant d'octobre 2015 à octobre 2024

Ont été inclus tous les malades, opérés pour prolapsus rectal par voie basse dans le service de chirurgie « A ».

N'ont pas fait partie de cette étude tous les malades opérés par d'autres voies, pour autres pathologies ano-rectales, les patients de moins de 15 ans.

L'état général, le degré de prolapsus et le résultat fonctionnel des patients ont été évalués respectivement par l'indice de performance de L'OMS ,le grade de Baden de Walker et le score de Jorge et Wexner.

Nous avons reçu 573 patients pour pathologies anorectales dont 25 pour prolapsus rectal soit 4,36%.L'âge moyen de nos patients était de 51,50 ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans. Le sexe ratio était de 1,5 en faveur des hommes. La tuméfaction anale (80%)a été le motif de consultation le plus fréquent .Dix-huit malades (72%) avaient un prolapsus rectal grade IV. La technique d'Altmeier associée à une myorrhaphie des releveurs (80%); le cerclage de l'anus (16%) et l'anoplastie(4%) ont été utilisés chez nos patients.

Les complications per et post opératoires ont été marquées par l'hémorragie (8%) ;une éviscération transsuturatoire (4%) ;une la constipation terminale (12%).

La durée moyenne de séjour a été de 4 jours avec des extrêmes de 3 et 30 jours. Vingt malades soit 88% étaient très satisfaits 24 mois après l'intervention chirurgicale.

La technique par la voie basse reste une des options privilégiées chez les patients fragilisés et exposés aux risques anesthésiques. Cette technique semble meilleure que celle de la voie haute avec un taux de récurrence faible.

Mots clés: prolapsus rectal, chirurgie, CHU Point G
Service de chirurgie « A », CHU POINT G-Bamako

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **V Faugeroux, O Ahmed, C Tresallet.** Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet selon la technique d'Altemeier : journal de chirurgie viscérale 158(6) :582-583 ,2021
2. **Loriau J, Hélène P, Marie Pascale M, Paul B, Jean Louis B, Vincent de P.** Prolapsus rectal : comment ne pas passer acoté ? Que proposer en 2017 ? Hépatogastro&Oncologie digestive 24(3),2017
3. **Weber A.M et al.** Anterior colporrhaphy; randomized trial of three surgical techniques. Am J. Obstet gynecol. 2001; 185(6):1299-304
4. **Lazorthes F.** Prolapsus Rectal Interne. Enseignement Colo Proctologie. Mars 2002 ; 14 : 354-431
5. **El Malki HO, Mohsine R., EL Mazouz S, Aittaleb K, Chefchaoui M, Ifrine Let AL.** Le Prolapsus Rectal, Maroc Médical, Septembre 2002, tome 24 (3) : consulté en Aout 2024. Disponible sur ce lien : <https://revues.imist.ma./index.php/MM/article/view/873/705>
6. **PaBa, O Ka, FK Diallo, M Cisse, S Soumah, B Diop, CT Toure :** résultats de la rectopexie selon Orr-Loygue dans la cure du prolapsus total du rectum de l'adulte: Sénégal J AFR CHIR DIGEST 2011; vol 11(1) :1167-1170
7. **Sissoko M.** Prise en charge chirurgicale du Prolapsus rectal chez l'adulte dans le service de chirurgie A du CHU du Point G 2015 : Mémoire de DES de chirurgie générale (Mali)
8. **Lenormant P.** Prolapsus du rectum. In: Ricard A, Rochard E éd. Chirurgie de l'anus et du rectum. Paris (Dion). 1985;1902 :286-340
9. **Note-Madzele, Murielle Etienne Julie Motoula Latou, Didace Massamba Miabaou, CA hou.** Résultats à long terme de la technique d'Orr-Loygue dans le prolapsus total du rectum. Revues comité scientifique .Ngouabi, 45-50, 2017
10. **Pikarsky A, Joo J, Wexner D, Weiss G, Iroatulam A.** Recurrent rectal prolapse. What is the next good option ? Dis colon rectum. 2000; 43:1273-76
11. **Watts J, Thompson R.** Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. Br J Surg. 2000; 87:218-22.
12. **Brown AJ, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG.** Strategy for selection of type of operation for rectal prolapse based on clinical criteria. Dis Colon Rectum .2004; 47:103-7.

13. **Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R.** The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* .2001;44: 565-70.
14. **Steele SR, Goetz LH, Minami S, Madoff RD, Mellgren AF, Parker SC.** Management of rectal prolapse: surgical approach influences outcome. *Dis Colon Rectum* 2006 49(4):440-45.
15. **Sacko O, M Sissoko, SKoumaré, LSoumare, SKeita, M Camara, A Camara, AKoita, SDiallo, GSoumare, MCoulibaly, DDakouo, HDicko, ZZSanogo.** Prise en charge du prolapsus rectal de l'adulte dans le service de chirurgie A du CHU du point G : *JAFRchir digest* 2019 .Vol 19(1) :2637-2641
16. **Atrpou K, Sewa EV, Kone E, Pchaha A.** Les affections chirurgicales digestives non urgentes chez 300 patients au CHU de Lomé. *Mali Medical* .2008; 23 (1): 17-20.
17. **Portier G, Iovino, Lazorthes F.** Surgery for Rectal Prolapse: Orr- Loygue Ventral Rectopexy with Limited Dissection Prevents Postoperative-Induced Constipation without Increasing Recurrence. *Dis. Colon Rectum* .2006; 49 : 1136-1140. E-mail : portier. g@chu-toulouse.fr.
18. **Kariv Y, Delaney CP, Casillas S, Hammel J, Nocero J, Bast J, et al.** Long-term outcome after Laparoscopic and open surgery for rectal prolapse. *Surg Endosc USA*.2006; 20: 35-42
19. **PChaffanjon.** Anatomie du rectum et du canal anal; université Joseph Fourier de Grenoble: année universitaire 2010/2011
20. **Ahmed E, Lasheen.** Closed Rectosacropexy for Rectal Prolapse in Children *Surg Today Egypt* .2003; 33:642-644.
21. **Frederic M, Laurent B, Rasa Z, Christophe D, Patrick B.** Long-term Results of Delorme's Procedure and Orr-Loygue Rectopexy to Treat Complete Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum* .2005; 48: 1785-1790.
22. **Schiedeck T, Schwandner O, Scheele J, Farke S, Bruch H.** Rectal prolapse: which surgical option is appropriate? *Langenbecks Arch Surg* .2005;390: 8-14.
23. **Carlos W, Desidério R, Sergio C, Nahas Sergio E, Victor E, Seid G, Angelita Habr-Gama.** Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients; *Rev. Hosp. Clin. Vol. 59 no.4 Sao Paulo* .2004 E-mail: sobrado@iconet.com.br
24. **Trébuchet G, Lechaux D, Sproudhis I, Campion JP.** Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse *Surg Endosc France* .2005; 19: 514-518.

25. **Brown AJ, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG.** Strategy for selection of Type of Operation for Rectal Prolapse Based on Clinical Criteria. *Dis Colon Rectum* Kingdon United. 2004;47:103-107 e-mail: Alistair.brown4@btopenworld.com.
26. **El-Sibai O, Shafik AA.** Cauterization-plication operation in the treatment of complete rectal prolapse *Tech Coloproctol Egypt* .2002; 6:51-54.
27. **Grossetti E, Petiot J, Dornier*L.** Utilisation d'une agrafeuse linéaire coupante dans l'exérèse par voie basse des prolapsus rectaux. *Annales de chirurgie* 130 (2005) : 47-49.
28. **Ramachandran P, Vincent P, Prabhu S, Sridharan S.** Rectal Prolapse of Instussusception – A Single Institution's Experience. *Article Eur J Pediatr Surg Chennai*. 2006; 16: 420- 422.
29. **Morgane Barra. Pexity :** résultats à long terme de la rectopexie pour prolapsus rectal extériorisé. *Médecine humaine et pathologie*. 2023. dumas-04663630
30. **Shah A, Parikh D, Jawaheer G, Gornall P.** Persistent rectal prolapse in children: sclerotherapy and surgical management. *Pediatr Surg Int* .2005; 21:270-273.
31. **Watts Ami, Thompson MR.** Evaluation of Delorme's procedure as a treatment of full-thickness rectal prolapse. *Br J Surg* 2000;87:218-222
32. **Regenet N, Kerviler B, Lehur A.** Résection recto-sigmoïdienne pur prolapsus rectal extériorisé (opération d'ALTEMEIER). *J chir*. 2003 ; 138 : 153-156
33. **Schultz I, Mellgreen A, Dolk A, Johansson C, Holmstrom B.** long term results and functional outcome after rissstein rectpexy. *Dis colon rectum*. Sweden 2000 jan;43(1):35-43
34. **Gallo G, Martellucci J, Pellino G et al.** Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of complete rectal prolapse. *Tech Coloproctol* 2018;22:919–931.
35. **El-Sibai O, Shafik AA.** Cauterisation-plication opération in the treatment of complete rectal prolapse *techcoloproctol Egypt*. 2002,6 :51- 54
36. **Antao B, Bradley V, MBChB, Robert J.P, PAED F.R.C.S, Shawis, F.R.C.S.** Management of rectal prolapse in children. *Dis colon rectum American*. 2005 ;48 :1620- 1625.

FICHE D'ENQUETE

I. DONNEES ADMINISTRATIVES :

1. N ° de fiche: |_|_|_| 2. N ° de dossier: |_|_|_|
3. Date de consultation ... /...../...
4. Nom et Prénom :..... 5- Age: |_|_| ans
6. Sexe : 1-masculin|_| 2: féminin |_|
7. Profession |_| (1: ouvrier ; 2: cultivateur ; 3 : fonctionnaire ; 4 : ménagère)
5 autres à préciser.....
8. Adresse habituelle :
9. Contact à Bamako :
10. Ethnie |_|_| (1-Peulh ; 2-Dogon ; 3-Bozo ; 4- Sonrhäi ; 5-Bambara ;
6-Sénoufo ; 7-Sarakolé ; 8-Minianka ; 9-Malinké ; 10-Touareg ; 11-autres)
11. Adressé par |_| (1-Venu de lui-même 2-Médecin 3-Etudiant 4-Infirmier 5-
autres)

12. Mode de recrutement |_| 1. Urgence 2.Consultation normale
13. Date d'entrée : .../...../...
14. Durée d'hospitalisation préopératoire (jours) : |_|_|
15. Durée d'hospitalisation postopératoire (jours) : |_|_|
16. Durée d'hospitalisation total : |_|_|_|
17. Date de sortie : .../...../...

II. SIGNES CLINIQUES:

18. Motif de consultation

- 18.1 -Tuméfaction à l'orifice anal |_| Oui |_| Non
18.2 -Impression de perte d'organe |_| Oui |_| Non
18.3 -Douleur anale |_| Oui |_| Non
18.4 -Incontinence fécale |_| Oui |_| Non
18.5 -Rectorragie |_| Oui |_| Non
18.6 –Suintement anal |_| Oui |_| Non
19. Durée d'évolution de la maladie |_|_| mois|_|ans
20. Début |_| 1-Brutal ; 2-Progressif

21 SIGNES FONCTIONNELS

- 21.1. Constipation |_| Oui |_| non
21.2. Diarrhée |_| Oui |_| non
21.3. Suintement glaireux |_| Oui |_| non
21.4. Difficultés d'exonération |_| Oui |_| non
21.5. Rectorragie |_| Oui |_| non
21.6. Incontinence fécale |_| Oui |_| non
21.7. Fièvre subjective |_| Oui|_| non
21.8. Dysurie |_| Oui |_| non

21.9. Autres Oui non

22. Facteurs favorisants :

- 22.1. Effort de défécation 24.2. Effort de toux Oui
22.3. Luxation extra pelvienne du rectum 24.4. Ménopause Oui
22.5. Chirurgie pelvienne
22.6. Facteurs diététiques et hygiéniques
22.7. Station prolongée sur le pot
22.8. Constipation chronique
22.9. Autres

23. Facteurs étiologiques

- 23.1. Dénutrition 23.2. Malnutrition
23.3. Maladies générales congénitales ou acquises
23.4. Mucoviscidose
23.5. Autres

24 ANTECEDANTS (ATCD):

A- Personnels

a. ATCD médicaux :

- a.1. HTA a.2. Drépanocytose
a.3. Asthme a.4. Diabète
a.5. Autres.....

b. ATCD chirurgicaux (1.Opéré ; 2.Non opéré)

c ATCD gynéco- obstétricaux :

- c. 1. Nombre de grossesse c.2. Parité
c. 3. Accouchement d'un gros fœtus Oui Non
c.4. Accouchement expérimental Oui Non

D ATCD Familiaux :

25. SIGNES PHYSIQUES

- 25.1 Tuméfaction sortant par l'anus 1. Oui 2. Non
25.2 Siège de la tuméfaction (1 exteriorisée, 2 marge anale, 3 autres)
25.3 Type de la tuméfaction (1 réductible, 2 irréductible, 3 Autres)
25.4 Dimension de la tuméfaction :
25.4. A Grand axe Cm
25.4. B petit axe Cm
25.5 Consistance de la tuméfaction (1 dure, 2 ferme, 3 autres)
25.6 Surface de la tuméfaction (1 lisse, 2 nodulaire, 3 polylobé, 4 autres)
25.7 Tuméfaction douloureuse 1. oui, 2. Non,
25.8 Autres signes.....
25.8.1-Saignement anal 1. Oui 25.8.2- Ulcération 1. Oui
25.8.3- Difficultés d'exonération 1. Oui 25.8.4- Allongement
hypertrophique du rectum oui

- 25.8.5- Emission glaireuse 1. Oui
- 25.8.7- Météorisme abdominal 1. Oui 25.8.8-
Autres.....
- 25.9. Classification de la tuméfaction (1.Grade I, 2grade II, 3 grade III)
- 25.10 Localisation (1Etage antérieur, 2 Etage Moyen, 3 Etage Postérieur)
25. Toucher rectal
- 25.1 -Ampoule rectale vide 25.2 - Douleur au toucher
- 25.3 - Masse palpable au toucher 25. 4 - Glaire sur le doigtier
- 25.5 -Sang sur le doigtier 25.6 - Marge anale propre
- 25.7 - Sphincter anal tonique 25.8 - Autre
s.....
26. Affections associées
- 26.1 -Tumeurs du rectum 26.2 -Polype du rectum
- 26.3 -Prolapsus génital 26.3 -prolapsus hémorroïdaire
- 26.5 -Toux chronique 26.4 -Autre s
- 26.9 -Indéterminé
27. Complications d'urgence chirurgicale
- 27.1. Etranglement du rectum prolabé 27.2. Occlusion intestinale
1. Oui
- 27.3 Rupture du rectum 27.4.
Autres.....
28. Autres complications
- 28.1. Infirmité 28.2. Incontinence
- 28.3. Hémorragie muqueuse 1. oui 28.4. Rectite
29. Retentissement psychologique
- 30. Signes généraux**
- 30.1. Etat général selon IPOMS (1-grade0, grade I, grade II, grade III, grade
IV)
- 30.2. Conjonctives 1 colorées, 2 pales, 3Ictere
- 30.3. Poids en Kg
- 30.4.1Taille 30.4.2 IMC
- 30.8. Conscience 1Bonne, 2Agitee, 3Confus, 4Coma
- 30.7. Signe de déshydratation (1Absent, 2Present
- 30.8. Asthénie (1Absente, 2Presente
- 30.9. Amaigrissement (1Absent, 2Present, 9Indetermine)
- 30.10. Anorexie (1Absente, 2Presente)

III SIGNES PARACLINIQUES

31. Examens complémentaires :

31.1. Biologie :

31.1. a Selles POK (1 Normale, 2Oeuf, 3Kystes, 4Parasites)

- 31.1. Autres.....
- 31.1. b NFS (1 Normale, 2 Elevée, 3 Basse)
- 31.1. c Taux d'Hb 31.1.e Taux d'Ht
- 31.1.g Taux de plaquettes
- 31.1.m Glycémie 31.1.n Créatinémie
- 31.1.o TP 31.1.p TCK
- 31.1.q Groupe A B AB O 31.1.r rhésus positif négatif

42. IMAGERIE MEDICALE

- 32.1 Anorectoscopie
- 32.2 Défécographie.....
- 32.3 Manométrie anoréctale.....
- 32.4 Echographie pelvienne.....
- 32.5 Lavement baryté.....
- 32.6 Autres bilans.....

IV DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

- 33.1 Prolapsus total
- 33.2 Prolapsus muqueux
- 33.3 Prolapsus étranglé

V TRAITEMENT :

34 Traitement médical

- 34.1 Conseil hygiéno-diététique
- 34.2 Rééducation ano-rectale
- 34.3 Infiltration de produit
- 34.4 Régulateur du transit
- 34.5 Pose de PESSAIRE
- 34.6 Anti parasitaire
- 34.7 Anti-inflammatoire
- 34.8 Antibiotique
- 34.9 Perfusion
- 34.10 Lavement évacuateur
- 34.11 Autres.....

35. Durée du traitement

36. Effet du traitement (1. Non satisfaisant, 2. Peu satisfaisant, 3. Satisfaisant)

37. Traitement chirurgical par les voies périnéales et anal

37.1 Techniques opératoires :

- 37. a. La recto- sigmoïdectomie (ALTEMEIER)
- 37. b. Fixation du Canal Anal (thiersch)
- 37.c. Intervention de Delorme
- 37.d. Cerclage de l'anus
- 37.e. Technique selon Loock Hart MUMMERY
- 37.f. Autres.....

37.16. Résultat du traitement chirurgical (1.Non satisfaisant, 2.Peu satisfaisant, 3.Satisfaisant)

VI LES GESTES ASSOCIES :

- 38.1. Myorrhaphie des muscles releveurs sphincter anal 38.2. Réparation du
- 38.3. Colpo-périnéorrhaphie antérieure postérieure classique
- 38.4. Autres.....

VII SUITES OPERATOIRES :

- 39.1 Evolution (1 Sans complication, 2 Avec complication)
- 39.2 Complications per-opératoires :
- 39.3 Lésions rectales 39.4 Hémorragie
- 39.5 Troubles de la coagulation 39.6 Lésions vasculaires
- 39.7 Autres à préciser.....
- 40.1 Complications postopératoires
- 40.2 Complications postopératoires Précoces
- 40.3 Constipation terminale 40.4 Hémorragie postopératoires
- 40.5 Autres
41. Complications postopératoires a cours terme :
- 41.1 Abscès de la paroi 41.2 Suintement
- 41.3 Lâchage des fils
- 41.4 Autres
42. Complications postopératoires a terme
- 42.1 Œdème périnéal important: 42.2 Récidives
- 42.3 Autres à préciser
43. Mode de suivi 43.1 Venu de lui-même
- 43.2 Sur rendez-vous 43.3 Vu a domicile
- 43.4 Sur Convocation

VIII HOSPITALISATION :

- 44.1 Durée du séjour jours
- 44.2 Durée de la sonde urinaire jours
- 44.3 Evolution à court terme (1.Exeat , 2.Transfert, 3.Décès)

IX RESULTATS DU TRAITEMENT :

A trois mois :

45. Résultat anatomique (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais)
45. Résultat fonctionnel (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais):
45. Degré de satisfaction du malade (1.Très satisfaisant, 2.Peu satisfaisant, 3.non satisfaisant)

A six mois :

46. Résultat anatomique |__| (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais)

47. Résultat fonctionnel |__| (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais) :

48. Degré de satisfaction du malade |__| (1.Très satisfaisant, 2.Peu satisfaisant,3.non satisfaisant)

A un an :

49. Résultat anatomique |__| (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais)

50. Résultat fonctionnel |__| (1.bon, 2.Moyen, 3.Mauvais)

51. Degré de satisfaction du malade |__| (1.Très satisfaisant, 2.Peu satisfaisant,3.non satisfaisant)



Figure 10: Image d'un prolapsus rectal prise dans le service de chir A : 2024



Figure11: Vue post opératoire Chirurgie A:2024



Figure 12: Image de pièce opératoire :2024 chirurgie A



Figure 13:Image complication post opératoire immédiat à propos d'un cas: image chirurgie A point G.2024