

**Réalisée par la Commission Proctologie Endoscopique
de la Société Française d'Endoscopie Digestive**

Docteur Alain CASTINEL ✉, Docteur Aurélien GARROS, Docteur Jean-Michel DIDELOT, Docteur Thierry HIGUERO,
Docteur Anne-Laure TARRERIAS, Docteur Michel GOMPEL, Docteur Jean-Michel ROUILLON.

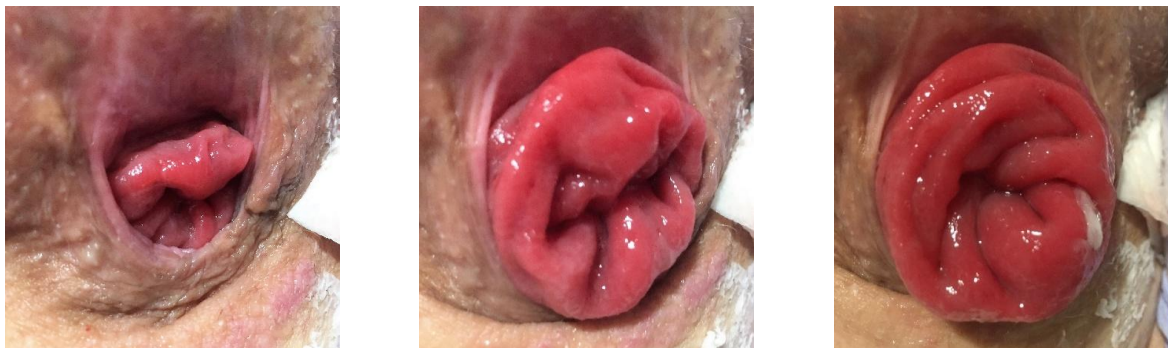
Le prolapsus rectal correspond à une invagination endoluminale de la paroi rectale sur elle-même qui peut au maximum s'extérioriser à l'anus.

C'est pourquoi on différencie le prolapsus rectal interne, qui ne franchit pas le canal anal, et le prolapsus rectal extériorisé. Il est fondamental de le différencier du prolapsus muco-hémorroïdaire qui cependant peut y être associé.



Prolapsus rectal débutant par prolapsus muco-hémorroïdaire
avec lésions pseudo-polypoïdes de nature mécanique

Le terrain est le plus souvent les femmes âgées, avec un pic de fréquence autour de 65 ans. D'autres troubles de la statique pelvienne y sont alors souvent associés qu'il est nécessaire de dépister. Mais les prolapsus peuvent aussi survenir chez des sujets plus jeunes.



Prolapsus rectal sans éversement muco-hémorroïdaire initial

A part, le prolapsus du très jeune enfant de moins de 5 ans voire du nourrisson, qui correspond à une immaturité des tissus de soutien et qui évolue le plus souvent spontanément vers la guérison. Il faut alors éliminer une mucoviscidose.

Clinique

Les symptômes décrits sont le plus souvent la sensation d'une procidence de tissu à l'anus, de réintroduction plus ou moins facile lors de l'exonération, aggravée par des selles dures. Cela peut alors donner lieu à des sécrétions glaireuses, parfois des saignements, souvent des souillures, voire une véritable incontinence anale. Les patients peuvent aussi décrire une constipation d'allure terminale avec dyschésie et polychésie, voire un vrai syndrome rectal, notamment quand le prolapsus reste interne ou intra-canalair.

Diagnostic

Le diagnostic est clinique lors d'un examen proctologique dynamique, avec parfois la nécessité de faire pousser en position accroupie.

En **anuscopie**, on retrouvera une grande mobilité de la paroi rectale, qui viendra s'engager dans la lumière de l'anuscopie à l'effort de poussée et éventuellement s'extérioriser à son retrait.

Lors d'une **coloscopie**, on saura évoquer le diagnostic à la découverte d'une rectite suspendue (correspond au sommet du boudin d'invagination), d'un ulcère solitaire du rectum (SUSR), voire d'une tumeur, hamartome inversé.

Les prélèvements sur ces lésions revenant négatifs éliminent une lésion dégénérative, une lésion inflammatoire, une IST et pourront donner des éléments spécifiques à ce type de lésion.

Diagnostiques différentiels

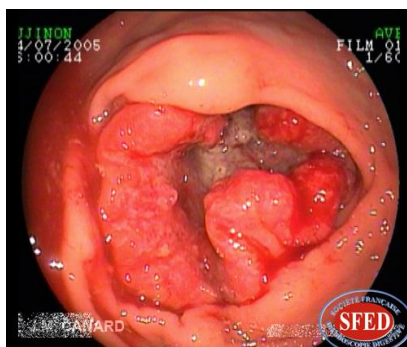
- Prolapsus muco-hémorroïdaire ;
- Tumeur villositaire ou polype pédiculé accouché à l'anus ;
- Tumeur maligne anale ou rectale ;
- Rectite non mécanique, inflammatoire ou infectieuse.



Bilan

Coloscopie pour confirmer le diagnostic, éliminer une cause organique de constipation terminale ou d'un syndrome rectal, pratiquer des prélèvements à visée histologique.

Pour éliminer une IST, les prélèvements devront être pratiqués sur écouvillons spécifiques.

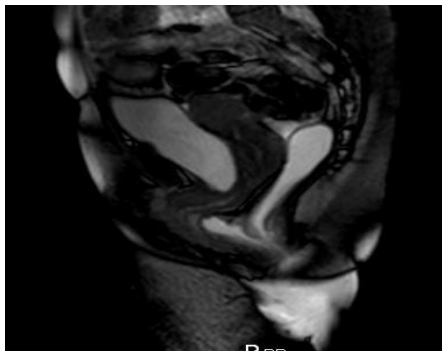


Tumeur rectale

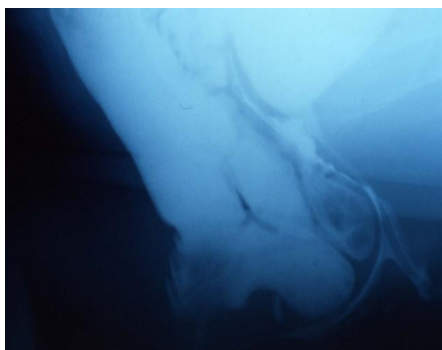


Ulcère solitaire du rectum

Une **déféco-IRM** ou **défécographie classique** avec opacification des anses grêles et de la vessie permet de mieux authentifier et quantifier le prolapsus, rechercher d'autres anomalies de la statique pelvienne associées.



Déféco-IRM qui permet de retrouver le prolapsus qui s'extériorise en fin de poussée associé à une rectocèle



Défécographie classique qui retrouve un prolapsus interne avec une large rectocèle et une enterocèle

Thérapeutique

Fonction du terrain, de l'âge, du handicap, de l'altération de la qualité de vie.

> Traitement médical

Il doit toujours être essayé en première intention, notamment chez le patient âgé et peu symptomatique ; il consiste à faciliter l'exonération par des régulateurs du transit (laxatifs, mucilages) et par des suppositoires à la glycérine ou à dégagement gazeux, voire par des micro-lavements ou des lavements. Si ces mesures sont insuffisantes, la chirurgie devient nécessaire.

> Traitements chirurgicaux

Deux possibilités selon le type du prolapsus, de l'âge du patient, l'association à d'autres troubles de la statique pelvienne :

- voie haute avec rectopexie au promontoire en cas de prolapsus complet avec chute du haut rectum, enterocèle associée. Cela permet de traiter dans le même temps opératoire un autre trouble de la statique (hystéroptose, cystocèle) ;
- voie basse en cas de prolapsus isolé et limité à la partie basse du rectum ; techniques de STARR ou Delorme.