

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

~~~~~

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° /...../

**TITRE**

**PROLAPSUS RECTAL DANS LES  
SERVICES DE CHIRURGIE GENERALE ET  
PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE**

**Thèse**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2008 à ...heures devant la Faculté de  
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur **AMADOU BOGOLA**  
Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

**JURY**

**Président : Professeur Moussa Youssoufa MAIGA**

**Membre : Professeur Abdoulaye DIALLO**

**Co -Directeur de thèse : Dr Mamby KEITA**

**Directeur de thèse : Professeur Gangaly DIALLO**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

**ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1 ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2 ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

3 SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

4 AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR  
DES FINANCES**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr ALOU BA

Mr BOCAR SALL

Secourisme

Mr SOULEYMANE SANGARE

Mr YAYA FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr BALLA COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr ALI NOUHOUM DIALLO

Mr Aly GUINDO

OPHTALMOLOGIE

ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE -

PNEUMO-phtisiologie

HEMATOLOGIE

CHIRURGIE GENERALE

PEDIATRIE

CHIRURGIE GENERALE

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE****D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

D.E.R

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr ALHOUSSEINI Ag MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdoulaye DIALLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE, chef de

UROLOGIE

Gynéco obstétrique

ORL

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie – Réanimation

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

Mr Filifing SISSOKO

Mr Sékou SIDIBE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Tiéman COULIBALY

Mme TRAORE J. THOMAS

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie viscérale

Gynéco Obstétrique

Chirurgie Générale

Orthopédie Traumatologie

Anesthésie - Réanimation

Orthopédie - Traumatologie

Ophtalmologie

Stomatologie

Gynéco - Obstétrique

Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Sadio YENA  
Mr Yousof COULIBALY  
3. MAITRES ASSISTANTS  
Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MACALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiémoko D COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Boureima MAIGA

Anatomie & Chirurgie Générale  
Chirurgie Thoracique  
Anesthésie - Réanimation

Gynéco Obstétrique  
ORL  
ORL  
Chirurgie Générale  
Anesthésie - Réanimation  
Urologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie/ Traumatologie  
Urologie  
Gynéco - Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL  
Gynéco – Obstétrique

## D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Sinè BAYO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr YENIMEGUE Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M CISSE  
Mr Abdourahmane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Anatomie – Pathologie - Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie- Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie Chef de D.E.R  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Chimie Analytique  
Physiologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou FM TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie  
Bactériologie Virologie  
Parasitologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Bactériologie, Virologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Moussa Issa. DIARRA

Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie  
Biophysique

Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Chiek Bougadari TRAORE

Biologie  
Immunologie  
Bactériologie -Virologie  
Anatomie Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bokary Y. SACKO  
Mr Mamadou BA

Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale.

**D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa MAIGA  
Mr Somita KEITA

Médecine interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie, Chef de D.E.R  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie- Hépatologie  
Dermato- Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mr Saharé FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Toumani SIDIBE  
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-Entérologie  
Pédiatrie  
Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Adama D. KEITA  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Daouda K. MINTA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Harouna TOGORA  
Mme DIARRA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO

Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Maladie infectieuse  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine interne  
Pédiatrie

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Mr Mahamadou TOURE      | Radiologie                     |
| Mr Idrissa A. CISSE     | Dermatologie                   |
| Mr Mamadou B. DIARRA    | Cardiologie                    |
| Mr Anselme KONATE       | Hépatologie-Gastro-Entérologie |
| Mr Moussa T. DIARRA     | Hépatogastro-Entérologie       |
| Mr Souleymane DIALLO    | Pneumologie                    |
| Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie                    |
| Mr Soungalo DAO         | Maladie infectieuse            |
| Mr Cheik Oumar GUINTO   | Neurologie.                    |

### **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEURS**

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Mr Boubacar Sidiki CISSSE | Toxicologie       |
| Mr Gaoussou KANOUTE       | Chimie Analytique |

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Mr Ousmane DOUMBIA        | Pharmacie Chimique |
| Mr Drissa DIALLO          | Matières Médicales |
| Mr Boulkassoum HAIDARA    | Législation        |
| Mr Elimane MARIKO         | Pharmacologie      |
| Mr Alou KEITA             | Galénique          |
| Mr Benoît Yaranga KOUMARE | Chimie Analytique  |

#### **3. MAITRES ASSISTANTS**

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Mme Rokia SANOGO     | Pharmacognosie |
| Mr Ababacar I. MAIGA | Toxicologie    |
| Mr Yaya KANE         | Galénique      |

#### **4. ASSISTANTS**

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| Mr Saibou MAIGA  | Législation               |
| Mr Ousmane KOITA | Parasitologie Moléculaire |

### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEURS**

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique Chef de D.E.R |
| Mr Sanoussi KONATE  | Santé Publique               |

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Moussa A. MAIGA | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

#### **3. MAITRES ASSISTANTS**

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Mr Bocar G. TOURE          | Santé Publique |
| Mr Adama DIAWARA           | Santé Publique |
| Mr Hamadoun SANGHO         | Santé Publique |
| Mr Massambou SACKO         | Santé Publique |
| Mr Alassane A. DICKO       | Santé Publique |
| Mr Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique |

#### **4. ASSISTANTS**

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| Mr Samba DIOP     | Anthropologie Médicale |
| Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie          |
| Mr Oumar THIERO   | Biostatistique         |
| Mr Seydou DIARRA  | Anthropologie Médicale |

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane Guindo  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA  
Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Mounirou CISS  
Pr. Amadou Papa DIOP  
Pr. Lamine GAYE

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu  
Génétique  
Législation  
Chimie Organique

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Hydrologie  
Biochimie  
Physiologie

## DEDICACES

A Allah Le Tout puissant, le miséricordieux et le très miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toute circonstance et à chaque instant du restant de ma vie.

- A mon père feu **Drissa BOGOLA**.

Tu as été arraché à l'affection de tous, mais nous te garderons toujours dans nos cœurs comme un exemple d'abnégation, de courage et de détermination, tu n'as ménagé aucun effort pour que ce jour soit. Puisse Dieu, Le Tout puissant dans sa miséricorde, t'accorder sa grâce.

- A ma mère **Bintou DEMBELE**

Les mots ne sauraient suffire pour exprimer toute mon affection pour toi, puisque je te dois ma réussite.

Tes bénédictions ont été et resteront toujours indispensables pour moi.

Ce travail est le fruit de tes prières. Puisse Dieu Le Tout puissant, nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de ta patience. Amen !

- A mon grand frère feu **Abdoulaye BOGOLA** que la terre lui soit légère, Tu as toujours rêvé de ce jour si important, car c'est toi qui m'a inscrit à l'école. Cher frère je voudrai tout simplement te remercier pour tout ce que tu fis pour moi depuis mon enfance jusqu'à ta disparition.

- A ma femme **Safiatou TRAORE**

Un cœur ne dort mieux que quand il a un esprit de soutien, tu as toujours été là aux moments difficiles.

- A ma fille Bintou BOGOLA

Qui doit s'estimer heureuse car ta venue a coïncidé avec ma soutenance.

- A mon grand frère Mamoutou BOGOLA

Tu as été plus qu'un grand frère. Tes sages conseils et tes attentions ne m'ont manqué. Ce travail est le fruit de ton soutien.

- A ma logeuse Assan DIARRA Bougouni

Merci pour tout le soutien à mon endroit, reçois ici toute mon estime.

-A mon oncle Adama TRAORE

Cher oncle, seul Dieu a une récompense à la hauteur de vos efforts à notre égard. Ce travail est vôtre.

- A ma tante Ramatou TRAORE

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignage de mon amour et de ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez accordé pendant les durs moments de mes études. Trouvez ici l'amour fraternel que je vous porte.

- A mon oncle Fousseyni TRAORE

Je suis heureux de pouvoir vous exprimer toute ma satisfaction, car vous avez été d'un apport inestimable dans ce travail.

- A mes Frères et Sœur du village

Vos conseils, vos encouragements et vos soutiens, m'ont beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens sacrés et recevez ici toute ma gratitude.



## REMECIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont à:

- Tous les chirurgiens des services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré : ( Dr Touré L, Dr Simpara D, Dr Singaré, Dr Traoré M, Dr Keita M, Dr Kanté L, Dr Diakité ML, Dr Moran Martinez, Dr Coulibaly Z, Dr Kouyaté). Avec vous j'ai beaucoup appris.

- Mes aînés : Dr GOUNDO Djaré, Dr TOURE Oumar, Dr ABALO Tchalla, Dr DEMBELE Souleymane, Dr COULIBALY Bakary, Dr COULIBALY Oumar, Dr TOGO Fatoumata MAIGA, Dr BARRY Ourératou, Dr DIARRA Fatimata MARE, Dr DABO Ibrahima, Dr DIAKITE Cheick Oumar Dr DIAKITE Djoumé et tous les CES qui ont passé dans le service.

Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux qui ont toujours accompagné mes activités dans le service.

- Mes collègues internes : Joseph MOURABOU, Yacouba OUATTARA, Lemine DICKO, Moussa KONATE, Amadou CAMARA, Boubacar CAMARA, Dramane KOITA, Lassina DIABIRA, Moumine SANOGO, Moussa SAMAKE, Aissata COULIBALY, Alou BAGAYOKO , Moussa DIASSANA.

Merci pour votre collaboration et pour votre esprit d'équipe.

- Mes cadets : Bathio Traoré, Birama Cheick Traoré, Saibou Traoré, Madani Doumbia, Mariam Diarra, Sidi Sylla, Oumou Koné, Maimouna Traoré, Abdoulaye Coulibaly, Ousmane Traoré, Alima Traoré

Le chemin est bien long mais avec courage et patience on vient à bout de tout. Soyez donc patients et courageux.

- Tout le personnel des services de chirurgie générale et pédiatrique.

Dans ces services, j'ai été satisfait de votre bonne organisation, de votre franche collaboration et de votre souci de toujours bien faire pour la santé de vos patients .Merci pour tout !

- Monsieur DIALLO Sory, Mme DIALLO Anta

Un bienfait n'est jamais perdu, les mots me manquent aujourd'hui pour vous exprimer tout ce que je ressens. Je prie Dieu qu'il m'accorde le temps nécessaire pour être reconnaissant.

- Mes frères et sœurs : Fatoumata COULIBALY, Balan COULIBALY, Sounouba COULIBALY, Amadou COULIBALY, Amidou DIABATE, Issa DIABATE, Djibril FANE, Fadjigui SAMAKE, Ousmane TRAORE, Brouma TRAORE.

- La famille feu Mamadou COULIBALY, dit Diouf à Bougouni.

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté, car ce travail est le vôtre.

- La famille Mamadou MARIKO à Bougouni, Pour m'avoir accueilli à bras ouvert.

- La famille TRAORE à Djelibougou.

J'ai été très touché par la considération portée en moi.

- Mon ami Nouhoum BOCOUM.

Tu as été « tout » pour moi, il y a des choses qui quand on les cite, leur valeur se réduisent, je te dis simplement merci.

- Tout le personnel du PAJ-Mali

Merci pour la franche collaboration.

- Dr TOUNKARA Cheicknè , Dr DEMBELE Bakary , Dr OUATTARA.

A côté de vous j'ai beaucoup appris. Soyez- en remerciés.

- Mes amis et collègues :

Pierre Rodrigue TRAORE, Koniba DIABATE, Youssouf DIARRA, Robert DIARRA, Djénéba FOFANA, Assan BAMBABA, Karim KEITA, Morifing KONATE, Modibo COULIBALY :

Je m'arrête ici par crainte d'en omettre. La bonne amitié dont vous avez su faire preuve, m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage, et optimisme. Je souhaite bonheur, succès, et réussite à tous.

- Tous ceux qui de prêt ou de loin, m'ont apporté d'une manière ou d'une autre leur soutien, qu'ils retrouvent ici l'expression de toute notre gratitude.

- Toutes les autres communautés étrangères au Mali.  
Merci !

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Le professeur **MOUSSA YOUSOUFA MAIGA**

- **Professeur des universités en hépato-gastro-entérologie ;**
- **Responsable des cours d'hépatho-gastro-entérologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomtologie ;**
- **Chef de service de médecine du CHU-Gabriel Touré.**

.....

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris,

Homme de science, praticien infatigable, votre pragmatisme, et votre sens élevé du travail bien fait font de vous un maître admirable et admiré de tous.

Cher maître, nous ne saurons vous témoigner par les simples mots, combien votre enseignement est de qualité.

Notre Maître et juge

Professeur **Abdoulaye DIALLO**

- **Spécialiste en anesthésie et réanimation ;**
- **Colonel des forces armées du mali ;**
- **Maître de conférence à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako ;**
- **Chef de service d'Anesthésie et de Réanimation du CHU-Gabriel Touré ;**

.....

Merci pour l'honneur que vous nous faites en daignant juger ce travail malgré vos multiples sollicitations ;

Vous êtes une fierté dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation au Mali. Nous rendons grâce à Dieu d'être parmi vos élèves,

Homme de science, votre souci pour le travail bien fait, vos qualités humaines font de vous un maître admirable.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et co-directeur de thèse

**Docteur Mamby KEITA**

- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;**
- **Chef de service de la chirurgie pédiatrique du CHU- Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société Africaine de chirurgie Pédiatrique ;**
- **Maître assistant en chirurgie pédiatrique.**

.....

Votre rigueur scientifique dans une simplicité sans pareil et votre sociabilité font de vous un maître exemplaire.

Ce travail est le vôtre puisque vous l'avez dirigé, en qualité de maître et sans ménager d'effort.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre maître et directeur de thèse

Le professeur **Gangaly DIALLO**

- **Professeur Titulaire en chirurgie viscérale,**
- **Chef de service de chirurgie générale du CHU- Gabriel Touré ;**
- **Médecin Colonel des forces inter armées du Mali ;**
- **Secrétaire général de la société malienne de chirurgie viscérale ;**
- **Membre de l'Association des chirurgiens D'Afrique Francophone.**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé du Mali**

.....

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour vous exprimer notre reconnaissance.

Nous avons été impressionnés par votre personne ; un homme de science, un praticien infatigable ; toujours dévoué à la cause des étudiants.

La qualité de votre enseignement, votre souci constant du travail bien fait, et votre esprit critique ont toujours amélioré notre formation.

Nous avons bénéficié de votre encadrement avec grande satisfaction.

Nous vous prions de trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

## **SOMMAIRE**

Dédicace

Remerciements

Hommages aux membres du jury

Liste des abréviations

Introduction .....1

Objectifs.....3

Généralités.....4

Méthodologie.....57

Résultats.....62

Commentaires et Discussion.....80

Conclusion et Recommandations.....104

Bibliographie.....106

Annexes



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

|            |                                                           |
|------------|-----------------------------------------------------------|
| ASA :      | American Society Anesthesiology                           |
| CES :      | Certificat d'Etudes Spéciales                             |
| CHU :      | Centre Hospitalo-Universitaire                            |
| FMPOS :    | Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie |
| L'INFSS :  | Institut National de Formation en Science de la Santé,    |
| NFS :      | Numération Formule Sanguine                               |
| MM :       | Millimètre                                                |
| MN :       | Munite                                                    |
| PAJ-Mali : | Parlement Africain des Jeunes du Mali                     |
| PRT :      | Prolapsus Rectal Total                                    |
| SPSS:      | Statiscals Packatage of the Social Science                |
| SMIG :     | Salaire minimal Inter-Groupe                              |
| TC:        | Temps de Coagulation                                      |
| TCK:       | Temps de Cephaline Kaolin                                 |
| TP:        | Taux de Prothrombine                                      |
| TTT:       | Traitement                                                |

# INTRODUCTION

## I INTRODUCTION

Le prolapsus rectal est une maladie du rectum par excès de longueur et de mobilité [1], touchant tous les sexes et à des âges différents.

Par définition, il est l'issue par l'anus de façon permanente ou à l'effort de la paroi rectale retournée [2]. Il existe deux types de prolapsus.

Le prolapsus muqueux : qui 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 (muqueuse, musculuse et séreuse). 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 [2].

Cette affection est généralement facile à reconnaître cliniquement, tout au moins dans les formes importantes au point que le malade fait lui même le diagnostic sous le terme imagé de « descente d'organes » [3].

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

Cette pathologie a fait l'objet de plusieurs études.

En France : LAZORTHESE en 2002 a trouvé que 2 sur 3 des Femmes multipares soit 67 % présentaient un prolapsus rectal interne asymptomatique. Cet auteur a décrit une évolution des cas de prolapsus internes vers les formes extériorisées dans l'ordre de 2 % à 5 % des cas [4].

Une étude faite à Paris a montré que le prolapsus total du rectum ne représente classiquement que 2 % des prolapsus rectaux [5]

En Afrique :

Une étude au Maroc 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 [6].

En milieu ivoirien. KOUADIO en 1998 a montré que les facteurs étiopathogéniques du prolapsus rectal étaient dominés par la constipation chronique dans 69,2 % des cas, une diarrhée dans 11,5 % des cas, une dysurie dans 7,7 %. Ailleurs la mortalité opératoire a été nulle et aucune récurrence n'a été notée après un suivi de 24 mois. [7]

Longtemps considéré comme une affection rare, il pose le diagnostic différentiel avec les hémorroïdes. Le traitement du prolapsus rectal était toujours décevant que LENORMANT, en 1903 le disait « l'opprobre de la chirurgie » [2].

Au Mali aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur le prolapsus rectal.

L'absence de données sur cette pathologie nous a motivé à réaliser ce travail pour lequel nous avons fixé les objectifs suivants.

## **II OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier le prolapsus rectal dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU - Gabriel Touré ;

### **Objectifs spécifiques**

Déterminer la fréquence hospitalière de prolapsus du rectum ;

Décrire les aspects cliniques du prolapsus rectal;

Déterminer les principaux facteurs étiopathogéniques ;

Analyser les résultats des traitements ;

Evaluer le coût du traitement.

# GENERALITES

### III GENERALITES

On définit par prolapsus une chute ou un glissement anormale d'un organe ou d'une portion d'organe vers le bas [8].

C'est un terme général qui concerne de nombreux champs (vessie, utérus, valve cardiaque ...) [8].

Dans le cas qui nous concerne, il s'agit d'une extériorisation par l'anus de toute ou d'une partie de la paroi intestinale [2].

Un prolapsus rectal concerne la paroi du rectum, c'est-à-dire la portion toute terminale du gros intestin (qui est un organe creux).

Cette extériorisation survient le plus souvent lors de la défécation, lors des poussées abdominales ou plus rarement lors d'efforts physiques. En pratique, la paroi du rectum se «retourne » un peu à la façon d'une manche de vêtement que l'on enlève rapidement : on parle parfois d'invagination de la paroi rectal dans le canal anal.

On réserve habituellement le terme de prolapsus aux formes les plus importantes que l'on peut observer à l'œil nu.

Le terme de procidence interne est par contre plus souvent utilisé pour décrire les invaginations de la paroi qui ne sortent pas à l'extérieur de l'anus.

Cette anomalie est une entité à part qui ne sera pas traitée dans la fiche. Ainsi que le prolapsus de l'étage postérieur contenant le rectum (rectocèle) ou le cul de sac de Douglas (élytrocèle).

La rectocèle doit être distinguée du prolapsus rectal interne ou extériorisé à travers l'orifice anal qui peut être associé au prolapsus pelvi-génital [9].

A ces formes anatomiques, se superposent sans parallélisme des troubles fonctionnels divers spécifiques ou non qui sont le motif de consultation.

## **1. Rappel anatomique**

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus pelviens dans l'espèce humaine sont une conséquence directe de la station érigée, qui concerne la forme du bassin, la direction des pressions abdominales, les anomalies liées au rectum et au tractus urogénital. Dans les conditions spécifiques à l'espèce humaine et aux grands singes anthropoïdes, la fermeture de l'orifice caudale du bassin repose sur le diaphragme pelvien, et particulièrement l'aponévrose pelvienne et le faisceau pubo-rectal du releveur. Les viscères sont également maintenus par la densification du tissu conjonctif pelvien que sont les ligaments viscéraux.

L'étude analytique et la nomenclature de ces structures [9] sont nécessaires avant d'envisager la synthèse de leur organisation fonctionnelle.

### **1.1 Diaphragme pelvien et le périnée (figure1)**

Les parties molles du périnée sont constituées de muscles et d'aponévroses [10].

Au plan profond, le diaphragme pelvien est constitué des muscles releveurs (élevateurs) de l'anus qui entourent le rectum, des muscles ischio-coccygiens et du fascia (aponévrose) pelvien qui les recouvre [9]. Les muscles élevateurs sont formés de plusieurs faisceaux fonctionnellement différents :

La partie externe pelvi-coccygienne statique ou élévatrice s'insère en périphérie sur le fascia obturateur depuis le pubis jusqu'au ligament sacro-épineux et à la face ventrale des trois dernières vertèbres sacrées. Les fibres musculaires s'étendent transversalement avec une direction caudo-médiane, en cuvette ou en hamac, pour rejoindre le muscle pubo-rectal qui constitue la deuxième entité de cet appareil [9].



La partie interne pubo-rectale, dynamique élève et ferme le canal anal. Certaines de ces fibres viennent renforcer longitudinalement le sphincter lisse et le sphincter strié, elles s'appuient donc sur la musculature du rectum.

Le muscle pubo-rectal est en fait pubo-sacré puisqu'il s'étend depuis le pubis jusqu'au tendon d'insertion sacré de la partie élévatrice. Dans ce trajet, à concavité crâniale, le muscle laisse un interstice médian puis cravate le rectum et le canal anal comme une sangle en le circonscrivant en arrière, ses fibres sont longitudinales. Cette sangle pubo-rectale qui attire le canal anal en avant crée ainsi le cap anal [9]. Cet appareil est fondamental dans la physiologie de la défécation (voir ce chapitre). Il est renforcé caudalement par le sphincter strié de l'anus dont les fibres sont circonférentielles autour du canal anal, puis rejoignent en avant le raphé tendineux du périnée (noyau fibreux central) qui les sépare du muscle constricteur de la vulve chez la fille et du muscle bulbo spongieux chez le garçon. Latéralement ce raphé reçoit les muscles transverses du périnée. Elle reste cependant le point faible du plancher pelvien.

Le maintien de la statique pelvienne dépend à ce niveau de l'intégrité des structures conjonctives.

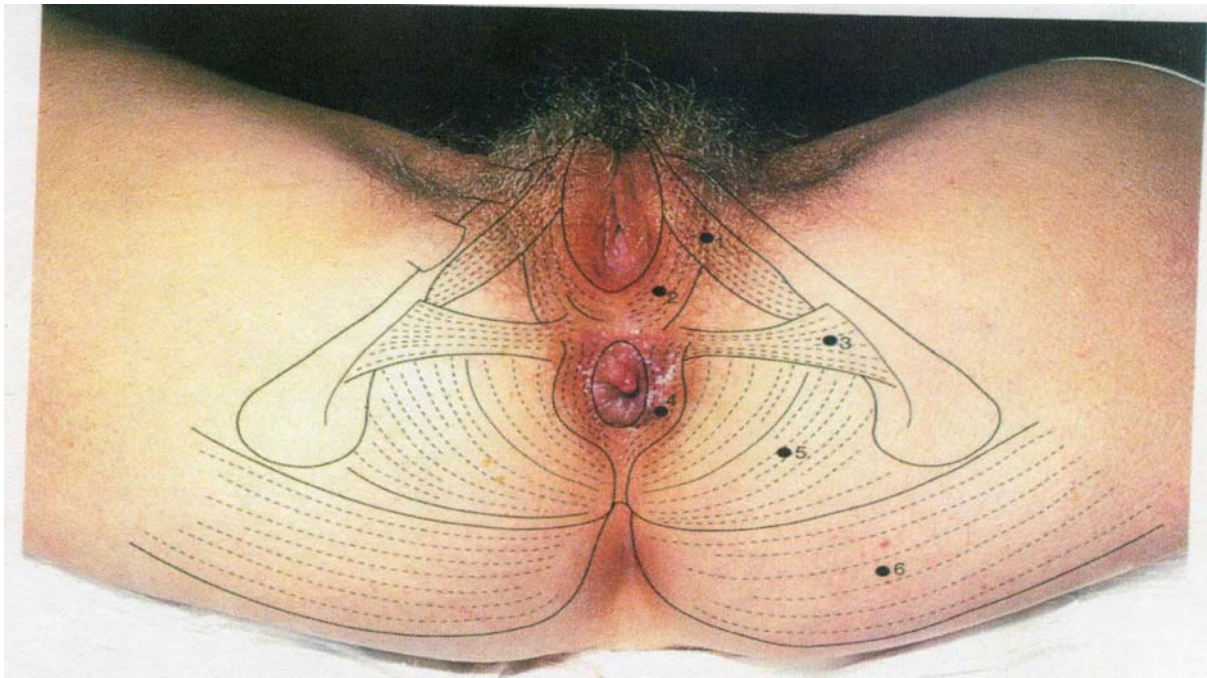


Fig1 : muscles du périnée de la femme [11]

crânial ↑  
← gauche

1- M. Ischiocaverneux 2- M. Bulbo caverneux 3- M. transverse superficiel du périnée 4- M. Sphincter externe de l'anوس 5- M. releveur de l'anوس 6- M. Grand fessier

### 1.2 Structures conjonctives pelviennes :

Les ligaments viscéraux, à direction postéro- latérale, sont en continuité avec les fascias viscéraux : les viscères entre eux sont accolés par des septums et aux parois antérieure et postérieure par des espaces décollables.

Les fascias viscéraux, couches conjonctives superficielles recouvrent tous les organes pelviens. Tous les fascias sont en continuité avec le fascia (aponévrose) pelvien et avec les ligaments viscéraux.

Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour des branches de l'artère hypogastrique : vaisseaux vésicaux supérieurs pour le ligament viscéral latéral, vaisseaux utérins et vaginaux pour les paramètres et les paracervix, vaisseaux hémorroïdaux moyen pour l'aileron rectal latéral ; ils sont plus apparents près des viscères sous l'effet de traction chirurgicales (**kamina**) [9].

Les surfaces d'accolement viscéral sont représentées par le septum recto vaginal le septum vésico-utérin, l'espace rétro-pubien et l'espace rétro rectal. Elles assurent une liaison élastique par collage conjonctive.

### **1.3 Fonction du plancher pelvien :**

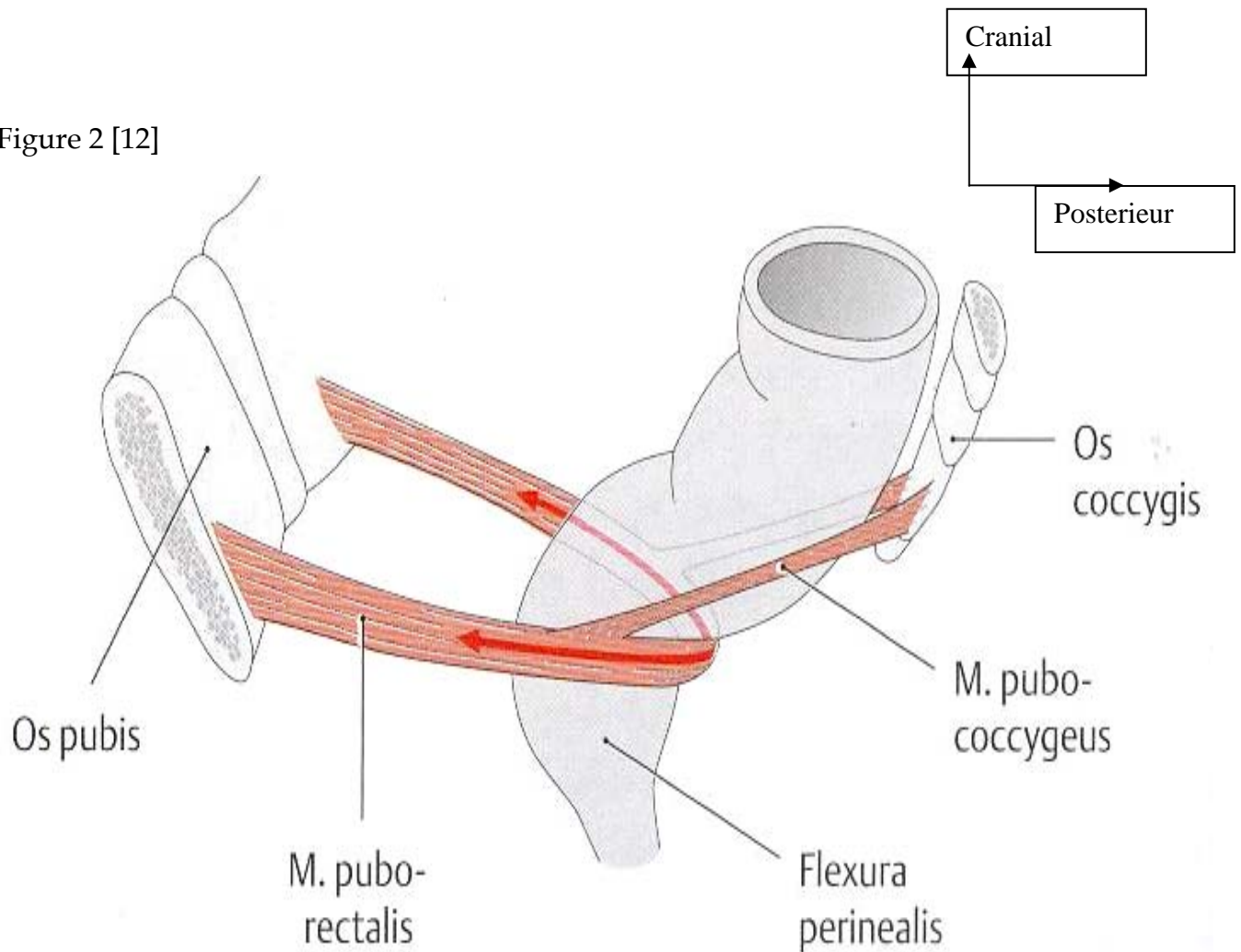
Les contraintes de pression tendant à repousser les viscères pelviens sont de deux ordres : le poids propre des viscères en station debout, et les pressions abdominales basales et surtout d'effort.

L'orientation des viscères pelviens permet de s'opposer à ces contraintes. Ils se disposent en station debout, en « marche d'escalier ». Le fond utérin repose sur la vessie, la vessie repose sur le vagin, le col et le vagin s'appuient sur le centre tendineux du périnée, le rectum et le ligament ano-coccygien maintenus par les muscles élévateurs.

Lorsque la paroi abdominale et le plancher pelvien sont de bonne qualité, la résultante des forces de pression est dirigée vers la concavité sacrée et le périnée postérieur [9]. Les viscères se déplacent vers l'arrière et non vers le bas à la poussée d'effort : ils restent dans « l'enceinte manométrique abdominale ». Cette disposition permet d'absorber les à-coups de la pression abdominale (multipliés par dix au cours de la toux). Le relâchement des muscles du rachis et de la paroi abdominale est lié à l'âge et à l'obésité.

## LES MUSCLES RELEVEURS

Figure 2 [12]



L'effort de retenue peut être volontaire, avec la mise en jeu synergique du muscle élévateur et du sphincter externe de l'anus. Il peut être réflexe, grâce à l'innervation proprioceptive du plancher pelvien.

## 2. Anatomie du rectum chez l'adulte :

Partie terminale du tube digestif, le rectum comporte trois parties : l'ampoule rectale, l'isthme, et le canal anal. Il est situé dans l'espace sous péritonéale dans la cavité pelvienne [11].

Le rectum, d'une longueur de 15 à 20 cm, a une forme de S. Il suit d'abord la concavité du sacrum (courbure sacrale), puis à la hauteur du coccyx, il se réfléchit vers l'arrière et traverse le périnée (courbure périnéale). Ici il devient canal anal et se termine par l'anus.

Le rectum est un segment fixe, doué de propriétés contractiles.

### 2.1- Anatomie descriptive chez l'adulte

#### 2.1.1. Les limites :

En crâniale : le rectum se limite au niveau de S3 (charnière recto-sigmoïdienne) ;

En caudal : il se termine par un orifice, l'anus, au niveau de la ligne ano-cutanée (jonction entre la muqueuse du canal anal et la peau du périnée) qui présente les plis radiés de l'anus

#### 2.1.2- Configuration externe :

Le rectum présente plusieurs parties importantes sur le plan anatomique, pathologique, et chirurgical :

En crâniale, le **rectum pelvien**, le plus important, forme *l'ampoule rectale*, portion dilatée, orientée en caudal et ventral. Il mesure 13 cm de longueur ;

En caudal, le **rectum périnéal** ou *canal anal*, portion rétrécie qui se termine à l'anus. Il est orienté en caudal et dorsal et mesure 5 cm de longueur.

Cette portion est munie d'un double système sphinctérien.

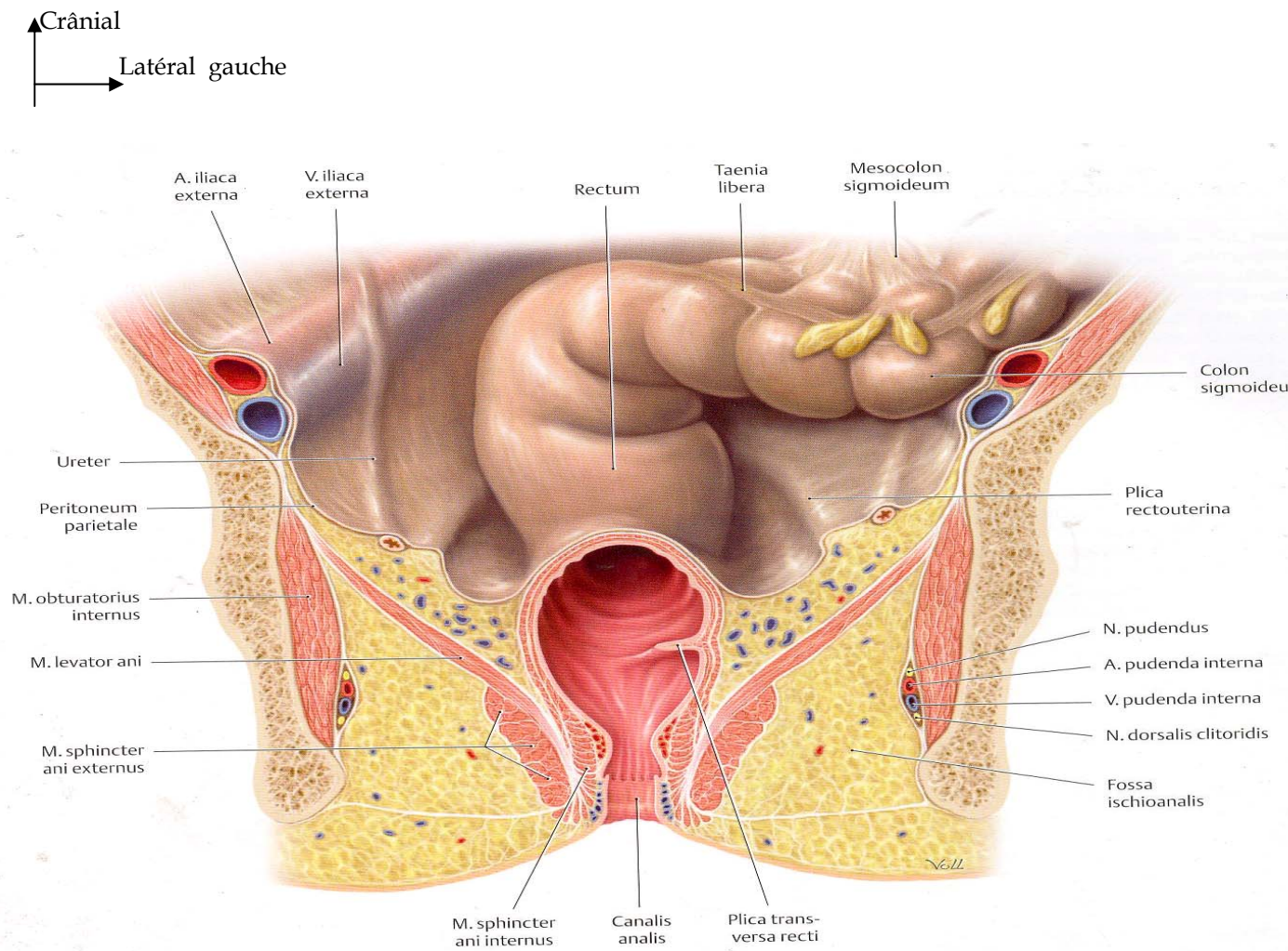
L'un est un simple renforcement de la paroi musculaire lisse du rectum, c'est le sphincter interne.

L'autre est un anneau musculaire fait de muscles striés, c'est le sphincter externe de l'anus. Il reçoit des fibres musculaires du muscle élévateur de l'anus.

Le *cap du rectum*, situé entre ces deux (2) zones correspond au muscle élévateur de l'anus qui participe de façon importante à la continence anale. Il forme un angle obtus en dorsal, pratiquement à hauteur de la pointe du coccyx.



Figure.3 : Coupe frontale du rectum [12]



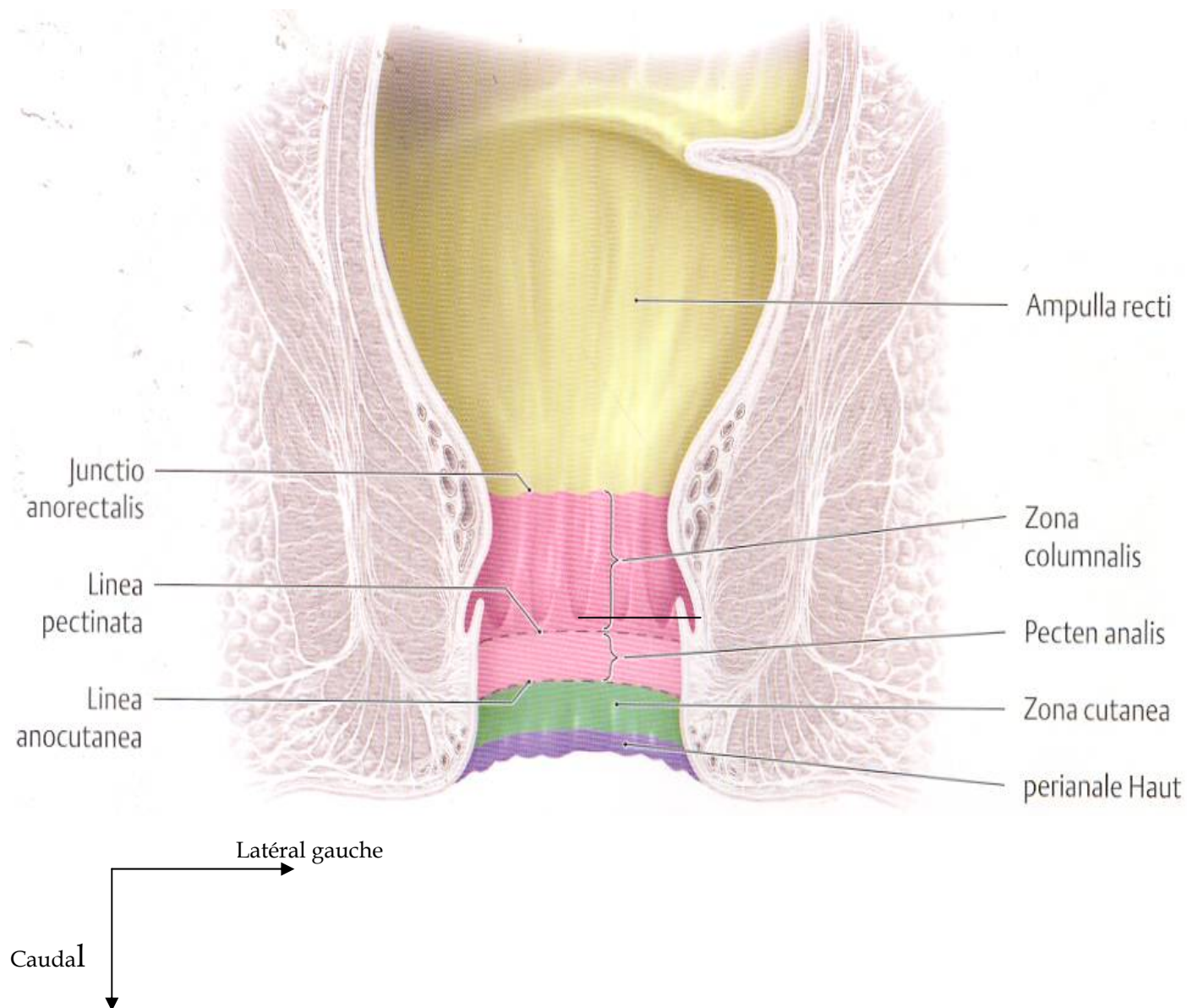
### 2.1.3- Configuration interne :

Lorsqu'il est vide, le rectum pelvien est aplati d'avant en arrière.

Lorsqu'il est plein, il décrit des sinuosités en forme de S italique ce qui délimite des incisures rectales. Elles sont représentées à l'intérieur du rectum par des saillies : les valvules du rectum, au nombre de trois.

On note aussi la présence de saillies longitudinales remontant dans le rectum depuis la ligne ano-cutanée (ano-pectinée), ce sont des colonnes rectales.

Figure (4) [12]



### 2.2- Rapports



Il n'y a plus de rapport avec le péritoine puisque nous sommes en sous-péritonéal. Par contre le rectum va être situé dans une loge.

### **2.2.1- La loge rectale**

Elle a un intérêt à cause du cancer. C'est un espace cellulaire avec :

- en dorsal, face ventrale du sacrum doublé de l'aponévrose pré-sacrée ;
- latéralement, les lames sagittales (sacro-recto-génito-urinaire-pubiennes) qui contiennent le plexus hypogastrique ;
- en ventral, un septum recto-génital (recto-prostatique ou recto-vaginal) ;
- en caudal, le muscle élévateur de l'anus ;
- en crâniale, le péritoine pelvien qui a une disposition particulière : il recouvre plus les faces ventrale et latérale que la face dorsale.

Le rectum est séparé des organes génitaux et de la vessie par une dépression : le *cul-de-sac recto-génital* (de DOUGLAS).

### **2.2.2- Rapport par la loge rectale :**

Tous les organes qui entourent le rectum sont susceptibles d'être comprimés ou envahis en cas de cancers.

### **2.2.3- Rapports dorsaux :**

Avec la face ventrale des trois (3) dernières vertèbres et l'origine du plexus sacré qui donne le nerf sciatique d'où lésions sciatiques dans les cancers du rectum.

On trouve aussi l'artère sacrée médiane, l'une des branches terminales de l'aorte abdominale.

### **2.2.4. Rapports ventraux :**

Ils sont différents selon le sexe :

Chez l'homme :

- ° En crânial, avec la face dorsale de la vessie, avec les vésicules séminales, les canaux déférents, et la terminaison des uretères pelviens.
- ° En caudal, face dorsale de la prostate : (cap du rectum) examen par toucher rectal.

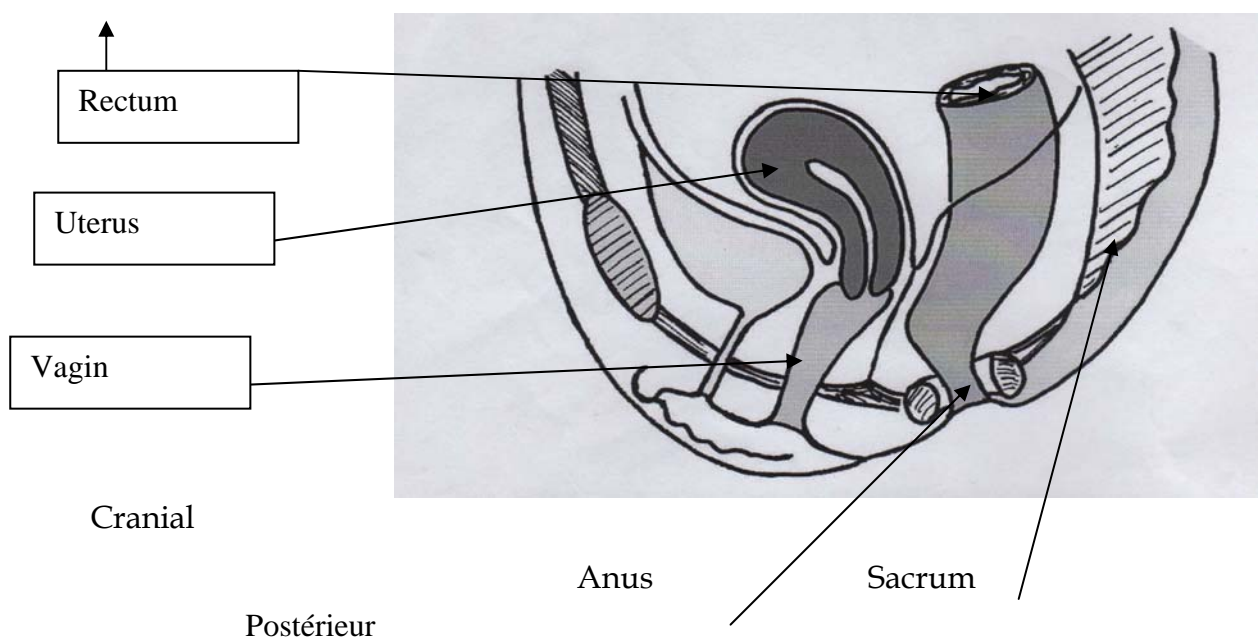
L'ensemble de ces rapports se fait par l'intermédiaire du cul- de sac recto génital souvent appelé chez l'homme, recto- vésical qui est prolongé par le septum recto- prostatique, jusqu'au noyau fibreux central du périnée.

Chez la femme :

- ° En crânial, le corps de l'utérus ;
- ° En caudal, le vagin qui contient le col de l'utérus, séparé de la face ventrale du rectum par le septum recto- vaginal qui s'étend du cul de sac recto- génital (de DOUGLAS) au noyau fibreux central du périnée très important dans la statique pelvienne : sa faiblesse est responsable de prolapsus du rectum et de l'utérus.

Le toucher rectal est un moyen d'exploration du col de l'utérus.

Figure.5 : Rapports ventraux par la loge rectale [2]



### **2.2.5. Rapports latéraux :**

Ils correspondent chez l'homme et chez la femme aux parois pelviennes ostéo-musculaires.

° La partie crâniale est en rapport avec les grandes incisures ischiatiques : d'où cancers du rectum qui peuvent comprimer le nerf sciatique.

° La partie caudale est en rapport avec les fosses ischio-rectales d'où risque de compression du nerf obturateur et de fusion d'abcès ou de coulée tumorale vers la fesse ou la racine de la cuisse.

° Latéralement, on trouve aussi l'uretère pelvien, dans sa portion d'origine, situé sur la face latérale du rectum, d'où lésions en cas de cancers.

### **2.2.6- Rapports craniaux :**

Avec la cavité abdominale, essentiellement le colon sigmoïde qui, comme un couvercle, recouvre partiellement l'espace sous-péritonéal.

## **2.3- Vaisseaux et nerfs :**

### **2.3.1- Artères :**

Artère sacrale médiane : branche terminale de l'aorte, descend jusqu'à la face postérieure du canal anal qu'elle vascularise.

Artère rectale supérieure : branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, elle se divise en 2 branches collatérales.

Artères rectales moyennes : droite et gauche, qui proviennent de l'artère iliaque interne (artère hypogastrique).

Artères rectales inférieures : elles proviennent des artères pudentales, elles même collatérales l'artère iliaque interne. Schéma [12]

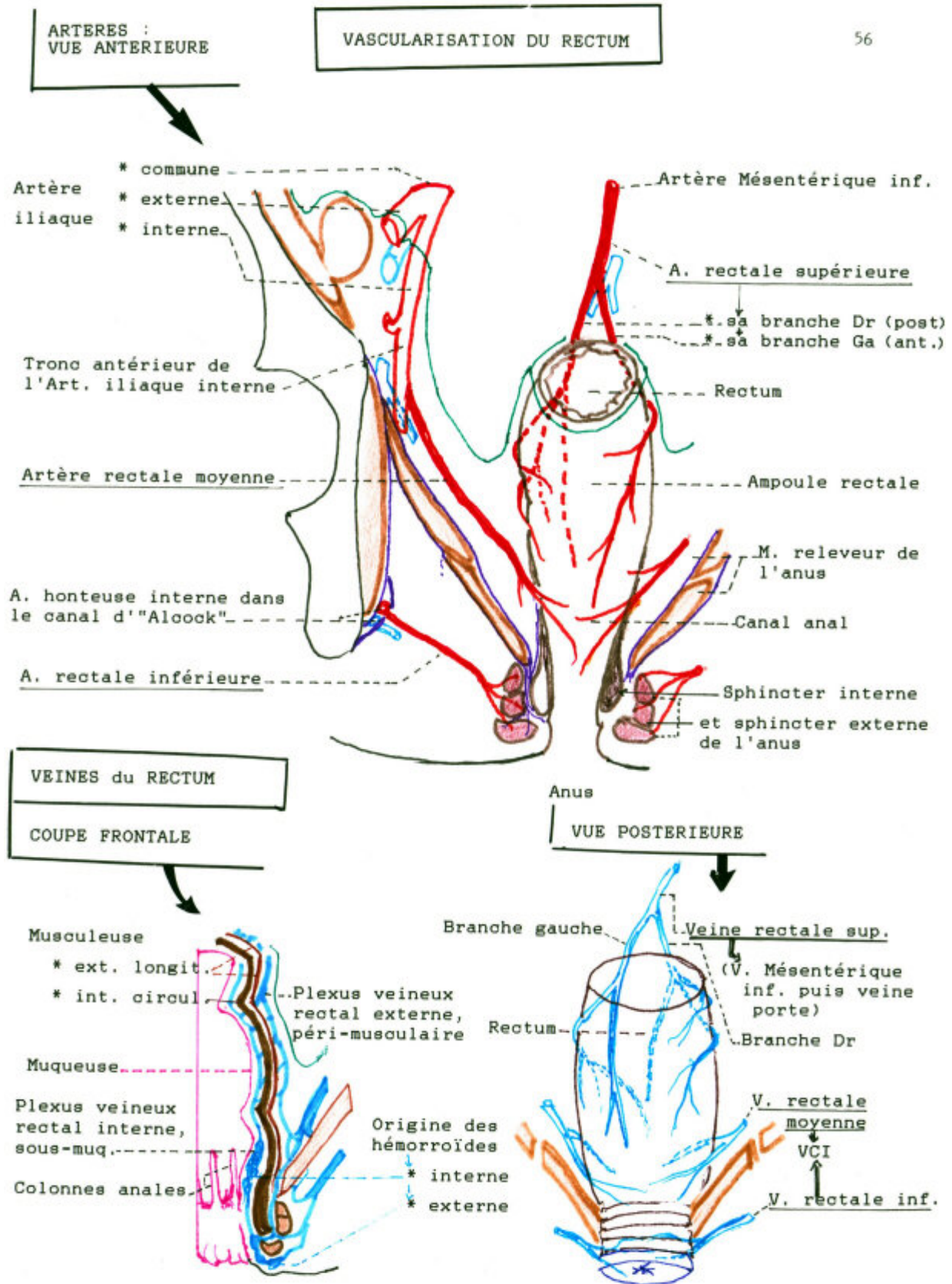


Figure.6 Vascolarisation du rectum

### **2.3.2- Veines rectales**

Elles sont satellites des artères et se drainent donc :

- Par les veines rectales moyennes et inférieures, dans la veine iliaque interne qui rejoint la veine cave caudale.
- Par l'intermédiaire des veines rectales craniales, dans la veine mésentérique inférieure qui va contribuer à former la veine porte.

Donc, existence au niveau du rectum d'une anastomose porto- cave. En cas d'obstacle portal, présence de varices rectales appelées hémorroïdes secondaires.

### **2.3.3- Lymphatiques :**

Important dans les cancers du rectum ;

- Ampoule : se drainent vers les chaînes lymphatiques para-aortiques. Il existe plusieurs nœuds intermédiaires. Le plus important est situé à hauteur de la troisième vertèbre sacrée (charnière recto- sigmoïdienne).
- Canal anal : Nœuds lymphatiques inguinaux.



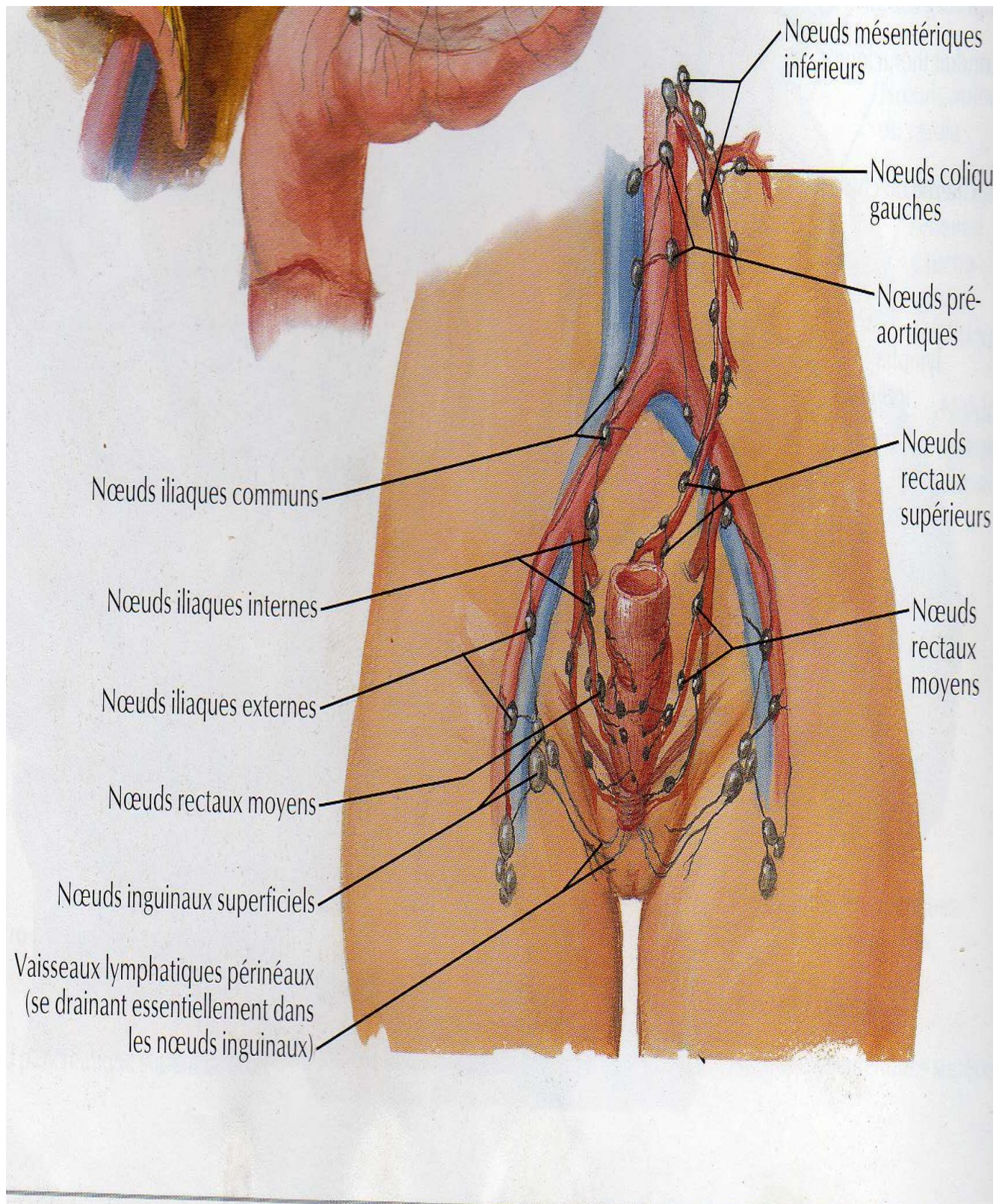


Figure.7 Vaisseaux lymphatiques

### **2.3.4- Nerfs :**

- Rectum : est innervé par le plexus sympathique hypogastrique ;
- Sphincter interne, lisse, involontaire est innervé par le plexus hypogastrique ;
- Sphincter externe, strié, volontaire, appartient au système cérébro-spinal. Il est innervé par l'intermédiaire du plexus sacré, en particulier des racines S3 et S4.

### **3- Anatomie du rectum et du canal anal chez l'enfant :**

La description anatomique du rectum en pédiatrie comporte des aspects particuliers selon qu'il s'agit d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant.

L'anatomie descriptive et les rapports anatomiques sont différents de l'adulte [13].

Le rectum puis le canal anal sont le siège de nombreuses anomalies congénitales qui intéressent au tout premier chef le chirurgien pédiatre.

Les structures périnéales avoisinantes, en particulier musculaires et nerveuses, que le chirurgien va côtoyer, voir disséquer, sont fondamentales à connaître pour éviter des lésions fonctionnelles secondaires à l'acte chirurgical.

#### **3.1- Anatomie descriptive :**

##### **3.1.1. Situation :**

Le rectum est un organe pelvien, péritonisé en partie, profond, épousant la concavité sacrée, situé en arrière de l'ensemble génito-urinaire et recouvert par les anses grêles qui occupent l'espace disponible dans la cavité péritonéale (fig.5).

Par définition le rectum, qui fait suite au colon sigmoïde, commence au niveau de la 2<sup>e</sup> vertèbre sacrée. Au niveau de jonction sacro- coccygienne, il



se poursuit par le canal anal qui traverse le plancher périnéal en formant le « cap anal ». Il s'ouvre ensuite vers l'extérieur par l'anus au niveau de la fosse anale.

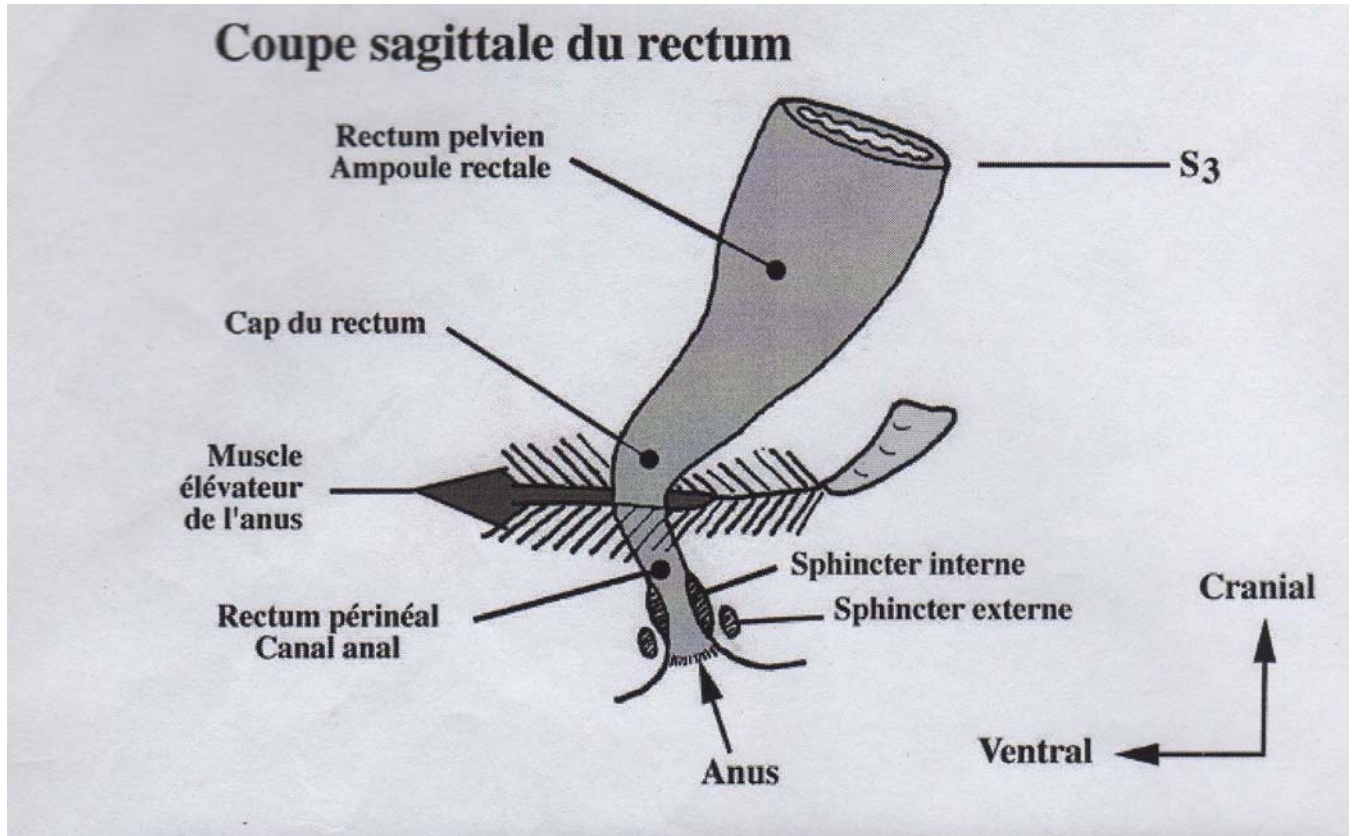


Figure.8. Coupe sagittale du rectum

### 3.1.2. L'ampoule rectale :

L'ampoule rectale, oblongue suit la concavité sacrée. Elle est distensible et son aspect varie selon son état de réplétion. Elle porte de façon croissante un pli rectal crânial à sa partie moyenne, qui deviendra chez le grand enfant puis chez l'adulte le pli transverse du rectum. Elle comporte globalement trois tuniques la séreuse, la musculuse et la muqueuse. La séreuse péritonéale recouvre le rectum sur sa face crâniale et le sépare de l'axe génital par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin chez la fille ou recto-vésical chez le garçon (cul-de-sac de Douglas). La musculuse comprend une couche longitudinale superficielle et une couche transversale profonde. La sous-



muqueuse sépare la couche musculaire de la muqueuse, elle comporte des plexus et des filets nerveux. La muqueuse rectale est polymorphe et présente lorsqu'elle est vide de nombreux replis, Sa surface est hérissée de follicules lymphatiques.

### **3.1.3. Le canal anal :**

Le canal anal est en continuité avec l'ampoule rectale dont le calibre se rétrécit [13].

Chez le nouveau-né et le nourrisson, l'ampoule fait à cette jonction un petit cul de sac postérieur qui donne à l'ensemble un aspect en « siphon » au niveau du passage des muscles périnéaux. La direction du canal anal est donc d'abord oblique en bas et en avant, presque horizontale chez le tout petit puis en bas et en arrière du fait de la traction des fibres du muscle pubo-rectal. L'angle formé par ces deux portions est le « cape anal ». Le canal anal est caractérisé par l'absence de séreuse et des modifications au niveau des couches musculaires et muqueuse. La couche musculaire longitudinale s'amincit et vient se perdre dans la couche musculaire transversale qui s'épaissit et reçoit quelques fibres musculaires striées issues du muscle élévateur de l'anus (fig.2). L'épaississement musculaire ainsi réalisé est le sphincter lisse ou interne (non volontaire). Le sphincter strié est situé en périphérie de cette zone. La muqueuse présente à ce niveau les colonnes anales qui sont séparées par des sinus anaux.

La zone ano-cutanée est marquée par l'existence de petites valvules cryptiques inconstantes, l'anus de coloration brun foncé est marqué par l'existence de plis en rayon régulier sur toute sa circonférence. Une interruption de ces plis à 12 heures doit faire suspecter à une antéposition anale.

### **3.2- Rapports :**

Les rapports du rectum se font avec les organes pelviens de voisinage et avec les parois pelviennes.

- Dorsalement le rectum répond au sacrum dont il épouse la concavité (fig.5).

Il existe un espace clivable rétro péritonéal entre le rectum et le plan pré sacré formé par le ligament vertébral commun sur lequel chemine l'artère sacrale médiane (sacré moyenne). Ce plan cellulo-graisseux est aisément dissécable, c'est celui que l'on utilise dans l'intervention de Duhamel. Latéralement on trouve, le plexus sacré, les ganglions du tronc sympathique et l'artère sacrale latérale, qui seront décrits plus loin (fig.6.7). Chez le tout petit, les pièces sacrées sont non jointives et séparées par le cartilage de conjugaison, la concavité sacrée est moins importante que chez l'adulte.

- Latéralement on retrouve trois portions délimitées par la réflexion péritonéale et muscle élévateur de l'anus. En haut l'espace péritonéal du bassin (recessus para rectal) [14] contient une partie du ligament large et parfois l'ovaire chez la fille, des anses grêles à droite et du colon sigmoïde à gauche. L'appendice, en position pelvienne, peut se glisser dans l'espace péritonéal para rectal. L'espace pelvien sous- péritonéal, cellulo-graisseux, est situé au-dessus du muscle élévateur de l'anus (fig.5), sa limite latérale est marquée par le muscle obturateur interne. Cet espace est traversé par un important contingent vasculo-nerveux comprenant les branches du plexus nerveux végétatif hypogastrique, les branches motrices du nerf du muscle élévateur de l'anus, le pédicule vasculaire rectal moyen, lorsqu'il existe, avec son important plexus veineux, mais aussi par les pédicules à destinée génito-urinaire. La fosse ischio-rectale (espace graisseux sous cutanée) se situe au-dessous du muscle élévateur.

Elle est aussi occupée par un espace cellulo-graisseux. Le pédicule vasculo-nerveux pudendale (honteux interne) la traverse d'arrière en avant, sous le

muscle élévateur de l'anus, engainé par l'aponévrose du muscle obturateur (canal d'**alcock**), et abandonne des branches pour le canal anal avant de se diriger vers l'ensemble génito-urinaire. Ces branches à destinée recto- anale naissent du pédicule rectal caudal (hémorroïdal inférieur) et cheminent transversalement à la face caudale du muscle élévateur en direction du sphincter strié et du canal anal.

- Ventralement, le rectum péritonisé est en rapport avec les anses grêles dans la cavité péritonéale au niveau du cul-de-sac de Douglas (fig.5). Par l'intermédiaire de cul-de-sac le rectum répond au cul-de-sac vaginal qui contient le col utérin chez la fille et à la vessie chez le garçon. Le rectum sous péritonéal est en arrière de la vessie, des vésicules séminales, des conduits déférents et la portion terminale des uretères dans le sexe masculin ; le canal anal répond directement à la prostate. Dans le sexe féminin le rapport antérieur de cette portion est le vagin et les volumineux plexus vasculaires qui le bordent latéralement, l'uretère est en position plus latérale et croise les vaisseaux utérins de dehors en dedans et d'arrière en avant.

### **3.3- Vascularisation :**

Le rectum est vascularisé à partir de trois pédicules principaux qui ont déjà été évoqués.

- Le pédicule rectal crânial (hémorroïdal supérieur) dépend du système mésentérique et le drainage veineux se fait vers le système porte. Le contingent de branches le plus important est situé sur la face dorsale du rectum, le drainage lymphatique se fait vers les nœuds (ganglions) mésentériques caudaux.

- Le pédicule rectal moyen dépend des vaisseaux iliaques médiaux (hypogastriques), le drainage veineux se fait vers le système cave et le drainage lymphatique se fait vers les nœuds iliaques puis lombaires. Ce

pédicule rectal moyen est en fait inconstant mais les nerfs qui l'accompagnent sont toujours présents [15]. Cet ensemble vasculaire est situé dans l'espace pelvien sous péritonéal accompagné par une partie des plexus nerveux hypogastriques.

- Le pédicule rectal caudal est sous la dépendance du réseau pudental (honteux interne) qui chemine à la face inférieure du muscle élévateur puis dans l'épaisseur du fascia obturateur. Le drainage veineux est tributaire du système cave, les lymphatiques se dirigent vers les nœuds inguinaux. Ces trois territoires vasculaires sont anastomosés entre eux à la périphérie du rectum, en particulier pour les artères, mais aussi et surtout au niveau de la sous muqueuse. Les vaisseaux forment à ce niveau un réseau plexiforme qui s'hypertrophie au regard du canal anal, pour former le « glomérule rectal » (fig.6) et le réseau veineux hémorroïdal. Ces structures sont très peu développées chez l'enfant où il est plus qu'exceptionnel de rencontrer des « hémorroïdes » en clinique.

### **3.4- Innervation végétative du rectum :**

Trois structures anatomiques concourent à l'innervation végétative du rectum et du canal anal. Ce sont :

La chaîne sympathique latéro-vertébrale lombo-sacrée ;

Le plexus sacro-coccygien et l'ensemble constitué par les nerfs splanchniques pelvien ;

Le plexus et les ganglions pré viscéraux hypogastriques.

Leur systématisation précise est difficile à décrire car les contingents sympathiques et parasympathiques y sont mélangés. Les nerfs végétatifs sont particulièrement bien visibles chez le nouveau-né et le nourrisson.

### **3.5. La chaîne ganglionnaire latéro-vertébrale :**

Les ganglions végétatifs lombo-sacrés sont en continuité avec la chaîne sympathique latéro-vertébrale. Au niveau lombaire, les ganglions sont bien individualisés, progressivement ils diminuent de volume et peuvent être fractionnés, de sorte qu'au niveau sacré ils ne sont pas forcément en regard du foramen vertébral (trou de conjugaison). Ces formations sont anastomosées au nerf rachidien par les rameaux communicants, et entre elles par de petits rameaux plexiformes et aux nerfs splanchniques pelviens (hypogastriques) par d'autres filets nerveux. La chaîne ganglionnaire se termine en avant des dernières pièces coccygiennes par un ganglion unique pour les deux cotés, au niveau de la terminaison de l'artère sacrale médiane figure [13].

### **3.6- L'anatomie et la chirurgie :**

La chirurgie du rectum sera largement décrite par la suite, mais il découle de ce qui précède qu'elle doit respecter ou reconstruire l'anatomie de la région. Si la voie d'abord est abdominale (y compris l'endoscopique !), il faut respecter les nerfs hypogastriques. Le clivage rétro-rectal pré-sacré doit se soucier de l'existence latérale proche de la chaîne sympathique, surtout chez le tout petit enfant [13]. L'abord périnéal peut faire courir un risque aux structures musculaires et la branche du nerf pudendale, il faut donc rester médian. On peut faire les mêmes remarques pour les voies postérieures type périnéales.

## **4- Organogenèse et développement :**

### **4.1. L'intestin postérieur et la membrane cloacale :**

A la troisième semaine du développement (5 semaines d'aménorrhée), la gastrulation est terminée et l'embryon possède trois feuillettes. Au pôle céphalique et au pôle caudale, l'épiblaste et l'endoblaste sont au contact l'un de l'autre, sans interposition de mésoblaste. A la quatrième semaine (6 SA),

l'embryon se délimite par la croissance et la plicature de l'amnios et le cordon ombilico-vitellin apparaît. Il contient les vaisseaux ombilicaux et vitellin et l'allantoïde qui communique avec l'intestin postérieur. A la cinquième semaine (7 SA), la croissance de l'embryon et l'augmentation de sa courbure, la prolifération du mésenchyme péri-ombilical, et le développement de l'intestin moyen, vont décaler la jonction entre l'intestin caudal et l'allantoïde vers la face ventro-caudale de l'embryon. A la sixième semaine (8 SA), la lame mésenchymateuse qui les sépare (éperon de **Wolff**) prolifère peu en comparaison de la croissance embryonnaire [16]. Le cloisonnement du sinus uro-génital et la différenciation des organes génitaux externes débute à la septième semaine (9 SA), la membrane uro-génitale qui ferme le sinus uro-génital primitif se rompt à la huitième semaine. Ce décalage dans le temps entre le développement rectal et génito-urinaire est intéressant à méditer dans l'étude clinique et anatomique des malformations ano-rectales. L'inducteur de la différenciation et de la croissance de l'intestin postérieur est le chorde dorsal à la quatrième semaine (6 SA), un défaut d'induction ou de compétence à cette période conduira à une anomalie ano-rectale plutôt haute avec des malformations associées (vacter par exemple). La croissance du pôle caudal de l'embryon, qui aboutit à la « régression caudale » éloigne progressivement l'anus des structures génito-urinaires, en même temps que se forme la marge anale (d'origine épiblastique) dans le prolongement du canal anal. Les « défauts de croissance » survenant à ce stade conduiront à des anomalies basses sans anomalies associées (sauf éventuellement du sinus uro-génital, hypospadias par exemple). L'acquisition de la morphologie de l'ampoule rectale est due à la croissance tardive de l'intestin postérieur (11-12 SA), celle du canal anal à la migration des myotomes sacro-coccygiens et à la mise en place du bassin osseux.

#### **4.2. Le développement ostéo-musculaire :**

La croissance et la "rotation" du bassin osseux accompagnent la migration des myotomes pelviens. Ce phénomène est indépendant de la croissance rectale, mais s'il existe des anomalies osseuses ou nerveuses, on observera des anomalies musculaires dans le territoire considéré. Les myotomes pelviens (dérivés somatiques) sont en place à la quatrième semaine (6 SA), ils s'étendent de la première vertèbre sacrée à la dernière pièce coccygienne, leur migration se termine à la dixième semaine (12 SA) après la fermeture définitive de la paroi abdominale. Cette migration des myoblastes est indispensable au développement du sacrum, de l'os coxal et du bourgeon du membre pelvien [16]. A la sixième semaine la palette du membre pelvien est dans un plan sagittal, et l'ébauche de ceinture pelvienne est en place avec un contingent musculaire dont les futurs muscles obturateurs internes et élévateurs de l'anus. Progressivement au cours des semaines qui suivent, la croissance du bassin entraîne le pubis vers la face ventrale, dans un plan frontal la sangle pubo-rectale se met ainsi en place. La croissance ultérieure permettra de distinguer le cape anal qui est bien visible à quatorze semaines (16 SA), date de « l'obturation physiologique » du canal anal. S'il n'y a pas d'agénésie du sacrum ou de malformation sacrée au dessus de la troisième vertèbre sacrée il y a tout lieu de penser que le muscle élévateur de l'anus et le sphincter strié seront normaux, même en cas d'anomalie ano-rectale.

#### **5- Physiologie du rectum et de la défécation :**

- Le rectum est la partie anatomique qui met en continuité la portion terminale du tube digestif avec l'extérieur, l'intermédiaire du canal anal.

Ce segment du tube digestif doit passer à travers une sangle musculaire importante, le muscle pubo-rectalis, et induire la formation d'un appareil sphinctérien spécifique composé de muscle strié et lisse. La qualité de la

différenciation musculaire déterminera ultérieurement la fonction de cet ensemble complexe.

Le rectum et le canal anal forment un entonnoir permettant le passage volontaire des selles et des gaz, lors d'une sollicitation précise qui se traduira par une sensation de besoin, de mécanisme complexe.

Le rectum pédiatrique doit assurer une double fonction de continence et d'exonération, permettant ensuite la défécation. Cette propriété va s'installer pendant la vie foetale, se développer pendant la période néo-natale, pour s'assumer de façon presque définitive avant l'âge préscolaire.

- La défécation se définit par l'exonération ou évacuation des fèces par l'anus. Elle est précédée d'un transport des matières fécales dans le rectum. La tension croissante de la paroi agit comme stimulus de la défécation. Un réflexe entraîne le relâchement du sphincter involontaire et une contraction du reste de la musculature intestinale. Le relâchement du sphincter externe et du muscle élévateur de l'anus, ainsi que la mise en œuvre de la contraction des muscles abdominaux, dépendent de la volonté.

Chez l'enfant, quand le contenu digestif en amont atteint un certain seuil, le sphincter se relâche, et ouvre le passage. L'absence de ce mécanisme constitue l'achalasie.

Quand le rectum est vide, le sphincter interne, lisse, est contracté ; lorsqu'il se remplit, le S.A.I. se relâche pour laisser le passage aux matières. C'est une défécation automatique, qui se produit spontanément peu après chaque tétée.

## **6- Physiopathologie et étiologie**

Chez l'adulte comme chez l'enfant de nombreuses anomalies anatomiques, fonctionnelles, et étiologiques sont réunies pour favoriser la survenue d'un prolapsus.



### **6.1- Anomalies anatomiques et fonctionnelles :**

Parmi ces nombreuses hypothèses on peut citer :

#### **- Chez l'adulte.**

Un dysfonctionnement du péristaltisme (atonie) sigmoïdo-rectal avec ébauche d'invagination ; ainsi la tête du boudin d'invagination se formerait au départ à 6-8 cm de l'anus pendant la défécation puis à des niveaux inférieurs, au fur et à mesure de l'allongement des attaches du rectum jusqu'à s'engager dans le sphincter [9] ;

Un trouble de la statique rectale, soit un environnement du rectum insuffisant pour constituer un bon support d'après **Ripstein**, et qui s'associe pour **Moschowitz** à un cul-de-sac trop profond (l'élytrocèle est cependant inconstant et tardif au cours du PRT), soit un angle ano-rectal trop grand, responsable, selon **Kuijpers**, d'un prolapsus interne puis complet et qui justifie la rectopexie ;

La faiblesse des muscles du plancher pelvien (releveurs de l'anus, muscles du périnée, sphincter anal), apparaissant comme un élément déterminant de cette pathologie [9] ;

La dénervation du plancher pelvien, responsable d'un prolapsus interne puis externe. Ainsi **Kuijpers** retrouve 20 p. cent de PRT après incontinence iatrogène (neurologie). La fréquence particulière des PRT chez les patients porteurs de lésion de la queue de cheval avec paralysie des muscles du plancher pelvien est également en faveur de cette hypothèse. Plusieurs études ont montré des anomalies du réflexe recto-sphinctérien et de l'électromyogramme des muscles du plancher pelvien, très nette lorsqu'il existe une incontinence associée au PRT mais qui existe également en son absence.

Dans plusieurs séries [17, 18, 19], 30 p. cent en moyenne des patients se plaignent de constipation. Facteur déclenchant décisif pour certains ou plainte fonctionnelle sans véritable constipation pour d'autres.

#### **- Chez l'enfant.**

La muqueuse rectale est particulièrement « redondante » (**Corman**) [13], avec des attaches muqueuses musculuses moins efficaces (**Duhamel**).

L'incoordination de la défécation, associée à ces deux facteurs, peut être à l'origine d'un glissement de cette muqueuse qui disparaîtra avec la maturation de l'enfant.

Des prédispositions anatomiques sont aussi bien connues : (**Gruner**) [13]

. La rectitude du sacrum ;

La verticalité du rectum ;

L'absence de cap anal, guidant la poussée abdominale dans l'axe du canal ;

Le mauvais amarrage antérieur aux organes génitaux favorise le prolapsus lors des efforts de poussée abdominale.

#### **6.2- Conditions étiologiques.**

La cause essentielle est l'effort :

- soit effort violent, réalisant un prolapsus de force ;

- soit efforts répétés, réalisant un prolapsus de faiblesse.

#### **- Chez l'adulte**

La prédominance chez la femme, essentiellement après la ménopause, est nette : de 65 à 85 % selon les statistiques [2]. Plus rare chez l'homme le prolapsus est volontiers plus précoce.

On l'observe donc à tout âge, mais surtout au-delà de 50 ans.

En fait certains prolapsus évoluent depuis le jeune âge en s'aggravant par poussées.

#### **. Facteurs favorisants**

Ils sont multiples et leur part respective apparaît discutée :

- Le rôle de l'effort est primordial :

Efforts de défécation : ce sont des constipés habituels ou à l'inverse des entéritiques aux exonérations fréquentes et parfois vaines, avec ou sans rectite inflammatoire ou parasitaire ;

Efforts de toux chez les vieux bronchitiques chroniques dont le prolapsus s'accroît progressivement ;

Très rarement l'effort est violent, provoquant un prolapsus de force, une « luxation extra-pelvienne du rectum » [2].

- La configuration pelvienne :

Associant un cul-de-sac de Douglas profond, un bassin verticale, un recto-sigmoïde congénitalement long.

La ménopause modifie la statique pelvienne en horizontalisant le sacrum et en repoussant le coccyx (qui soutient le rectum en arrière lors de la poussée abdominale), de plus l'atrophie ou l'hypotonie des releveurs, surtout du faisceau pubo-rectal, verticalise l'intestin terminal en effaçant le cap anal.

La chirurgie enfin, en plus des fixations antérieures de l'utérus (ou du moignon cervico-vaginal après hystérectomie) on ouvre largement le Douglas.

- La détérioration du périnée et du sphincter anal.

En fait le prolapsus génital, simultané ou successif est en France souvent associé au prolapsus rectal, et une lésion pelvi-périnéale est chez la femme fréquente, parfois déterminant (**Loygue**) [2]:

Lésion traumatique (empalement, chute à califourchon, sodomie, radio-nécrose) ;

Lésion obstétricale (déchirure périnéale mal réparée et souvent étendue au sphincter anal);

Lésion chirurgicale après intervention anale ou péri-anale (abcès, fistule, hémorroïdes) lésant ou réparant mal le sphincter ou après intervention gynécologique affaiblissant le plancher périnéal (hystérectomie vaginale).

° La fragilité de la paroi rectale, inflammatoire, parasitaire, ou traumatique et surtout chez l'enfant et le jeune,

° Enfin une atteinte neurologique, une médullopathie et surtout un terrain névropathique (54 % ALTEMEIER, 32 % FRYKMAN), 12 cas opérés à **saint-Anne** par COLDEFY qui souligne l'amélioration générale et psychique apportée par l'intervention.

#### - Chez l'enfant

. La constipation est la cause principale, elle augmente la poussée abdominale et favorise les efforts prolongés de défécation en position accroupie sur le pot.

. Les autres causes accentuant les poussées abdominales sont : la diarrhée, la dysurie (lithiase, valve, tumeur pelvienne), la toux, La maladie de *hirschprung* (Traisman) [20], et la mucoviscidose : dans ce cas le prolapsus rectal y est classique, ce qui justifie pour certains (Stern) [21] le test à la sueur systématique

-les défauts d'innervation ou de soutien du rectum qui existent dans :

. Les myélo-méningocèles,

. Les agénésies sacrées,

. Les affections du tissu conjonctif et élastique (Marfan, Ehlers-danlos) ;

. L'exstrophie vésicale,

. Les dénervations rectales après chirurgie.

## 7- Formes anatomiques des prolapsus Fig.9

Pour ne pas nous perdre dans le détail des innombrables éventualités, nous nous limiterons à un exposé schématique s'adressant aux formes les plus caractéristiques et les plus habituellement rencontrées.

On distingue :

### 7.1 Le prolapsus partiel ou muqueux (prolapsus ani) :

C'est un bourrelet rosé, à striation radiée de muqueuse anale, dépassant sur 3 à 4 cm la marge « comme la doublure d'une manche ». Ce bourrelet peut attirer un peu la muqueuse rectale. Il arrive qu'un polype ou une petite tumeur pédiculée, une grappe hémorroïdaire attirent un cône de muqueuse rectale striée ou lisse.(fig.9.2) [2]

Chez l'enfant il est de loin le plus fréquent. Il regroupe 95 % des cas. Il intéresse l'enfant entre 1 et 5 ans ; filles et garçons sont également touchés. Il est constitué par l'extériorisation d'un boudin muqueux, parfois hémorragique, surtout s'il se répète, ou s'il est l'objet de nombreuses tentatives de réduction. Il est le siège de plis radiés joignant la marge anale à l'orifice.[13]

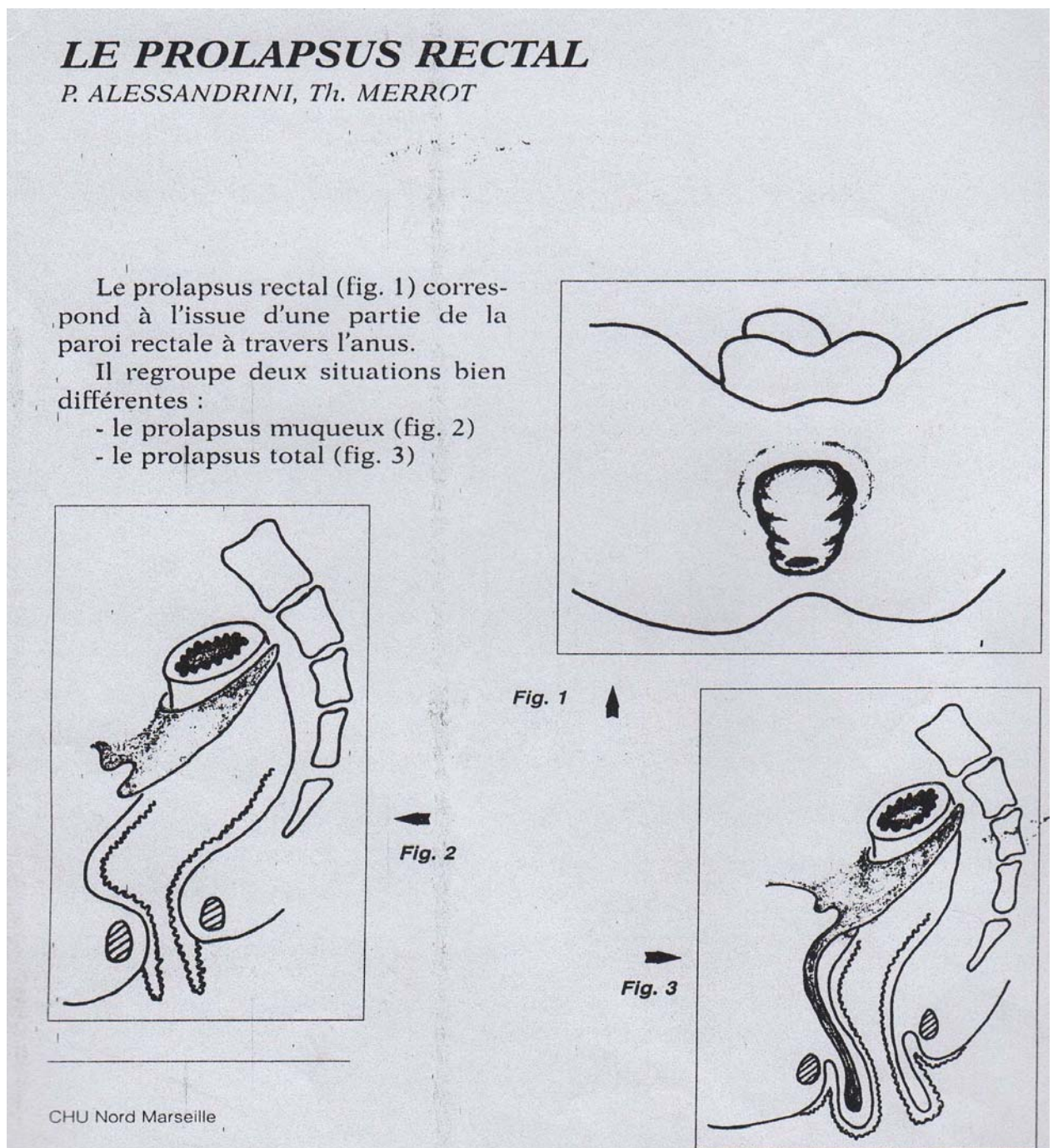
**7.2 Le prolapsus total :** qui intéresse la paroi complète du viscère. Il réalise trois aspects classiques (**Ludloff**) [2]:

Prolapsus rectal pur ou recti : le haut rectum s'invagine dans la partie basse de l'ampoule et le retourne en un boudin cylindro-conique de 8 à 15 cm, bridé par le méso-rectum qu'il incurve en arrière et qui comporte deux cylindres dont l'externe est séparé du canal anal et de la marge, par un sillon circulaire (fig.9.3) ;

Prolapsus ano-rectal ou ani et recti, le plus fréquent : le canal est également retourné et le boudin à striation circulaire se continue directement sans sillon avec la marge anale.

Prolapsus mixte ano-rectal: mais dont la partie anale est purement muqueuse, le canal anal et l'appareil sphinctérien restant en place.

Chez l'enfant, le prolapsus total paraît beaucoup plus rare en Europe. Il touche surtout le grand enfant et l'adolescent. Le boudin extériorisé est plus long, tendu et incurvé en arrière par le méso-rectum qui bride sa descente. Il est le siège de plis circulaires correspondant à l'activité des fibres musculaires du rectum [13]. Figure 9. Les différents types de prolapsus



Il s'y associe en général : [9]

Des lésions des tuniques rectales :

- . Muqueuse œdématiée, congestive, suintante, parfois ulcérée ;
- . Sous muqueux inflammatoire ;
- . Musculeuse, œdématiée et épaissie ;
- . Allongement de l'ampoule rectale.

Des lésions du péritoine :

- . Hernie du cul-de-sac de Douglas entre les deux cylindres du prolapsus : hédrocèle ; [9]
- . Allongement du méso- sigmoïde.

Des lésions du plancher périnéal : atonie du sphincter strié et des releveurs de l'anus.

## **8. Clinique**

### **8.1. Interrogatoire** recherche :

Les arguments étiologiques : efforts répétés ; antécédents chirurgicaux, obstétricaux ; traumatisme du périnée ; maladie de carence ; affection neurologique.

Une tumeur sortant par l'anus parfois permanente, gênant mécaniquement, le malade pour s'asseoir, marcher, ou le confinant au lit amène 9 fois sur 10 le malade à consulter.

Souvent elle est intermittente, apparaissant à la défécation mais réductible et compatible avec une vie active.

Parfois elle est apparue brusquement : ce rare prolapsus de force s'accompagne d'une douleur lombaire et périnéale atroce, parfois d'un petit état de choc, d'hémorragie et l'étranglement d'emblée en est fréquent. Après réduction il pourra ne pas se reproduire.

Mais cette tumeur peut être cachée ou minimisée par le malade qui se plaint surtout de troubles secondaires : suintement, écoulements de glaires ou de sang attribués à des hémorroïdes, troubles du transit et diarrhée rattachés à une colite chronique, fissure anale. Ou bien il s'y est habitué et évite la défécation toujours laborieuse qui provoque l'issue du prolapsus que cette constipation volontaire aggrave en un cercle vicieux.

L'incontinence est retrouvée dans 56 à 58 % des relevés de Loygue, Theuerkauf, Kupper. Elle peut être permanente et totale ;

Plus souvent elle est intermittente et partielle pour les glaires, le mucus, les gaz, et les selles molles. Elle est parfois cachée surtout chez le vieillard qui en doute les conséquences sociales.

En fait le retentissement psychique varie avec l'âge, l'activité, le nombre et la qualité des selles.

La douleur, par contre, est rare, elle survient au cours aux petits prolapsus pincés par le sphincter, des prolapsus de force, des prolapsus irréductibles ou associés à des lésions de rectite ou des fissures.

L'interrogatoire note encore la constipation opiniâtre, ou le terrain colique avec des crises entéritiques aux exonérations fréquentes et parfois vaines, une parasitose digestive, des antécédents hémorroïdaires, une intervention antérieure éventuelle sur la marge anale ou le sphincter. Une sodomie ou des manœuvres rectales sont parfois suspectées mais rarement avouées ; enfin des troubles psychiques nets, une atteinte neurologique, et une sénilité sont fréquemment retrouvées.

## **8.2- Examen clinique :**

Il sera fait sur un plan dur, d'abord en décubitus dorsal, genoux fléchis et écartés, puis en décubitus latéral, cuisses fléchies, enfin en genu-pectorale.

-A l'inspection : lorsque l'on demande au malade de pousser ; [9]



le prolapsus s'extériorise facilement sous forme d'un cylindre ou d'un tronc de cône à basse anale, à sommet dirigé en arrière.

La muqueuse apparaît rouge vif, plus ou moins sécrétante, et marquée de plis transversaux.

Parfois on découvre une lésion déclenchante : fibrome, polype, tumeur villeuse ayant entraîné un manchon muqueux.

Il faut alors :

- Préciser la variété : [9] :

° le prolapsus muqueux est un bourrelet arrondi, rosé qui se continue directement avec la peau de la marge anale. Intermittent ou permanent il dépasse de 3 à 4 cm la marge anale, strié de plis radiés qui convergent vers un orifice médian étoilé d'où sort un peu de mucus plus ou moins souillé, et la poussée abdominale déplisse la muqueuse exubérante à l'extérieur. Il faut préciser si c'est un prolapsus pur ou hémorroïdaire, rechercher avec soin une lésion associée, fissure, fistule, petite tumeur et éliminer par le toucher rectal une lésion sus-jacente.

° Le prolapsus total est un bourrelet cylindro-conique, à base anale, rouge ou plus sombre, long de 8 à 15 cm qui apparaît à la poussée en se dépliant. Il est strié de plis concentriques :

Il s'agit d'un prolapsus rectal ou recti quand il existe entre le prolapsus et le canal anal un sillon circulaire dont le doigt fait le tour ;

Il s'agit d'un prolapsus ano-rectal ou ani et recti quand la muqueuse du cylindre externe se raccorde directement, sans sillon à la peau de la marge anale.

- Le toucher rectal recherche une lésion associée :

L'hédrocèle en particulier, en pinçant la paroi du prolapsus entre un doigt antérieur et un doigt intra rectal et on recherche : Un bombement à l'effort ;

Une impulsion à la toux ;

Le gargouillement d'une anse grêle lorsque l'on réduit le prolapsus.

On apprécie la réductibilité du prolapsus :

Soit spontanée, le prolapsus rentre progressivement en totalité ou en partie quand on demande au malade de serrer les fesses, le sphincter garde alors une bonne tonicité ;

Soit provoquée par une manœuvre vieille, c'est habituellement par la pression manuelle douce et continue en empaumant le prolapsus, que le malade rentre lui-même facilement.

Le prolapsus dans ces deux cas peut être intermittent, ne se reproduisant qu'à l'effort, aux poussées abdominales, à la défécation.

Il peut être permanent et cependant réductible se reproduisant presque spontanément, ou irréductible, et le malade consulte alors rapidement, la muqueuse est sombre, violacée avec parfois des zones épaissies, des ulcérations.

Il peut être étranglé ce qui suppose un sphincter encore tonique, la muqueuse est violacée, semée de taches noires, voire de plaques de gangrène. L'état général est souvent altéré, l'urgence de la réduction évidente.

Après la réduction du prolapsus, on apprécie encore :

- L'état des releveurs, lors de l'adduction contrariée des genoux fléchis, le doigt rectal sent une corde latérale oblique souvent symétrique et de mauvaise qualité contre la branche ischio-pubienne.

- L'état du sphincter anal surtout, en précisant l'existence et le degré d'incontinence, en le faisant contracter sur le doigt rectal, parfois il garde une certaine tonicité, souvent il est atonique mais l'examen électrique le montre contractile.

- L'état du périnée :

Par le toucher rectal combiné chez la femme au toucher vaginal, on note la souplesse de la région péri-anale – une cicatrice d'intervention ou de déchirure périnéale – la tonicité du noyau fibreux central du périnée, la trophicité vulvo-vaginale, l'existence du prolapsus génital associé (retrouvé par **Loygue** une fois sur trois) simultané ou successif et qui pose des problèmes essentiellement techniques.

- La paroi abdominale est souvent peu tonique, les orifices herniaires sont explorés avec soin, le toucher rectal après réduction élimine bien sûr une lésion sus-jacente.

- Enfin l'état général du malade doit être soigneusement apprécié : il est souvent âgé, fatigué, parfois sénile, un bilan cardiovasculaire, rénal, pulmonaire, veineux, biologique, doit juger les possibilités d'une intervention abdominale. Un examen neurologique soigneux permet enfin d'éliminer une lésion neurologique médullaire ou radiculaire.

### **8.3- Examens complémentaires :**

Trois examens complémentaires peuvent être demandés mais ne sont pas indispensables :

Des clichés de la charnière lombo-sacrée pour dépister une spondylarthrose ;

– un lavement baryté qui précise la longueur et les sinuosités du rectum éloigné du sacrum sur les clichés de profil (**loygue**) et la longueur de l'anse sigmoïde, l'absence de lésion néoplasique associée ;

Une hystérogaphie au lipiodol qui préciserait sur les clichés d'évacuation le point déclive du Douglas, son contenu, l'existence d'une élytrocèle associée.

## 8.4- Evolutions et complications :

**8.4.1- Evolutions :** Le prolapsus total du rectum se constitue en général progressivement (prolapsus de faiblesse) et s'aggrave lentement. Il se réduit facilement au début.

Il est d'abord intermittent, et survient lors des efforts de défécation.

Puis il augmente de volume à chaque effort, et devient permanent, incoercible et parfois même irréductible. C'est le stade des complications:

### 8.4.2- Complications

- Les unes sont bénignes, il s'agit :

. Des hémorragies qui sont dues à la congestion de la muqueuse ; ou à la rupture de dilatations hémorroïdaires.

. La rectite et l'incontinence sont constantes après un certain temps d'évolution.

- Les autres sont graves :

. L'étranglement du prolapsus est dû à une contracture ou à un œdème du sphincter autour du rectum prolapsé, il s'agit donc souvent d'un prolapsus récent.

Localement, le cylindre souillé de mucus et de matières est d'abord cyanosé.

Puis apparaissent des plaques de sphacèle annonçant la gangrène débutante qui peut être mortelle, par infection, cellulite sous péritonéale, péritonite pyléphlébite, abcès multiple du foie.

Ou, plus rarement, qui détache en masse de boudin prolapsé.

C'est dire que la réduction de l'intestin, soit par taxis doux sous vaseline cocaïnée, soit sous une bouffée d'anesthésie générale ou la cure chirurgicale doit être faite rapidement devant un tel tableau.

. L'étranglement de l'hédrocèle, beaucoup plus rare, il réalise cliniquement et radiologiquement une occlusion du grêle par strangulation qu'il faut traiter

d'urgence. Parfois il est associé à des lésions d'étranglement du rectum prolabé.

. La rupture du rectum au niveau du versant antérieur du cylindre externe est très exceptionnelle, provoquée par des manoeuvres de réduction, elle entraîne une éviscération du grêle et réclame une intervention immédiate.

- Prolapsus de force :

C'est un accident aigu qui survient en général chez un sujet jeune, lors d'un effort violent ou d'un accouchement difficile. Il force un sphincter normal, tonique.

Il se traduit par des douleurs intenses ; un état de choc transitoire ; et l'extériorisation d'un prolapsus souvent irréductible.

Il doit être réduit d'urgence afin d'éviter son étranglement.

Les complications, bien que relativement rares, justifient par leur gravité le traitement du prolapsus total du rectum sans attendre leur apparition.

### **8.5- Diagnostic du Prolapsus Rectal de l'Enfant :**

Il réalise deux types :

Le prolapsus muqueux fig.9.2 [13], le plus fréquent, bénin, de traitement essentiellement médical ;

Le prolapsus total, très rare mais non exceptionnel, plus grave et de traitement chirurgical.

#### **8.5.1- Le prolapsus muqueux :**

C'est un prolapsus de la muqueuse du canal anal et parfois la partie basse du rectum. Il est de loin le plus fréquent, et regroupe 95 % des cas.

◆ Il est favorisé par des facteurs diététiques et hygiéniques :

Constipation tenace ou crises de diarrhée ;

Erreurs de régime alimentaire ;

Longues stations sur le pot aboutissant à des efforts de poussée abdominale parfois aggravés par les cris, la toux, la dysurie le phimosis.

- Cliniquement :

Le prolapsus est évident quand on le constate chez un enfant amené par des parents inquiets pour une tumeur sortant par l'anūs, soit de façon épisodique, soit à chaque défécation, et rentrant spontanément ou par pression manuelle, soit de façon permanente et irréductible.

Le diagnostic est moins évident quand le médecin ne voit pas la tumeur décrite par la mère, il faut se méfier d'un prolapsus muqueux du rectum accouché par l'anūs que reconnaîtront le toucher rectal, l'examen clinique, au besoin une rectoscopie.

En phase d'extériorisation le prolapsus muqueux apparaît sous la forme d'un boudin cylindrique faisant issue à l'anūs. Cette extériorisation s'est en général produite après une station prolongée sur le pot chez un enfant constipé. Le segment muqueux évaginé mesure 2 à 3 cm, il est le siège d'émission de mucus ou de sang ; le diagnostic est évident.

On ne discute que très rarement une invagination intestinale prolapsée à l'anūs ou un polype rectal. Dans le premier cas, le tableau clinique et l'examen local permettent de trancher, dans le second cas, le toucher rectal fait la différence.

En général, il est également facile de distinguer le prolapsus muqueux, d'un éventuel prolapsus total qui est exceptionnel.

Dans tous les cas, il faut rechercher une cause au premier rang de la quelle se trouve la constipation.

Il n'y a que peu de place, dans les cas communs, pour les examens complémentaires : radiographie du sacrum, péritonéographie, défécographie, électromyographie, test à la sueur.

Les complications sont exceptionnelles : hémorragies distillantes, rectite avec suppuration, l'étranglement est cité.

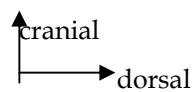
### 8.5.2- Le prolapsus total :

Il ne représente guère plus de 1 à 2 % des prolapsus de l'enfant.

Cependant **CHAMPEAU, G. Laurence, Nixon, Boulvin, Collignon** en ont rapporté des observations, et plus récemment **Pous, BIENAYME** à propos d'une dizaine de cas en précisent l'étiologie, l'aspect et les indications [13].



Figure 10. Prolapsus total Extériorisé



- Etiologiquement, l'on note :

Des facteurs généraux qui sont habituels :

.Enfants dénutris, rachitiques, carencés,

.Maladies générales congénitales ou acquises : mongolisme, encéphalopathies,

.Maladies du conjonctif (mucoviscidose, élastorrhexie, maladie de Marfan) ;

Des facteurs régionaux sont très fréquents :

- . Agénésie du sacrum,
- . Exstrophie vésicale non traitée (par phénomènes douloureux irritatifs et poussées abdominales),
- . Myéломéningocèles (par paralysie du sphincter anal, avec des lésions associées),
- . Tumeurs pelviennes ou abdominales basses : tumeur de l'ovaire ou du sinus uro-génital, tératome sacro coccygien, lymphosarcome du sigmoïde ou du rectum.

Ce sont des prolapsus totaux ani et recti, souvent très volumineux, intermittents ou permanents, entraînant rapidement un œdème, des ulcérations locales, des hémorragies, une diarrhée par incontinence avec irritation cutanée, avec un retentissement général : dénutrition, anémie.

- L'examen clinique :

Précise la variété.

Recherche des lésions associées, une maladie générale ou régionale, en se méfiant devant un prolapsus total, chez un enfant jeune, sans troubles locaux ou régionaux, d'une tumeur pelvienne, en discutant le rôle de la chirurgie dans les autres infirmités (lésions urinaires, mégacôlon, lésions orthopédiques), en appréciant le risque opératoire (lésions cardiaques associées chez les mongoliens, risque d'encombrement respiratoire dans la mucoviscidose, etc.)



## **9. Traitement du Prolapsus Rectal**

### **9.1. Traitement du prolapsus rectal de l'enfant :**

Affection bénigne, il relève la plupart du temps d'une prise en main médicale obéissant à des règles hygiéno-diététiques qu'il faut expliquer aux parents.

[13]

#### **9.1.1- Les règles principales sont :**

La réduction se fait par pression,

La contention est parfois difficile malgré la possibilité de maintenir les fesses serrées par des bandes collées comme le recommandent certains.

La dénutrition et l'anémie doivent être corrigées.

Il faut aussi établir et expliquer les règles d'exonération :

Pas de station prolongée sur le pot,

Calendrier d'exonérations régulières.

#### **9.1.2- Les injections sclérosantes :**

Elles ont pour but d'éviter le glissement de la muqueuse en la fixant.

Le chlorhydrate de quinine-urée est le produit le plus efficace.

Les injections se font au niveau de la sous-muqueuse [13]. La voie endo-anale sous anesthésie générale nous paraît la meilleure. Il paraît préférable de procéder à deux séances espacées de 10 à 15 jours. Une demi-circonférence est injectée la première fois, l'autre ensuite.

Cette façon de procéder éviterait les rares complications : escarres, suppuration.

Il est possible, également, de pratiquer ces scléroses sous-muqueuses par voie externe périnéale sur le repère d'un doigt endorectal.

### 9.1.3- Les procédés chirurgicaux

**Le cerclage de l'anus** : méthode de *Thiersch* consiste à diminuer le diamètre de l'anus par un fil non résorbable. Le procédé est très simple, mais accusé de complications : sténose anale, constipation, douleurs.

Il paraissait abandonné en Europe ; il a été remis à l'ordre du jour par **Groff** en raison de sa simplicité en 1990 dans la littérature américaine.

**L'électrocoagulation** linéaire de la muqueuse rectale sous anesthésie générale, le prolapsus est extériorisé, il est alors effectué une cautérisation longitudinale de la muqueuse et de la sous muqueuse.

**Le méchage rétro rectal (Lockhart-Mummery)** [22] .Après abord précoccygien, l'espace rétro-rectal est disséqué jusqu'au promontoire puis simplement méché, ce qui provoque une sclérose rétro-rectale à l'ablation progressive des mèches. Cette sclérose fait adhérer le rectum au sacrum. Malgré quelques risques infectieux, cette méthode est simple et efficace. Elle ne doit pas être rejetée, selon le contexte, car elle est très peu agressive.

**La suspension du rectum** selon **ORR-Loygue-Carbonnet** [23] est pratiquée par voie abdominale, après dissection du rectum, celui-ci est fixé au ligament vertébral antérieur L5-S1 par l'intermédiaire de deux bandelettes latérales soit prothétiques soit aponévrotiques, la péritonisation du pelvis s'efforce d'aboutir à un effet de douglasectomie (fig.9).

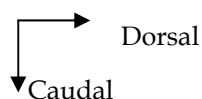
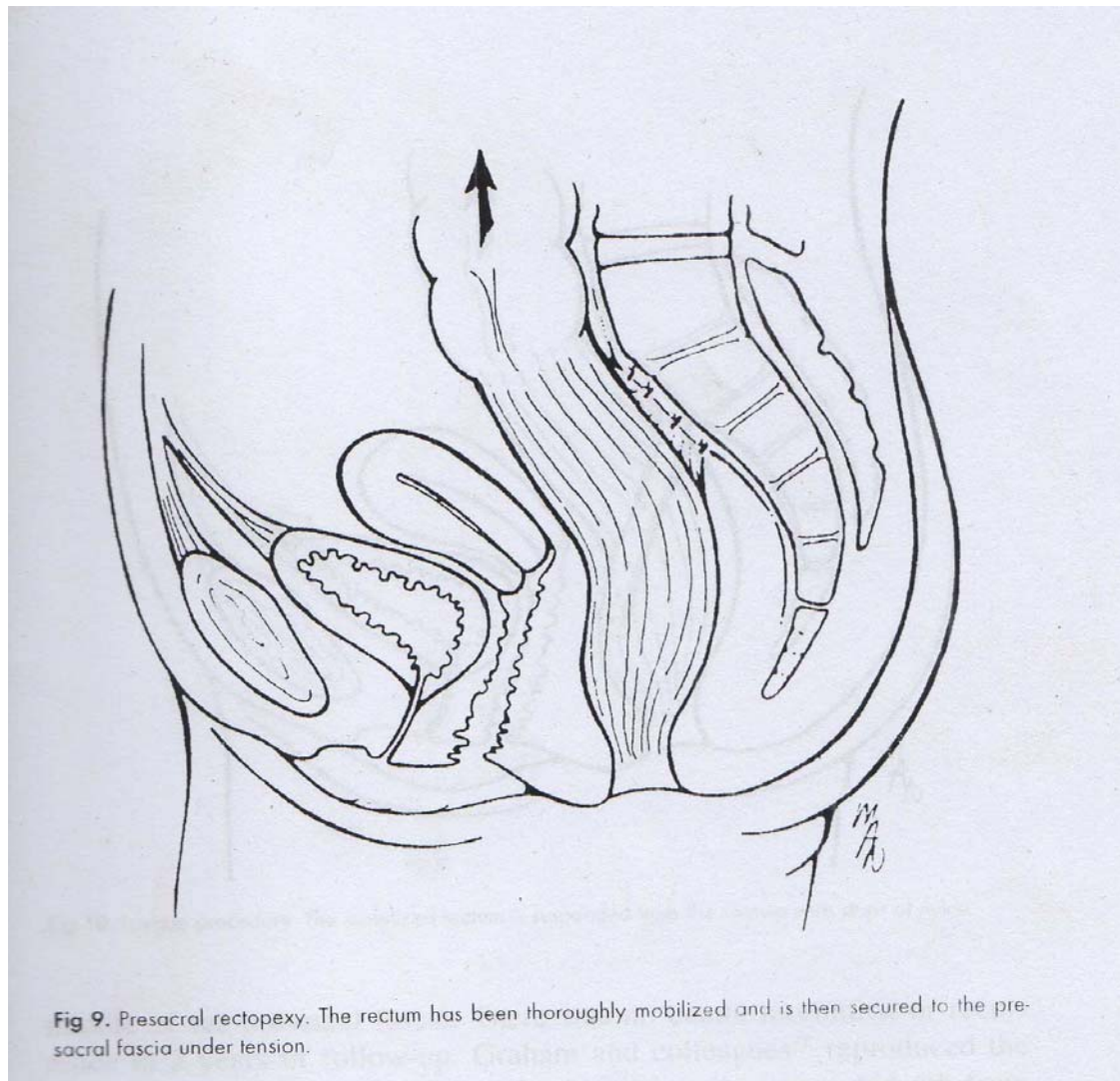


Figure 11. Technique Opératoire

#### 9.1.4- Les indications :

-Le prolapsus muqueux est parfaitement combattu, dans la majorité des cas en respectant les règles principales énoncées [13].

Les injections sclérosantes sont réservées aux cas où l'extériorisation est très fréquente malgré des règles hygiéno-diététiques bien conduites.

Les procédés chirurgicaux sont indiqués en cas d'échec des autres traitements ou en cas de prolapsus total.

En France, il semble, que l'intervention de **ORR-Loygue-Carbonnet** [23] ait la faveur des autres.

## **9.2- Traitement du prolapsus du rectum de l'adulte :**

Le traitement vise à rétablir une anatomie et une fonction normales. [9] La problématique est double :

- les récurrences après chirurgie. Le taux de récurrence est fonction du recul postopératoire, la technique opératoire et les résultats ont sans doute été surévalués vu le suivi relativement court chez les patients (es) âgés (es).
- les répercussions de l'opération sur la fonction ano-rectale :

De très nombreuses techniques ont été décrites [17], depuis le trop fameux cerclage de **Thiersch** (fixation du canal anal) [24]. Deux voies d'abord sont possibles :

Les rectopexies par voie abdominale se font [17], soit au sacrum (**Ripstein Wells**) [], soit au promontoire (**Orr-Loygue**) [23], avec ou sans matériel prothétique, avec ou sans résection colique associée (**Frykman et Golberg**) [17].

Les techniques par voie périnéale comportent :

Soit une recto-sigmoïdectomie (**Altemeier**), soit la suspension ou fixation rectale (**Lockhart, Mummery, sick**) , et l'intervention de Delorme [17].

Quand le PRT s'associe à un prolapsus génital, certaines techniques semblent plus appropriées et rendent possible un traitement combiné.

Parmi ces différentes techniques, les rectopexies, au promontoire ou au sacrum, sont le plus largement utilisées. [17, 23] Ce choix est justifié car les résultats sont prévisibles et la technique bien codifiée. Dans ce cas, le taux de récurrence est faible. Il varie selon les séries de 0 à 6 % [23, 19, 17], même lorsque le recul est long. De plus, l'incontinence anale, qui est présente une fois sur deux, est améliorée par le traitement du prolapsus dans 2/3 à 3/4 des cas. Parfois cette amélioration n'est obtenue qu'après un délai de plusieurs mois.

### 9.2.1- Les rectopexies :

Elles se font par voie abdominale pure et comportent trois temps :

La libération du rectum sous- péritonéal : après incision du péritoine latéro et pré rectal au fond du douglas, il apparaît tassé comme une mèche qu'on déplisse sur 8 à 12 cm. On dissèque au plus près le tube rectal pour ne pas léser les nerfs à destinée génito-vésicale, en le décollant du plan sacré en arrière, du vagin ou de la prostate en avant jusqu'au plancher pelvien. L'hémostase doit être rigoureuse, l'hématome sous- péritonéal exposant l'infection du matériel et à une difficile reprise du transit intestinal.

-La suppression du cul-de-sac de douglas est nécessaire car sa simple occlusion par des bourses étagées expose au lâchage, amorce de récurrences, et il faut même exciser le supplément de séreuse.

-La suspension du rectum doit porter sur sa portion sous- péritonéale : la fixation de la zone péritonisée, même après mobilisation, donne à **THEUERKAUF- BEAHR** 32 % de récurrences, celle du sigmoïde en donnait plus de 50 %. [2] Cette suspension offre de nombreuses variantes quant à la zone de fixation et quant au choix du matériel.

- La zone de fixation :

C'est au promontoire que le fixent à la suite de **SUDEK** et plus récemment de **ORR** et de **LOYGUE** en France, la majorité des chirurgiens et nous-mêmes.

Non plus au disque lombo-sacré en raison du risque infectieux et des cas de spondylodiscite qui ont été rapportés, mais au fascia pré-promontorial et au grand ligament vertébral antérieur qui offrent une attache solide.

C'est en avant, au pubis et au ligament de Cooper, que **ACH** attirait le rectum par une bandelette sous- péritonéale latérale puis antérieure.

C'est à la paroi abdominale antérieure dans un décollement sous- péritonéal que **LAHAUT**, après une mobilisation poussée, suspend le recto- sigmoïde, **A. TOUPET** le fixant d'abord au promontoire.

C'est à la paroi latérale, dans une contre-incision, en utilisant une bandelette de grand oblique, que **STEINBERG** et **RAZIEWKI** fixent le recto-sigmoïde.

- Le matériel de suspension utilise :

Soit des fils résorbables fixant la face postérieure du rectum au promontoire ou au sacrum, mais de façon souvent précaire ;

Soit des bandelettes fixées en arrière devant le promontoire et cravatant les faces antéro-latérales du rectum.

- Un procédé original de fixation du rectum sous- péritonéal doit être cité :

Les chirurgiens découragés par des échecs répétés décollaient parfois le rectum par voie périnéale et tassaient derrière lui une mèche lentement retirée : la fibrose réactionnelle le fixait solidement au rectum et obtenait la guérison.

### **9.2.2- Les résections recto-sigmoïdiennes :**

La résection isolée du sigmoïde donne 60 % de récurrences dans les relevés de **HUCHES** (sur 150 cas) et de **PORTER** (sur 110 cas).

La résection suivie d'anastomose, prônée par les auteurs Nord Américains, par **KHUBCHANDANI**, par **THEUERKAUF**, et **BEAHR** à la Mayo Clinique ne donne de résultats valables qu'associée à une mobilisation poussée du rectum vers le bas, à une fixation des ailerons et du rectum au sacrum, à une résection du Douglas.

On peut donc se demander si ces bons résultats ne seraient pas obtenus en évitant la résection colo- rectale, dont le risque de fistulisation chez un sujet âgé est certain. La mortalité en est effectivement plus lourde et inutilement car le taux de récurrence n'est pas moindre.

### **9.2.3- Les résections périnéales du rectum.**

Elles n'ont plus que de rares indications résiduelles qu'il s'agit du vieux procédé de **Mikulicz** de résection du rectum prolapsé suivi d'une suture cutanée ou de l'intervention de Delorme pratiquée dans les prolapsus extériorisés. Cette dernière a été proposée par **Berman** [9], dans le traitement du prolapsus interne et total.

### **9.2.4- Intervention de Delorme :**

C'est une forme très particulière d'intervention par voie basse ou une résection purement muqueuse associée à une plicature de la muqueuse sont réalisées. Le français René Delorme [17] décrit en 1900 une résection transanale de la muqueuse. Cette intervention tombée dans l'oubli, est redécouverte par les Américains **Rehn** puis **David Gil Christ** dans les années 50 qui complètent la technique par une plicature de la musculature anale. Cette intervention peu traumatisante, relativement aisée, effectuée par voie périnéale, sous anesthésie locorégionale, voire anesthésie locale, est actuellement remise à l'honneur en France. Cette intervention représente pour nous une alternative très intéressante aux techniques de rectopexies.

L'intervention de Delorme se décrit de la façon suite :

La patiente est en position gynécologique, sous anesthésie locorégionale ou locale (infiltration de Xylocaïne adrénaliné qui facilite le clivage et l'hémostase) et le prolapsus est complètement extériorisé en traction [17]

Résection muqueuse : après incision circulaire de la muqueuse à un centimètre (1cm) au-dessus de la ligne pectinée, on procède à la dissection dans le plan de la sous- muqueuse, d'abord au niveau du cylindre externe puis de l'interne. La longueur de la muqueuse réséquée est donc le double de celle du prolapsus.

Plicature de la musculature : la musculature ainsi mise à nue est plicaturée par une dizaine de ligatures de fils à résorption lente qui entraînent lors du serrage des points une réduction spontanée et la fixation du prolapsus au-dessus du sphincter externe.

L'intervention se termine par la suture endo-anale des deux tranches muqueuses (Vicryl à résorption rapide).

Cette intervention permet donc :

La réintégration du prolapsus,

Le raccourcissement du rectum étiré,

La fixation des éléments prolapsés.

#### **9.2.5- Le cerclage de l'anus :**

Il a l'avantage technique de la rapidité et de la simplicité. Un fil est passé sous la peau autour de la marge anale [2] et serré sur le canal anal calibré par le doigt.

Alors qu'en France, le cerclage est un pis-aller, d'indication exceptionnelle dans quelques prolapsus de l'enfant ou de vieillards inopérables, les Anglo-saxons continuent de publier les séries importantes par le nombre de cas (PORTER, 114 ; BAKER, 62) le pourcentage de récurrences (plus de 60 %) et de complications (56 %, 34 % d'infection, d'élimination, de ruptures) qui tiennent d'avantage à la méthode qu'au matériel (acier, nylon etc.).

#### **9.2.6- Les gestes associés :**

La myorrhaphie des muscles releveurs, jugée inutile par la plupart des auteurs peut se faire :

Soit par voie périnéale classique, rapprochant les releveurs après séparation recto-vaginale ou recto-prostatique ;



Soit par voie abdominale après mobilisation du rectum jusqu'au plancher pelvien, suturant les releveurs entre rectum et plan génital (ROSCOE-GRAHAM).

La réparation du sphincter anal simultanée ou secondaire, consiste :

Soit en une sphinctérorraphie retrouvant, préparant et suturant les deux extrémités de la section du sphincter,

Soit en une anoplastie ou myoplastie utilisant le muscle droit interne retourné et tunnalisé pour cravater le canal anal.

Les prolapsus recto génitaux imposent un geste associé sur le prolapsus génital ;

Soit par voie périnéale (colpo-périnéorraphie antérieure et postérieure classique) ;

Soit par voie abdominale (à fortiori s'il s'agit d'une élytrocèle en même temps que la rectopexie) ;

Soit en fixant directement l'isthme ou le moignon cervical ou vaginal à la partie droite du disque lombo-sacré au plan pré-promontorial ;

Soit en fixant l'utérus à la bandelette droite de la rectopexie ;

Soit enfin, en suspendant successivement le rectum, l'utérus et le col vésical par un hamac promonto-sus-pubien (HUGUIER, COLDEFY).

### **9.2.7- Les indications :**

Le prolapsus rectal relève chaque fois que l'état général le permet, même chez des gens âgés, d'une intervention abdominale ; la rectopexie discale est le procédé de choix, presque partout utilisé en France aujourd'hui. Seul un état général très mauvais, sénilité, tare majeure, justifie l'abstention : 7 sur 117, LOYGUE ; 26 sur 128, HUGHES.

Le prolapsus étranglé simplement irréductible marque souvent une récurrence après traitement périnéal à type de cerclage :

Si l'état général est précaire la simple section du fil sous anesthésie locale permet la réduction.

–Si l'état général est satisfaisant, la rectopexie abdominale d'emblée apparaît logique et préférable.

- Le sphacèle du segment prolapsé oblige à le réséquer :

Soit par la voie périnéale si l'état général l'interdit une laparotomie : c'est la seule indication résiduelle de l'amputation type Hartmann Bergeret ;

Soit par la voie abdominale qui permet une amputation abdomino-transanale avec un meilleur contrôle des lésions régionales.

Les lésions associées, tumeur villositaire ou cancer du recto-sigmoïde dominant bien sûr l'indication et conduiraient à une résection, associée à une rectopexie.

L'incontinence anale :

Elle est plus d'une fois sur deux secondaires au prolapsus lui-même, et la rectopexie suffit à la guérir. Moins d'une fois sur deux elle est due à une lésion primitive du sphincter. Même alors l'abstention reste indiquée (18 sur 31 cas de LOYGUE [2]) quand la réparation est inutile ou impossible (sodomie, radionécrose).

L'intervention s'impose dans les autres cas, soit en même temps que la rectopexie quand la lésion sphinctérienne est évidente, soit secondairement.

On pratique une sphinctérorraphie chaque fois qu'elle est possible, ou une anoplastie quand une suture directe est impossible et que la région péri-anale est souple. Ainsi LOYGUE, sur 13 interventions, a-t-il fait 6 anoplasties associées, 1 isolée, 5 sphinctérorraphies associées, 1 isolée.

Le prolapsus mixte peut justifier une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure en un premier temps. Mieux vaut faire simultanément une rectopexie abdominale associée à une hystéropexie.

Le prolapsus muqueux relève chez le sujet âgé, de vitaminothérapie B1, d'injection sclérosantes ou d'électrothérapie pour renforcer le tonus sphinctérien, bref de l'abstention chirurgicale.

Chez le sujet jeune, il est dû en règle générale à des hémorroïdes dont la cure par ligature simple ou excision muqueuse est indiquée.

# METHODOLOGIE

**VI****METHODOLOGIE****1-Cadre d'étude :**

Ce travail a été réalisé dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

**1-1-Situation géographique :**

Le CHU Gabriel Touré est situé au centre administratif de Bamako.

Situé entre la commune I et la commune III, il est le plus central des hôpitaux de Bamako. Il a été érigé en 1959 à la mémoire d'un jeune médecin de la génération des premiers médecins africains, décédé en 1934.

A l'Est, on trouve le quartier de Médina Coura ; à l'Ouest, l'Ecole Nationale d'Ingénieurs ; au Sud, la gare du chemin de fer du mali ; au Nord, le service de garnison de l'état major de l'armée de terre.

Le CHU comprend 13 spécialités, 418 lits et 465 agents.

**1-2-Les locaux :**

**A- Le service de chirurgie générale**, est composé de :

Six bureaux : 1 pour le chef de service, 4 pour les chirurgiens et 1 pour le major ;

Deux salles de garde pour les étudiants thésards de la faculté de médecine, faisant fonction d'internes, et les infirmiers ;

Neuf salles d'hospitalisation (36 lits) dont 2 salles VIP, 1 salle pour la chirurgie aseptique ;

**B- Le service de chirurgie pédiatrique**, est composé de :

Trois bureaux : 1 pour le chef de service, 1 pour le chirurgien cubain, et 1 pour le major ;

Deux salles de garde pour les CES et les infirmiers,

Sept salles d'hospitalisation (32 lits), dont 2 salles VIP, 1 salle pour les brûlés 1salle pour la chirurgie aseptique.

Le bloc opératoire est composé de trois salles que le service partage avec les autres spécialités chirurgicales : la chirurgie traumatologique et urologique.

### **C- Le service des urgences chirurgicales :**

Il comprend trois secteurs :

Premier secteur : accueil tri avec 8 lits en moyenne ;

Deuxième secteur : déchoquage avec 2 lits ;

Bloc opératoire avec 3 salles d'opération dont une pour la chirurgie propre, une pour la chirurgie aseptique, et une pour la traumatologie, une salle de stérilisation ;

Troisième secteur : réanimation avec 8 lits (2 salles de 4 lits chacune).

### **1-3 Le personnel**

1-3-1 Le service de chirurgie générale :

Les chirurgiens sont au nombre de cinq y compris le chef de service.

Le personnel infirmier est composé de :

Trois techniciennes supérieures de santé, dont le major ;

Trois techniciennes de santé ;

Trois aides soignantes ;

Quatre techniciennes de surface.

1-3-2 Le service de chirurgie pédiatrique :

Il est composé de trois chirurgiens, dont un coopérant Cubain.

Le personnel infirmier est composé de :

Trois techniciennes supérieures de santé, dont le major ;

Trois techniciennes de santé ;

Trois aides soignantes ;

Quatre techniciennes de surface.

Ces deux services reçoivent :

Les étudiants thésards de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) faisant fonction d'internes.

Les CES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMPOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), et de la Croix Rouge.

1-3-3- Le service des urgences chirurgicales est composé de :

Deux anesthésistes réanimateurs dont un chef de service ;

Trois médecins généralistes ;

Trois techniciens supérieurs de santé dont un est le major ;

Vingt quatre agents techniques de la santé,

Neuf techniciens de surface ;

Les étudiants thésards de la faculté de Médecine de Pharmacie d'Odontostomatologie (FMPOS), faisant fonction d'internes, les étudiants externes (de la FMPOS) ;

Les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), et de la Croix Rouge.

Le volet chirurgical est géré par l'ensemble des chirurgiens des différentes spécialités chirurgicales avec lesquelles il partage le bloc à froid.

#### **1-4. Activités**

1-4-1. Les services de chirurgie générale et pédiatrique :

Les consultations externes ont lieu tous les jours du Lundi au Jeudi pour la chirurgie générale et tous les Lundi et Mardi pour la chirurgie pédiatrique.

La visite se fait chaque matin, et une visite commune est faite tous les Vendredi dans les deux services sous la direction du chef de service de la chirurgie générale.

Les hospitalisations se font tous les jours.

Le staff du service a lieu tous les jeudi, c'est le jour de programmation des patients à opérer.

Les différentes interventions ont lieu tous les lundis, Mardis et jeudis pour la chirurgie générale et tous les lundis et Mercredis pour la chirurgie pédiatrique.

Les thésards sont répartis en quatre groupes et ils font la rotation hebdomadaire entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale, et le service des urgences chirurgicales.

#### **1-4-2-Le service des urgences chirurgicales :**

Le service des Urgences chirurgicales (SUC) est un service à vocation chirurgicale. Il a été créé en 1996 après les événements du 26 Mars 1991 pour répondre aux attentes de la ville de Bamako. C'est le lieu de passage de toutes les urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré ; sauf les urgences gynéco obstétricales.

#### **2- Durée – type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective réalisée dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Elle s'est déroulée sur une période de 5 ans allant de Janvier 2001 à Décembre 2005, en deux périodes.

La période rétrospective allait de Janvier 2001 à Décembre 2003 ; et la période prospective allait de Janvier 2004 à décembre 2005.

#### **3- Les patients :**

Tous les patients ont été recensés dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

##### **3-1 Critères d'inclusion**

Ont été inclus, tous les malades, chez qui le diagnostic de prolapsus rectal a été posé dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

##### **2-2 Critères de non inclusion :**

N'ont pas fait partie de cette étude tous les malades traités ailleurs pour prolapsus rectal.

Tous les malades dont le dossier était incomplet.

#### **4-Méthodes :**

**4-1 Elaboration de la fiche d'enquête :** Cette phase a duré 3 mois. Les questionnaires ont été élaborés par l'étudiant lui-même, discutés avec les collègues et corrigés par le directeur de thèse. La fiche d'enquête est constituée par des variables réparties en :

-Données administratives : âge, sexe, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.



-Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires).

-Les moyens thérapeutiques.

-Les suites opératoires et le coût de la prise en charge.

#### **4-2 Collecte des données :**

**4-2-1 Phase rétrospective :** La collecte des données a été faite à partir des anciens dossiers (ou fiche d'observation) de malades, des registres de consultations, d'hospitalisation, de comptes-rendus opératoires. Ces données ont ensuite été consignées sur une fiche d'enquête.

**4-2-2 Phase prospective :** Tous les patients recrutés durant cette phase ont bénéficié d'un examen clinique soigneux, à savoir :

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 (Etranglement, Ulcération et Rupture du prolapsus).

Examens para cliniques : On pratique surtout

-Anorectoscopie à la recherche de prolapsus muqueux.

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

#### **5-supports des données :**

Nos données ont été recueillies sur une Fiche d'enquête, saisis et analysés sur :

- Logiciel Word, SPSS version 11.0, Epi info version 6.0 fr.

Le test statistique utilisé a été le Chi2 avec un seuil de signification  $P < 0,05$ .

# RESULTATS

## V

## RESULTATS

## 1- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

## 1.1- Fréquence :

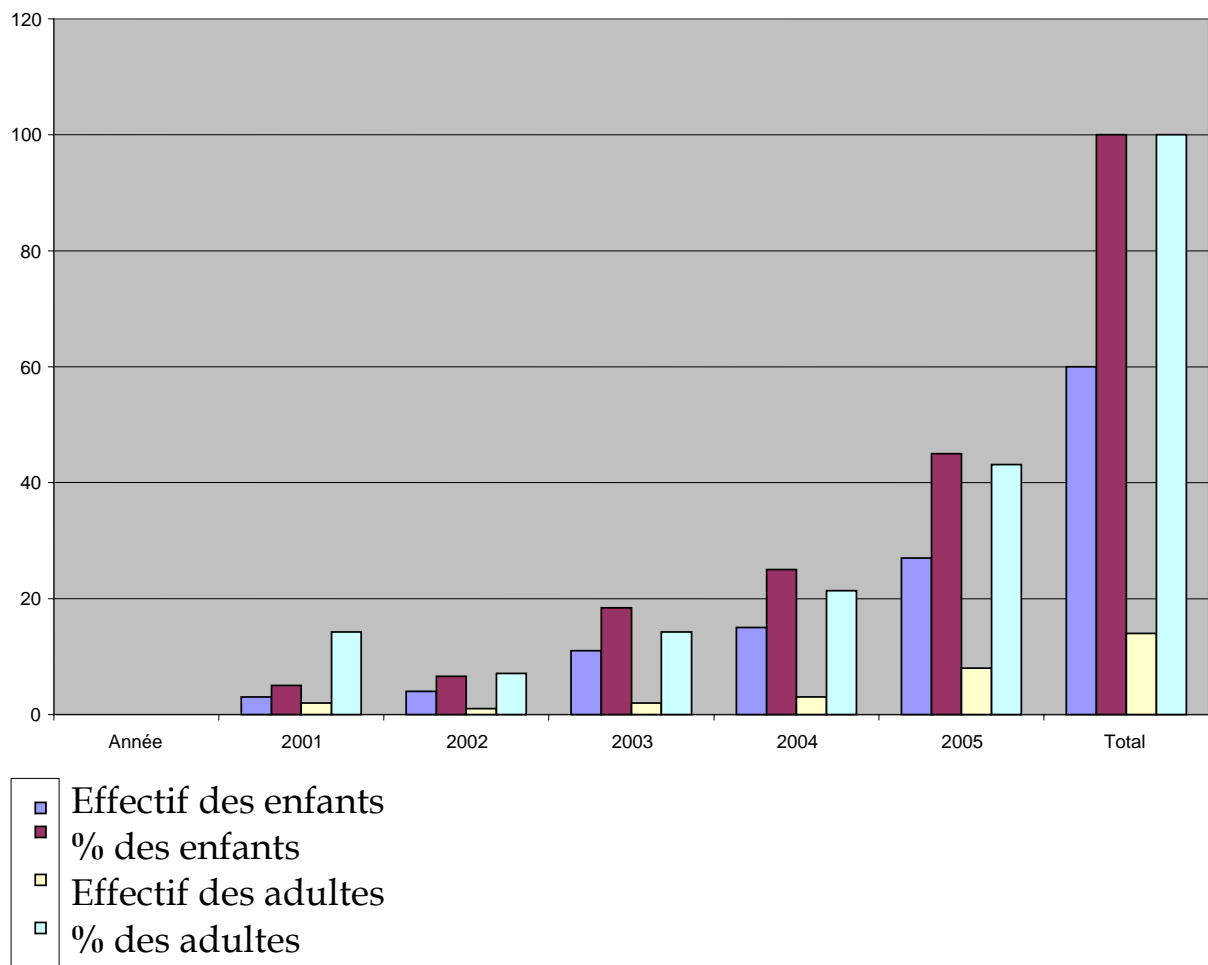
Au cours de notre étude, nous avons colligé 74 patients porteurs d'un prolapsus rectal dont (60 cas chez les enfants et 14 cas chez les adultes) parmi lesquels 25 ont été opérés.

Durant la même période d'étude, 964 cas de pathologies ano-rectales ont été recensés sur 87024 patients consultés parmi lesquels 12413 ont été hospitalisés, et 9813 opérés.

Les malades reçus pour prolapsus rectal représentaient : 7,6 % des pathologies ano-rectales, 0,1 % des consultations, 0,6 % des hospitalisés, et 0,7 % des opérés.

## 1.2- ANNEE DE CONSULTATION

FIGURE 12: REPARTITION DES MALADES SELON L'ANNÉE DE CONSULTATION



**1.3- AGE****TABLEAU I : REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE DE LA DECOUVERTE CHEZ LES ENFANTS**

| Tranche d'âge | Effectif | pourcentage |
|---------------|----------|-------------|
| 0 - 1 an      | 5        | 8,3         |
| 1 - 2 ans     | 16       | 26,7        |
| 3 - 4 ans     | 29       | 48,3        |
| 5 - 6 ans     | 10       | 16,7        |
| Total         | 60       | 100         |

La tranche d'âge 3 - 6 ans a été la plus représentée avec 65 % des cas. L'âge moyen a été de 3,3 ans avec des extrêmes variants entre 1 et 6 ans et écart type 0,7.

**TABLEAU II : REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE DE LA DECOUVERTE CHEZ LES ADULTES**

| Tranche d'âge | Effectif | pourcentage |
|---------------|----------|-------------|
| 16 - 30 ans   | 2        | 14,3        |
| 31 - 45 ans   | 6        | 42,9        |
| 46 - 60 ans   | 5        | 35,7        |
| 61 - 75 ans   | 1        | 7,1         |
| Total         | 14       | 100         |

La tranche d'âge 16 - 45 ans a été la plus représentée chez les adultes avec 57,2 % des cas. L'Age moyen a été de 43 ans et des extrêmes variants entre 19 et 74 ans et écart type 27,8.

**TABLEAU III: REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE**

| Age            | Effectif | Pourcentage |
|----------------|----------|-------------|
| Nourrissons    | 21       | 28,3        |
| Petits enfants | 39       | 52,7        |
| Adultes        | 14       | 19,0        |
| Total          | 74       | 100         |

Les enfants d'âge préscolaire ont été les plus fréquents avec 81% des cas  
NB : Nous n'avions pas reçu de cas de prolapsus rectal chez les grands enfants et les nouveaux- nés.

**1.4 SEXE DES MALADES****TABLEAU IV REPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE**  
ENFANTS ADULTES

| SEXE     | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
|----------|----------|-------------|----------|-------------|
| Masculin | 31       | 51,6        | 4        | 28,6        |
| Féminin  | 39       | 48,4        | 10       | 71,4        |
| Total    | 74       | 100         | 14       | 100         |

Le Sexe ratio a été de 1,06 en faveur des garçons chez les enfants. Il a été de 2,5 en faveur des femmes chez les adultes.

**1.5 L'ETHNIE****TABLEAU V : REPARTITION DES MALADES SELON L'ETHNIE**  
ENFANTS ADULTES

| Ethnie   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
|----------|----------|-------------|----------|-------------|
| Bambara  | 22       | 36,5        | 5        | 35,7        |
| Sarakolé | 19       | 31,8        | 2        | 14,4        |
| Malinké  | 7        | 10,8        | 1        | 7,1         |
| Peulh    | 5        | 8,1         | 1        | 7,1         |
| Minianka | 3        | 4,0         | 1        | 7,1         |
| Senoufo  | 2        | 3,3         | 2        | 14,4        |
| Dogon    | 1        | 1,3         | 1        | 7,1         |
| Sonrhäï  | 1        | 1,3         | 1        | 7,1         |
| Total    | 60       | 100         | 14       | 100         |

Toutes les ethnies étaient représentées avec une légère prédominance des bambara et Sarakolé avec 36 et 32 % Conséquence de l'exode rural.

**1.6 ACTIVITE****TABLEAU VI: REPARTITION DES MALADES SELON LA PRINCIPALE ACTIVITE DES PARENTS DES ENFANTS**

| Activité      | Effectif | Pourcentage |
|---------------|----------|-------------|
| paysans       | 53       | 88,3        |
| Cadres moyens | 4        | 6,7         |
| Commerçants   | 3        | 5,0         |
| Total         | 60       | 100         |

Les enfants des paysans étaient atteints dans 88 % des cas.

**TABLEAU VII: REPARTITION DES MALADES SELON LA PRINCIPALE ACTIVITE DES MALADES ADULTES**

| Profession | Effectif | Pourcentage |
|------------|----------|-------------|
| Ménagères  | 10       | 71,4        |
| Etudiants  | 2        | 14,3        |
| Paysans    | 2        | 14,3        |
| Total      | 14       | 100         |

La majorité des adultes étaient des ménagères avec 71 % des cas.

**1.7 MODE DE RECRUTEMENT****TABLEAU VIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE MODE DE RECRUTEMENT**

| Mode de recrutement    | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                        | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
| Urgence                | 6        | 10,0        | 1        | 7,1         |
| Consultation ordinaire | 54       | 90,0        | 13       | 92,9        |
| Total                  | 60       | 100         | 14       | 100         |

La plupart de nos malades ont été reçus en consultation ordinaire soit 90 %.

**TABLEAU IX : REPARTITION DES MALADES SELON LE PERSONNEL DE REFERENCE**

| Référence        | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                  | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
| Venu de lui même | 20       | 33.4        | 1        | 7,1         |
| Médecin          | 33       | 55.0        | 10       | 71,4        |
| Infirmier        | 4        | 6.6         | 2        | 14,4        |
| Interne          | 3        | 5.0         | 1        | 7,1         |
| Total            | 60       | 100         | 14       | 100         |

**2- ASPECTS CLINIQUES****2.1. EVOLUTION****TABLEAU X : REPARTITION DES MALADES SELON LA DUREE D' EVOLUTION DE LA MALADIE PAR RAPPORT AUX TRANCHES D' ÂGE**

| Durée d'évolution | Tranche d'âge |             |          |             |
|-------------------|---------------|-------------|----------|-------------|
|                   | Enfants       |             | Adultes  |             |
|                   | Effectif      | pourcentage | Effectif | pourcentage |
| <1an              | 40            | 66,7        | 1        | 7,2         |
| 1-2ans            | 19            | 31,7        | 3        | 21,4        |
| >2ans             | 1             | 1,6         | 10       | 71,4        |
| Total             | 60            | 100         | 14       | 100         |

La durée d'évolution moyenne chez les enfants a été de 10, 2 mois avec 3 -36 mois comme extrêmes, et écart type : 1,8. Chez les adultes elle a été de 4,6 ans; avec 1 - 10 ans comme extrêmes, et écart type : 1,4.

**TABLEAU XI : REPARTITION DES MALADES SELON LE DEBUT DE LA MALADIE**

| Début      | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------|----------|-------------|----------|-------------|
|            | Effectif | pourcentage | Effectif | pourcentage |
| Brutal     | 27       | 45, 0       | 1        | 8,2         |
| Progressif | 33       | 55,0        | 13       | 92,8        |
| Total      | 60       | 100, 0      | 14       | 100         |

L'installation de la maladie a été progressive dans 55 % des cas chez les enfants contre 93 % chez les adultes.

## 2.2 SIGNES GENERAUX

**TABLEAU XII : REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES GENERAUX.**

| Signes généraux        | ENFANTS       |             | ADULTES  |             |      |
|------------------------|---------------|-------------|----------|-------------|------|
|                        | Effectif      | Pourcentage | Effectif | pourcentage |      |
| Etat général selon ASA | ASA I         | 53          | 88,3     | 12          | 85,7 |
|                        | ASA II        | 1           | 1,7      | 1           | 7,1  |
|                        | ASA U         | 6           | 10,0     | 1           | 7,1  |
| Conjonctives           | Colorées      | 57          | 95,0     | 13          | 92,8 |
|                        | Peu colorées  | 3           | 5,0      | 1           | 7,1  |
| Température corporelle | hypothermie   | 1           | 1,7      | -           | -    |
|                        | normo thermie | 40          | 66,6     | 10          | 71,7 |
|                        | fébricule     | 19          | 31,7     | 4           | 28,3 |
| Pouls                  | Normocardie   | 44          | 73,3     | 12          | 85,7 |
|                        | Bradycardie   | 3           | 5,0      | 1           | 7,1  |
|                        | Tachycardie   | 13          | 21,6     | 1           | 7,1  |

## 2.3. SIGNES FONCTIONNELS

**TABLEAU XIII : REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES FONCTIONNELS**

| Signes fonctionnels | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|---------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                     | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
| constipation        | 30       | 50          | 9        | 64,2        |
| Rectorragie         | 6        | 10,0        | 1        | 7,1         |
| Douleur anale       | 7        | 11,6        | 1        | 7,1         |
| Incontinence anale  | 1        | 1,7         | 6        | 35,7        |



## 2.4. FACTEURS FAVORISANTS

**TABLEAU XIV : REPARTITION DES MALADES SELON LES FACTEURS FAVORISANTS**

| Facteurs favorisants     | ENFANTS   |             | ADULTES   |             |
|--------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|                          | Effectif  | Pourcentage | Effectif  | Pourcentage |
| constipation             | 30        | 50          | 9         | 64,2        |
| Constipation et diarrhée | 9         | 15          | 2         | 14,5        |
| Maladie diarrhéique      | 5         | 8,3         | 1         | 7,1         |
| Toux chronique           | 3         | 5,0         | 1         | 7,1         |
| Non retrouvés            | 12        | 20,0        | -         | -           |
| Autres facteurs          | 1         | 1,7         | 1         | 7,1         |
| <b>TOTAL</b>             | <b>60</b> | <b>100</b>  | <b>14</b> | <b>100</b>  |

Les autres facteurs : immunodéprimé (2).

Le prolapsus rectal était accompagné de constipation dans 50 % des cas chez les enfants et dans 64% des cas chez les adultes

## 2.5 LES SIGNES PHYSIQUES

**TABLEAU XV : REPARTITION DES MALADES SELON L'INSPECTION DE LA MARGE ANALE**

| Marge anale       | ENFANTS   |             | ADULTES   |             |
|-------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|                   | Effectif  | Pourcentage | Effectif  | Pourcentage |
| Prolapsus absent  | 33        | 55,0        | 1         | 7,1         |
| Prolapsus présent | 27        | 45,0        | 13        | 92,9        |
| <b>Total</b>      | <b>60</b> | <b>100</b>  | <b>14</b> | <b>100</b>  |

Le prolapsus muqueux était absent à l'inspection de la marge anale dans 55% des cas en dehors des efforts.

**TABLEAU XVI : REPARTITION DES MALADES SELON LES CARACTERISTIQUES DU PROLAPSUS RECTAL**

| Caractères               | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|--------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                          | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Permanente               | 6        | 10,0        | 2        | 14,3        |
| Intermittente            | 54       | 90,0        | 12       | 85,7        |
| Réduction spontanée      | 33       | 55,0        | -        | -           |
| Réduction manuelle       | 21       | 35,0        | 13       | 92,9        |
| Tuméfaction irréductible | 6        | 10,0        | 1        | 7,1         |
| Surface lisse            | 27       | 45          | 10       | 71,7        |
| Plis circulaires         | 10       | 16,6        | 6        | 42,8        |
| Autres                   | 2        | 3,3         | 2        | 14,3        |

Autres : ulcérations (2), glaires (2) : à la surface du rectum.

La tuméfaction était intermittente dans 90 à 85 % des cas respectivement chez les enfants et chez les adultes.

**TABLEAU XVII : REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES ASSOCIES A LA TUMEFACON ANALE**

| Signes associés | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-----------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                 | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Rectite         | 6        | 10,0        | 4        | 28,6        |
| Ulcération      | 2        | 3,3         |          |             |
| Suintement      | 1        | 1,7         | 6        | 35,7        |
| Prurit anal     | 4        | 6,6         | 3        | 21,4        |

**TABLEAU XVIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DU TOUCHER RECTALE**

| Résultats                 | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|---------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                           | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Ampoule rectale vide      | 53       | 88,3        | 10       | 71,4        |
| Douleur au toucher rectal | 6        | 10,0        | 1        | 7,1         |
| Glaire sur le doigtier    | 2        | 3,3         | 2        | 14,2        |
| Sang sur le doigtier      | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Hypotonie sphinctérienne  | 2        | 3,3         | 4        | 28,6        |

## 2.6 SIGNES DE L'EXAMEN GENERAL

**TABLEAU XIX : REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES DE L'EXAMEN GENERAL**

| Signes de l'examen     | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                        | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Asthénie physique      | 26       | 43,3        | 8        | 57,1        |
| Ballonnement abdominal | 23       | 38,3        | 3        | 21,4        |
| Gargouillement         | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Douleur abdominale     | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Douleur lombaire       | -        | -           | 2        | 14,2        |

## 2.7 PATHOLOGIES ASSOCIEES AU PROLAPSUS

**TABLEAU XX : REPARTITION DES MALADES SELON LES PATHOLOGIES ASSOCIEES**

| Pathologies associées | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-----------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                       | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Broncho-pneumopathie  | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Calcul vésical        | 1        | 1,6         | -        | -           |
| L'hédrocèle           | 1        | 1,6         | 1        | 7,1         |
| Autres                | 6        | 10,0        | 3        | 21,4        |

Aucun cas de tumeur du rectum n'a été retrouvé

Autres : parasitoses intestinales (4 cas d'Entamoeba histolytica, 2 cas de candida) ; 1 cas de polype, 2 cas de VIH.

## 2.8 TYPE DE PROLAPSUS

**TABLEAU XXI : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE PROLAPSUS**

| Type              | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Prolapsus total   | 27       | 45,0        | 14       | 100         |
| Prolapsus muqueux | 33       | 55,0        | -        | -           |
| Total             | 60       | 100         | 14       | 100         |

**TABLEAU XXII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE COMPLICATIONS**

| ENFANTS              |                                |             | ADULTES  |             |      |
|----------------------|--------------------------------|-------------|----------|-------------|------|
| Complications        | Effectif                       | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |      |
| D'Urgences           | Etranglement du rectum prolabé | 6           | 10,0     | 1           | 7,1  |
|                      | Ulcérations                    | 1           | 3,3      | 1           | 7,1  |
|                      | hémorragie                     | 3           | 5,0      | 1           | 7,1  |
| Autres complications | incontinence                   | 2           | 3,3      | 5           | 35,7 |
|                      | Rectite                        | 6           | 10,0     | 1           | 7,1  |

**TABLEAU XXIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE PROLAPSUS EN FONCTION DU SEXE CHEZ LES ENFANTS**

| Type              | Masculin |             | Féminin  |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| rolapsus total    | 10       | 32,3        | 17       | 58,6        |
| Prolapsus muqueux | 21       | 67,7        | 12       | 41,4        |
| Total             | 31       | 100         | 29       | 100         |

**TABLEAU XXIV : REPARTITION DES MALADES SELON LE DIAGNOSTIC POSITIF DU PROLAPSUS EN FONCTION DU SEXE CHEZ LES ADULTES**

| DIAGNOSTIC         | Homme    |             | Femme    |             |
|--------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                    | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Prolapsus total    | 3        | 75,0        | 10       | 100         |
| Prolapsus étranglé | 1        | 25,0        | -        |             |
| Total              | 4        | 100         | 10       | 100         |

Aucun cas de prolapsus muqueux n'a été retrouvé chez les adultes.

**TABLEAU XXV : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE PROLAPSUS EN FONCTION DE L'AGE**

| Type              | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Prolapsus total   | 27       | 45          | 14       | 100         |
| Prolapsus muqueux | 33       | 55          | -        | -           |
| Total             | 60       | 100         | 14       | 100         |

**TABLEAU XXVI : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE PROLAPSUS EN FONCTION DU TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS**

| Type              | Médical  |             | Chirurgical |             |
|-------------------|----------|-------------|-------------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif    | Pourcentage |
| Prolapsus total   | 16       | 32,7        | 11          | 100         |
| Prolapsus muqueux | 33       | 67,3        |             |             |
| Total             | 49       | 100         | 11          | 100         |

Tous les enfants opérés avaient reçu un traitement médical.

### 3. FACTEURS FAVORISANTS

**TABLEAU XXVII : REPARTITION DES MALADES SELON LES FACTEURS FAVORISANTS FONCTIONNELS**

| Facteurs fonctionnels          | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|--------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                                | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Constipation                   | 39       | 65,0        | 12       | 85,7        |
| Diarrhée+constipation          | 21       | 35,0        | 4        | 28,5        |
| Broncho-pneumopathie chronique | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Dysurie                        | 1        | 1,6         | -        | -           |

**TABLEAU XXVIII : REPARTITION DES MALADES SELON LES FACTEURS FAVORISANTS ORGANIQUES**

| Facteurs organiques    | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                        | Effectif | pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Troubles sphinctériens | 2        | 3,3         | 4        | 28,5        |
| Polype rectal          | 1        | 1,6         | -        | -           |
| Chirurgie pelvienne    | -        | -           | 2        | 14,3        |
| Calcul urinaire        | 1        | 1,6         | -        | -           |

Dans notre échantillon nous n'avions pas eu de causes tumorales ni d'agénésie du rectum.

**TABLEAU XXIX : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DES SELLES POK**

| Résultat                     | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                              | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| négatif                      | 9        | 15,0        | 5        | 35,8        |
| kystes Entamoeba hystolitica | 3        | 5,0         | 1        | 7,1         |
| Levure de candida            | 2        | 3,3         | 1        | 7,1         |
| Non faits                    | 46       | 76,7        | 7        | 50,0        |
| total                        | 60       | 100,0       | 14       | 100,0       |

Plus de la moitié de nos patients n'avait pas fait les selles POK, car cet examen n'était pas disponible à l'Hôpital Gabriel Touré

**TABLEAU XXX : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DE L'ANORECTOSCOPIE**

| Résultat          | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | pourcentage | Effectif | pourcentage |
| Prolapsus muqueux | 21       | 35,0        | -        | -           |
| Prolapsus total   | 16       | 26,7        | 7        | 50,0        |
| Non faits         | 23       | 38,3        | 7        | 50,0        |
| Total             | 60       | 100,0       | 14       | 100         |

Certains de nos patients n'avaient pas réalisé cet examen par manque de moyens.

## IV TRAITEMENT

## A. TRAITEMENT MEDICAL

TABLEAU XXXI: REPARTITION DES MALADES SELON LE TRAITEMENT REÇU AVANT L'ADMISSION A L'HÔPITAL

| Traitement reçu         | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                         | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Traitement traditionnel | 35       | 58,3        | 10       | 71,4        |
| Auto médication         | 10       | 16,7        | 2        | 14,3        |
| Aucun traitement        | 15       | 25,0        | 2        | 14,3        |
| Total                   | 60       | 100,0       | 14       | 100         |

Plus de la moitié de nos malades avaient reçu un traitement traditionnel

TABLEAU XXXII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE TRAITEMENT

| Type de traitement | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|--------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                    | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
| Médical            | 49       | 81,6        | -        | -           |
| Chirurgical        | 11       | 18,4        | 14       | 100         |
| Total              | 60       | 100,0       |          |             |

Les 11 enfants opérés avaient reçu un traitement médical.

Aucun de nos malades n'avait subi l'infiltration de produits.

TABLEAU XXXIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TRAITEMENT MEDICAL REÇU CHEZ LES ENFANTS

| Type de traitement         | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Conseil hygiéno-diététique | 60       | 100         |
| Régulateurs de transits    | 39       | 65,5        |
| Vitaminothérapie           | 32       | 53,3        |
| Anti-parasitaires          | 21       | 35,0        |
| Antalgiques                | 30       | 50,0        |
| Anti-inflammatoires        | 22       | 36,6        |
| Réhydratation              | 12       | 20,0        |
| Autres                     | 20       | 33,3        |

**Autres** : antibiotiques (10), anti tissuf (3), fer (6), anti rétroviraux (1)

Aucun geste de rééducation anorectale n'a été effectué

Tous les parents d'enfants ont reçu un Conseil hygiéno-diététique.

**TABLEAU XXXIV : REPARTITION DES MALADES SELON L'EFFET DUTRAITEMENT MEDICAL**

| ENFANTS             |          |             |
|---------------------|----------|-------------|
| Effet du traitement | Effectif | Pourcentage |
| satisfaisant        | 46       | 76,7        |
| Peu satisfaisant    | 3        | 5,0         |
| Non satisfaisant    | 11       | 18,3        |
| total               | 60       | 100,0       |

**Satisfaisant** : disparition totale du prolapsus et ses signes d'accompagnement après trois mois de traitement.

**Peu satisfaisant** : le prolapsus disparaît, mais il y a persistance au moins deux signes d'accompagnement malgré un traitement de trois mois.

**Non satisfaisant** : le prolapsus apparaît au plus trois fois par mois avec ses signes.

## B. TRAITEMENT CHIRURGICAL

**TABLEAU XXXV: REPARTITION DES MALADES SELON LA VOIE D'ABORD CHIRURGICALE**

| voie       | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------|----------|-------------|----------|-------------|
|            | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| abdominale | 7        | 63,6        | 11       | 78,6        |
| périnéale  | 4        | 36,4        |          |             |
| Anale      | -        | -           | 3        | 21,4        |
| total      | 11       | 100,0       | 14       | 100,0       |

**TABLEAU XXXVI : REPARTITION DES MALADES SELON LA TECHNIQUE OPERATOIRE PRATIQUEE**

| Technique opératoire      | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|---------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                           | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Rectopexie au promontoire | 7        | 63,6        | 11       | 78,6        |
| Lockhart-Mummery          | 4        | 36,4        | -        | -           |
| Delorme                   | -        | -           | 3        | 21,4        |
| total                     | 11       | 100,0       | 14       | 100         |

La technique de la rectopexie a été la plus utilisée avec 64 % chez les enfants et 79 % de cas chez les adultes.



**TABLEAU XXXVII : REPARTITION DES MALADES SELON LES GESTES ASSOCIES**

| Gestes associés               | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|-------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                               | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Cerclage de l'anus            | -        | -           | 3        | 21,4        |
| Résection périnéale du rectum | -        | -           | 1        | 7,1         |
| périméorrhaphie               | -        | -           | 1        | 7,1         |

**TABLEAU XXXVIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE TRAITEMENT**

| Tranche d'age | Médical  |             | Chirurgical |             |
|---------------|----------|-------------|-------------|-------------|
|               | Effectif | Pourcentage | Effectif    | Pourcentage |
| ENFANTS       | 49       | 100         | 11          | 44,0        |
| ADULTES       | -        | -           | 14          | 56,0        |
| Total         | 49       | 100         | 25          | 100         |

**TABLEAU XXXIX: REPARTITION DES MALADES SELON LES SUITES OPERATOIRES**

| les suites opératoires | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                        | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Hémorragie             | 1        | 9,1         | 1        | 7,1         |
| Abcès de la paroi      | 2        | 18,2        | 1        | 7,1         |
| A court terme          |          |             |          |             |
| Lâchage de fils        | -        | -           | -        | -           |
| Suinte anale           | -        | -           | 1        | 7,1         |
| constipation           | -        | -           | 2        | 14,3        |
| simple                 | 8        | 72,7        | 9        | 64,6        |
| Long terme             |          |             |          |             |
| RECIDIVE               | 1        | 9,1         | 1        | 7,1         |
| Perdu de vu            | 4        | 36,4        | 3        | 21,4        |
| Simple                 | 6        | 55          | 10       | 71,4        |

A court terme les suites ont été simples dans 72 % chez les enfants, et chez les adultes elles ont été simples dans 64 % des cas.

A long terme un seul cas de récurrence a été observé chez les enfants et chez les adultes.

**TABLEAU XXXX : REPARTITION DES MALADES SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION TOTALE**

| Durée / jour     | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                  | Effectif | Pourcentage | Effectif | pourcentage |
| 0 - 5            | 21       | 35,0        | 10       | 71,4        |
| 6 - 11           | 10       | 16,6        | 3        | 21,5        |
| 12 - 17          | 1        | 1,8         | 1        | 7,1         |
| Non hospitalisés | 28       | 46,6        | -        | -           |
| Total            | 60       | 100         | 14       | 100         |

La durée moyenne a été de 6 jours avec 2 et 16 jours comme extrêmes et écart type : 2,79.

**TABLEAU XXXXI : REPARTITION DES MALADES SELON LE COÛT**

| Coût de la prise en charge | ENFANTS  |             | ADULTES  |             |
|----------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                            | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| 30.000-50.000              | 35       | 58,3        | -        | -           |
| 50.000-60.000              | 21       | 35,0        | 10       | 71,4        |
| 60.000-70.000              | 4        | 6,7         | 3        | 21,5        |
| 70.000-80.000              | -        | -           | 1        | 7,1         |
| Total                      | 60       | 100         | 14       | 100         |

Le coût moyen de la prise en charge était 49665 avec un écart type de 4110 et des extrêmes allant de 34000-65000

Chez l'adulte le coût moyen de la prise en charge était 67565 avec un écart type de 5420, et des extrêmes allant de 57000-7900.

**TABLEAU XXXXII : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT ANATOMIQUE EN FONCTION DU TEMPS CHEZ LES ENFANTS**

| Résultat | 3 mois   |             | 6 mois   |             | 1 an     |             |
|----------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
|          | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Bon      | 55       | 91,6        | 56       | 93,3        | 58       | 96,6        |
| Passable | 5        | 8,4         | 3        | 5,0         | 2        | 3,4         |
| Mauvais  | 0        | 0,0         | 1        | 1,7         | 0        | 0,0         |
| TOTAL    | 60       | 100         | 60       | 100         | 60       | 100         |

**TABLEAU XXXXIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT ANATOMIQUE EN FONCTION DU TEMPS CHEZ ADULTES**

| Résultat | 3 mois   |             | 6 mois   |             | 1 an     |             |
|----------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
|          | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Bon      | 10       | 71,4        | 10       | 71,4        | 13       | 92,9        |
| Passable | 4        | 28,6        | 3        | 21,5        | 1        | 7,1         |
| Mauvais  | 0        | 0,0         | 1        | 7,1         | 0        | 0,0         |
| TOTAL    | 14       | 100         | 14       | 100         | 14       | 100         |

Bon : Absence totale de prolapsus rectal malgré les efforts.

Passable : le prolapsus rectal apparaît au moins une fois par mois.

Mauvais : le prolapsus rectal apparaît au plus trois fois par mois.

**TABLEAU XXXIV : REPARTITION DES MALADES SELON LE DEGRE DE SATISFACTION CHEZ LES ENFANTS**

| Résultat          | 3 mois   |             | 6 mois   |             | 1 an     |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Très satisfaisant | 57       | 95,0        | 58       | 96,8        | 59       | 98,4        |
| Peu satisfaisant  | 3        | 5,0         | 1        | 1,6         | 1        | 1,6         |
| Non satisfaisant  | 0        | 0,0         | 1        | 1,6         | 0        |             |
| Total             | 60       | 100         | 60       | 100         | 60       | 100         |

**TABLEAU XXXV : REPARTITION DES MALADES SELON LE DEGRE DE SATISFACTION CHEZ LES ADULTES**

| Résultat          | 3 mois   |             | 6 mois   |             | 1 an     |             |
|-------------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                   | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Très satisfaisant | 11       | 78,5        | 12       | 85,8        | 13       | 92,9        |
| Peu satisfaisant  | 3        | 21,5        | 1        | 7,1         | 1        | 7,1         |
| Non satisfaisant  | 0        |             | 1        | 7,1         | 0        |             |
| Total             | 14       | 100         | 14       | 100         | 14       | 100         |

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

**VI****COMMENTAIRES ET DISCUSSION****ADULTES****1- Epidémiologie****1.1 Incidence**

Le prolapsus du rectum est une pathologie rare, d'incidence faible selon le plupart des séries de la littérature [17]. Ainsi :

-Kairaluoma MV [25] en Finlande en 2005 a trouvé une incidence moyenne de 2,5 pour 100000 habitants.

-Jason R [26] en 2002 suggère l'incidence du prolapsus rectal à 3,3 pour 100000 habitants chez les patients qui ont cliniquement un prolapsus muqueux et un dysfonctionnement de la défécation.

Au cours de notre étude à cause du faible taux de l'échantillon nous n'avons pas estimé l'incidence annuelle du prolapsus rectal, mais nous avons calculé la fréquence hospitalière des malades par an.

## 1.2. La fréquence hospitalière

**TABLEAU XXXXVI : REPARTITION DES MALADES SELON LA FREQUENCE HOSPITALIERE ET LES AUTEURS**

| Adultes                           |                        |                         |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Auteurs                           | Effectif/durée d'étude | Nombre de cas par an    |
| Kairaluoma,<br>Finlande, 2005[25] | 99 cas / 10 ans        | 9,9 / an<br>P= 0.457547 |
| Detry, Belgique, 1999<br>[27]     | 91 cas / 16 ans        | 5,6 / an<br>P= 0.318957 |
| El Maliki, Maroc<br>2002[6]       | 23 cas / 20 ans        | 1,15 / an               |
| Notre étude, Mali<br>2007         | 14 cas / 5 ans         | 2,5 / an                |

Le prolapsus rectal total est aussi moins fréquent dans notre milieu qu'ailleurs, avec 2,5 cas par an, la fréquence de notre série est voisine de celle des autres [27, 28 et 25] qui variait entre 1 et 9 cas par an.

## 1.3. L'âge

**TABLEAU XXXXVII : REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE MOYEN ET LES AUTEURS**

| Adultes                           |          |                                                    |
|-----------------------------------|----------|----------------------------------------------------|
| Auteurs                           | Effectif | Age moyen                                          |
| Kariv , USA<br>2006[29]           | 111      | 56.8 ans<br>P= 0.731091                            |
| Kairaluoma,<br>Finlande, 2005[25] | 99       | 69 ans<br>P= 0.109046                              |
| Lashen , Egypte,2005<br>[30]      | 27       | 46 ans<br>P= 0.922633<br>Chi <sup>2</sup> = 0.01   |
| El Maliki, Maroc<br>2002[6]       | 23       | 42.6 ans<br>P= 0.970496<br>Chi <sup>2</sup> = 0.00 |
| Detry, Belgique, 1999<br>[27]     | 91       | 57 ans<br>P= 0.316956<br>Chi <sup>2</sup> = 1.00   |
| Notre étude, Mali<br>2007         | 14       | 43 ans                                             |

La découverte du prolapsus rectal est faite à tout âge surtout chez l'adulte jeune [1,6]. L'âge moyen de notre étude de 43 ans ne diffère pas de celui retrouvé dans les séries africaines [6 ,30].En Europe, l'âge moyen des malades[56-69ans] semble être plus élevé qu'en Afrique [42-46ans] .Le jeune âge des malades en Afrique peut être lié au jeune âge de la population africaine en général [30].



## 1.4. Sex-ratio

**TABLEAU XXXXVIII : REPARTITION DES MALADES SELON  
LE SEX-RATIO ET LES AUTEURS**

| Adultes                                         |          |            |
|-------------------------------------------------|----------|------------|
| Auteurs                                         | Effectif | Sexe ratio |
| Detry, Belgique, 1999<br>[27]                   | 91       | 5 F /H     |
| Frédéric Marchal<br>France 2005 [31]            | 109      | 3,7 F/H    |
| Ahmed [30]                                      | 27       | 1,4 F/H    |
| Lashen,Egypte,2005<br>Notre étude, Mali<br>2007 | 14       | 2,5 F/H    |

Le prolapsus du rectum est une pathologie rare qui atteint beaucoup plus souvent la femme que l'homme [17, 32, 33].

Dans notre série ainsi que dans celles retrouvées dans la littérature, les femmes ont été les plus nombreuses : Sex-ratio variant de 1,4 à 5F/H [30, 31, 27].

## 2. Signes

**TABLEAU XXXXIX : REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIES AU PRT ET LES AUTEURS**

| Auteurs                                  | Constipation                                        | Incontinence                                      | Saignement                                          | Ténesme                 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| Sobrado [34]<br>Brésil 2004<br>n=51      | 14 /27.4 %<br>P=0.000081<br>Chi <sup>2</sup> =15.54 | 31 / 61 %<br>P=0.094620<br>Chi <sup>2</sup> =2.79 | 17 / 33,3 %<br>P=0.109002                           | -                       |
| Kairaluoma<br>Finlande 2005<br>[25] n=99 | 71/72%<br>P=0.431403                                | 63/64%<br>p=0.045760<br>Chi <sup>2</sup> =3.99    | -                                                   | 18/18 %<br>P=0.077756   |
| Jouhansson<br>Paris 1985[35]<br>n=190    | 95 / 50 %<br>P=0,563786                             | 84 / 44 %<br>P=0.536153<br>Chi <sup>2</sup> =0.38 | 37 / 19.4 %<br>P=0.078113<br>Chi <sup>2</sup> =7.01 | 51 / 27 %<br>P=0.326978 |
| Notre étude,<br>Mali 2007<br>n=14        | 9 / 64,2%                                           | 5/35.7%                                           | 1 / 7,1%                                            | 6 / 43 %                |

Le prolapsus du rectum, vrai, total s'accompagne d'un cortège de troubles fonctionnels comprenant :

- La constipation dont notre taux de 64,2 % des cas, ne diffère pas de celui retrouvé par certains auteurs [25, 35], par contre ce taux est supérieur à celui retrouvé par Carlos au Brésil (2004). La constipation s'expliquerait par le fait que lors d'un effort d'exonération la paroi rectale prolabée s'engage dans le canal anal, l'obstrue et entrave la vidange du rectum. - Le trouble de la continence, la rectorragie, et le ténesme sont des signes tardifs qui accompagnent le prolapsus rectal [36].

Nos taux respectives 35.7 %, 7.1 % et 43 % de cas sont comparables de ceux retrouvés par certains auteurs [34, 13,25, 18, 19, 37] qui varient entre 18 et 65 % de cas.

## 3. Antécédents

**TABLEAU L : REPARTITION DES MALADES SELON LES ANTECEDANTS ET LES AUTEURS**

| Auteurs                         | Effectifs | Multiparité                                       | Chirurgie pelvienne    |
|---------------------------------|-----------|---------------------------------------------------|------------------------|
| El Malki,<br>Maroc, 2002[6]     | 23        | 1 / 22 %<br>P=0.321105                            | 2 / 22 %<br>P=0.897631 |
| Exynos, Grèce,<br>1998 (40)     | 13        | 10 / 77 %<br>P=0.071855<br>Chi <sup>2</sup> =3.24 | 3 / 23%<br>P=0.926849  |
| Lechaux,<br>France,<br>1998 [1] | 20        | 9 / 45 %<br>P=0.901436<br>Chi <sup>2</sup> =0.02  | 3 / 15 %<br>P=0.664232 |
| Notre Etude,<br>Mali<br>2007    | 14        | 6 / 43 %                                          | 2 / 14,2%              |

Largement discutées par les auteurs, la chirurgie pelvienne et la multiparité favoriseraient la survenue de prolapsus rectal [17]. Nos taux respectifs de 14,2% et 43% ne diffèrent pas de ceux des autres auteurs (6 ; 1 ; 40).

## 4. Etat général

**TABLEAU LI : REPARTITION DES MALADES SELON LA CLASSIFICATION ASA ET LES AUTEURS**

| Auteurs                           | Effectif | ASA I                   | ASA II                  | ASAIII       |
|-----------------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Lechaux,<br>France<br>1998 [1]    | 20       | 18 / 90 %<br>P=0.745023 | 2 / 10 %<br>P=0.745023  | -            |
| Trébuchet,<br>France<br>2005 [38] | 48       | 35/ 73 %<br>P=0.227479  | 12 / 25 %<br>P=0.284123 | 1 / 2 %<br>- |
| Notre Etude,<br>Mali<br>2007      | 14       | 13 /92,9 %              | 1 / 7,1 %               | -            |

Dans notre série, aucun de nos patients n'a été classé ASA III, IV ou V. Ce résultat ne diffère pas de celui retrouvé par Lechaux en France avec un P=0.745023 [1] ; ce qui montre que le prolapsus rectal n'influence pas l'état général du malade.

## 5. Longueur du PRT

**TABLEAU LII : REPARTITION DES MALADES SELON LA LONGUEUR MOYENNE DU RECTUM PROLABE ET LES AUTEURS**

| Auteurs                           | Effectif | Longueur /cm        | extrêmes    |
|-----------------------------------|----------|---------------------|-------------|
| EL-Sibai,<br>Egypte<br>2002 [43]  | 28       | 8 cm<br>P= 0.525110 | (6 - 12) cm |
| Grossetti,<br>France 2005<br>[45] | 10       | 7 cm                | (5 – 10) cm |
| Notre étude,<br>Mali 2007,        | 14       | 7 cm                | (5 - 10) cm |

S'agissant d'un diagnostic évident (prolapsus facilement extériorisable ou permanent), la longueur moyenne du rectum prolabé varie selon les séries de 7 à 8 cm [45, 43]. Elle traduit que le prolapsus extériorisé était précédé par une invagination recto rectale circulaire au cours de la quelle la partie supérieure du rectum s'invagine dans la partie inférieure. Cette invagination peut rester dans le rectum, arriver jusqu'au canal anal, ou parfois s'extérioriser [39]

## 6- Traitement Chirurgical

## 6-1 La voie d'abord chirurgicale

**TABLEAU LIII : REPARTITION DES MALADES SELON LA VOIE D'ABORD CHIRURGICALE ET LES AUTEURS**

| AUTEURS                             | Effectif | Abdominale                                         | Trans-anale                                       |
|-------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Sobrado, [Brésil<br>2004 [34]       | 51       | 36 / 71 %<br>P=0.899955                            | 21 / 29 %<br>P=0.899955                           |
| Brown Grande-<br>Bretagne 2004 [39] | 159      | 102 / 64 %<br>P=0.991956<br>Chi <sup>2</sup> =0.00 | 57 / 36 %<br>P=0.991956<br>Chi <sup>2</sup> =0.00 |
| El Malki, Maroc<br>2002 [6]         | 23       | 19 / 83 %<br>P=0.387135                            | 4 / 17 %<br>P=0.387135                            |
| Notre Etude, Mali<br>2007           | 14       | 9 / 64,2 %                                         | 5 / 35,8 %                                        |

Deux grandes voies sont utilisées dans le traitement chirurgical du prolapsus rectal [27].

La voie abdominale pure est la plus utilisée, dans notre étude 64.2% comme dans la plupart des séries de la littérature [39, 6, 34] à cause de son faible taux de morbidité. L'autre voie trans-anale,[53] doit être réservée aux malades présentant des facteurs de risque opératoire importants : (malade ayant un très mauvais état général) [36].

## 6-2 La technique opératoire

**TABLEAU LIV : REPARTITION DES MALADES SELON LA TECHNIQUE OPERATOIRE ET LES AUTEURS**

| AUTEURS                         | Effectif | Rectopexie au promontoire                         | Rectopexie présacrale avec Sigmoidectomie | Intervention de Delorme                           |
|---------------------------------|----------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Sobrado, Brésil 2004 [34]       | 51       | 34 / 66 %<br>P=0.617610<br>Chi <sup>2</sup> =0.25 | 5 / 10%<br>P=0.513596                     | 12 / 24 %<br>P=0.564851                           |
| Brown Grande-Bretagne 2004 [39] | 159      | 65 / 41 %<br>P=0.089709<br>Chi <sup>2</sup> =2.88 | 37 / 36%<br>P=0.01477115                  | 57 / 36 %<br>P=0.996158<br>Chi <sup>2</sup> =0.00 |
| Alon, Floride, 2000 [37]        | 27       | 17 / 63 %<br>P=0.152646<br>Chi <sup>2</sup> =2.05 | 3 / 11%<br>P=0.43708                      | 7/ 26 %<br>P=0.770822                             |
| El Malki, Maroc 2002[6]         | 23       | 19 / 83 %<br>P=0.387135                           | Non fait                                  | 4 / 17 %<br>P=0.109081                            |
| Notre Etude,                    | 14       | 9 / 64,2 %                                        | Non fait                                  | 5 / 35,8 %                                        |

Le traitement chirurgical du prolapsus rectal se fait selon plusieurs approches : à l'instar de la rectopexie directe au promontoire, sont aussi pratiquées les techniques avec résection (Rectopexie pré sacral avec Sigmoidectomie) et l'intervention de Delorme. Ces techniques ont été pratiquées dans la littérature selon les indications [39, 6, 34, 37].

## 7. Les complications post opératoires

## 7.1. La récurrence post opératoire

**TABLEAU LV REPARTITION DES MALADES SELON LE NOMBRE DE RECIDIVE POST OPERATOIRE ET LES AUTEURS**

| Auteurs                            | Effectif | Cas de Récidive | Pourcentage |
|------------------------------------|----------|-----------------|-------------|
| Sobrado, Brésil 2004 [34]          | 51       | 2               | 4 %         |
| Guillaume Potier, France 2006 [18] | 73       | 4               | 5,4 %       |
| Brown Grande-Bretagne 2004 [39]    | 159      | 7               | 5 %         |
| Notre Etude, Mali, 2007            | 14       | 1               | 7,1 %       |

La récurrence du prolapsus rectal est fonction du recul post opératoire [27, 32]. Le taux de récurrence postopératoire est inférieur à 10 % selon Detry [27]. Dans notre série comme dans la plus part des séries de la littérature il varie de (4 à 7) % [39, 34, 18,].



## 7.2. La morbidité post opératoire

**TABLEAU LVI** REPARTITION DES MALADES SELON LA MORBIDITE POST OPERATOIRE ET LES AUTEURS

| Auteurs                             | Effectif | Morbidité | Pourcentage          |
|-------------------------------------|----------|-----------|----------------------|
| Brown, Grande-Bretagne, 2004 [39]   | 159      | 5         | 3,5 %                |
| Sobrado, Brésil, 2004 [34]          | 51       | 3         | 6 %                  |
| Alon, Floride, 2000 [37]            | 27       | 3         | 11,1 %<br>P=0.881637 |
| Paolo Boccasanta, Italie, 1999 [42] | 13       | 2         | 15,4 %<br>P=0.945716 |
| Lechaux, France, 1998 [1]           | 20       | 1         | 5 %                  |
| Schultz, Suède, 2000 [42]           | 69       | 23        | 33 %<br>P=0.001672   |
| Notre Etude, Mali, 2007             | 14       | 1         | 7,1%                 |

La prise en charge précoce du prolapsus rectal entraîne moins de complication post opératoire [39].

Le taux de morbidité post opératoire de 7,1 % de notre étude ne diffère pas de ceux des autres auteurs [1, 39, 34, 41, 37]. Ce taux est inférieur à celui de Schultz en Suède (33 %), Cette différence est due à la technique opératoire utilisée (Rectopexie selon Ripstein), qui fixait le rectum au sacrum.

## 7.3 La mortalité post opératoire

**TABLEAU LVII** REPARTITION DES MALADES SELON LA MORTALITE POST OPERATOIRE ET LES AUTEURS

| Auteurs                                | Effectif | Mortalité | Pourcentage |
|----------------------------------------|----------|-----------|-------------|
| Trébuchet, France<br>2005 [38]         | 48       | 0         | 0           |
| Paolo Boccasanta,<br>Italie, 1999 [41] | 13       | 0         | 0           |
| Lechaux, France,<br>1998 [1]           | 20       | 0         | 0           |
| Notre Etude, Mali,<br>2007             | 14       | 0         | 0           |

La mortalité post opératoire du prolapsus rectal est quasiment inexistant, ou même nulle [34, 36].

Dans notre étude le taux de mortalité post opératoire 0 % est comparable à celui des auteurs notamment ceux des auteurs [1, 41, 38).

**TABLEAU LVIII REPARTITION DES MALADES SELON LE DEGRE DE SATISFACTION DES MALADES ET LES AUTEURS**

| Auteurs                                | Effectif | Très satisfait            | Peu satisfait             | Non satisfait           |
|----------------------------------------|----------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Guillaume Portier,<br>France 2006 [18] | 51       | 28 (54,9 %)<br>P=0.109432 | 19 (37,3 %)<br>P=0.191804 | 4 (7,8 %)<br>P=0.631904 |
| Lechaux,France,<br>1999 [1]            | 20       | 15 (75 %)<br>P=0.865692   | 4 (20 %)<br>P=0.978552    | 1 (5 %)                 |
| Notre Etude,<br>Mali 2007              | 14       | 11 (79 %)                 | 2 (13,9 %)                | 1 (7,1%)                |

Le traitement du prolapsus rectal est incontestablement chirurgical chez l'adulte [36, 34].Ce traitement peut donner :

Une satisfaction totale du malade, avec disparition du prolapsus et ses signes d'accompagnement ;

Une satisfaction partielle du malade, dans ce cas le prolapsus disparaît, mais il ya persistance d'un ou de deux signes.

Parfois le malade est non satisfait, dans ce cas il y a persistance du prolapsus et ses signes d'accompagnement malgré le traitement.

Dans notre série les différents degrés de satisfaction qui sont respectivement 79 %, 13,9 % et 7,1 % ne diffèrent pas de ceux des autres [1, 18].

**TABLEAU LIX** REPARTITION DE LA DUREE MOYENNE DE SUIVI SELON LES AUTEURS

| Auteurs                               | Effectif | Durée moyenne /<br>mois | Extrêmes/<br>mois |
|---------------------------------------|----------|-------------------------|-------------------|
| Sobrado, Brésil<br>2004 [34]          | 51       | 49±17<br>P=0,376383     | (6 – 88)          |
| Guillaume Potier,<br>France 2006 [18] | 73       | 27,5±13<br>P=0,758424   | (6 – 84)          |
| Brown Grande-<br>Bretagne 2004[39]    | 159      | 38±16<br>P=0,880979     | (6 – 90)          |
| EL-Sibai, Egypte<br>2002 [43]         | 28       | 36±15<br>P=1,000000     | (6 – 86)          |
| Alon, Floride, 2000<br>[37]           | 27       | 24±12<br>P=0,580295     | (6 – 49)          |
| Notre Etude, Mali,<br>2007            | 14       | 34±14                   | (6 – 85)          |

L'efficacité du traitement dépend de la durée de suivi post opératoire [39, 18].

Il n'existe pas de différence statistique, entre la durée moyenne du suivi post opératoire dans notre série qui était de 34±14 mois avec des extrêmes allant de (6 – 85) mois et celle des auteurs [34, 18, 39, 37] variant (24 – 50) mois.

## ENFANTS

## 1. Incidence

En général l'incidence du prolapsus rectal chez l'enfant est très faible, parfois même elle n'est pas connue, selon plusieurs auteurs de la littérature [26, 46]. Mais

P.Ramachandran [47] en chine 2006 estime que l'incidence du prolapsus rectal dans ces séries était de 0,8 pour 100000 habitants.

Au cours de notre étude nous n'avons pas calculé l'incidence, mais nous avons calculé la fréquence hospitalière.

## 2- Fréquence Hospitalière

**TABLEAU LX : REPARTITION DES MALADES SELON LA FREQUENCE HOSPITALIERE ET LES AUTEURS**

| Enfants                            |                           |                            |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Auteurs                            | Effectif/durée<br>d'étude | Nombre de cas par<br>an    |
| Detry, Belgique, 1999<br>[27]      | 91/11 ans                 | 5,1 cas : an<br>P=0,048751 |
| B.Antao, Royaume-<br>Uni 2005 [48] | 49/5 ans                  | 9,8cas : an<br>P=0,456607  |
| Fahmy Egypte 2004<br>[49]          | 130/ 3ans                 | 43cas : an<br>P=0,00014    |
| Notre étude, Mali<br>2007          | 60/5 ans                  | 12 cas : an                |

Le prolapsus rectal de l'enfant est aussi moins fréquent dans notre milieu qu'ailleurs, avec 12 cas par an. Cette fréquence est plus élevée dans les séries Africaines [12-43cas/an] qu'en Europe [27, 48] qui variait entre 5et 10 cas par an. La fréquence élevée en Afrique semble être liée à la non prise en charge précoce des maladies favorisant le prolapsus rectal chez l'enfant en général.

## 3. L'âge

**TABLEAU LXI : REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE MOYEN ET LES AUTEURS**

| Auteurs                         | Enfants  |                        |
|---------------------------------|----------|------------------------|
|                                 | Effectif | Age moyen              |
| B.Antao, Royaume-Uni 2005 [48]  | 49       | 2,6 ans                |
| Detry, Belgique, 1999 [27]      | 91       | 4,5 ans<br>P=0,858597  |
| Fahmy, Egypte 2004 [49]         | 130      | 6,14 ans<br>P=0,921403 |
| Ahmed. Lasheen Egypte 2002 [50] | 42       | 3,5 ans<br>P=0,752610  |
| Notre étude, Mali 2007          | 60       | 3,2 ans                |

L'âge moyen de notre étude de 3.2 ans ne diffère pas de celui retrouvé dans les autres séries. Il correspond à celui du petit enfant dans toutes les séries variant de (2,6 – 6,14 ans) [48, 27, 49].

## 4. Le sexe

**TABLEAU LXII : REPARTITION DES MALADES SELON LE SEX-RATIO ET LES AUTEURS**

| Enfants                            |          |            |
|------------------------------------|----------|------------|
| Auteurs                            | Effectif | Sexe ratio |
| Antao, Royaume-Uni<br>2005 [48]    | 49       | 1,04 H/F   |
| Koivusalo, Finlande<br>2006 [51]   | 16       | 2,2 H/F    |
| Ahmed. Lasheen<br>Egypte 2002 [50] | 42       | 1,1 F/H    |
| Notre étude, Mali<br>2007          | 60       | 1,06 H/F   |

Le prolapsus rectal de l'enfant est une pathologie qui atteint aussi bien le garçon que la fille [48, 50]. Ainsi dans toutes les séries, la proportion des garçons ne diffère pas de celle des filles.

## 5- Facteurs Favorisants

**TABLEAU LXIII REPARTITION DES MALADES SELON LES  
FACTEURS FAVORISANTS ET LES AUTEURS**

| Auteurs                            | Constipation chronique                           | Constipation et diarrhée | Maladie diarrhéique | Sans aucune cause        |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Antao, n=49                        | 26/53%                                           | 3/6%                     | 5 /10%              | 15/31%                   |
| Royaume Uni, 2005 [48]             | P=0.206317<br>Chi <sup>2</sup> =1.60             | P=0.506706               | P=0.760099          | P=0.084<br>94            |
| Shah, Ukraine 2005 [52]<br>n=24    | 13/54%<br>P=0.355670<br>Chi <sup>2</sup> =0.85   | 2/8%<br>P=0.955519       | 2/8%<br>P=0.941875  | 7/29%<br>P=0.075<br>28   |
| Koivulo n=16<br>Finlande 2006 [51] | 10 / 63%<br>P=0.852717<br>Chi <sup>2</sup> =0.03 | –                        | 3/18%<br>P=0.614532 | 3 / 19%<br>P=0.859<br>53 |
| Notre Etude,<br>Mali 2007          | 30/50%                                           | 9/15%                    | 5/8,4%              | 10/17%                   |

Le prolapsus rectal chez l'enfant, et plus particulièrement du nourrisson et du petit enfant de 1an à 5ans est favorisé par des facteurs diététiques et hygiéniques [2].

Dans notre étude, comme dans la plupart des séries de la littérature, la constipation est la cause principale avec un taux supérieur ou égal à 50 % des cas [48, 52, 51].

La maladie diarrhéique, la dysenterie et la malnutrition sont liées au prolapsus rectal de l'enfant surtout dans les pays en voie de développement [52].

Certains auteurs trouvent que le prolapsus de l'enfant est idiopathique [48, 13]. Ainsi le taux du prolapsus rectal chez l'enfant sans cause dans notre série ne diffère pas de ceux des auteurs [51, 52] variant de 19 à 31%.



## 6- Signes Cliniques

**TABLEAU LXIV** REPARTITION DES MALADES SELON LES SIGNES CLINIQUES ET LES AUTEURS

| Auteurs       | Tuméfaction anale      | Rectorragie            | Ténesme    | Incontinence anale |
|---------------|------------------------|------------------------|------------|--------------------|
| Antao,        | 34/69%                 | 12/25%                 | 2/4%       | 1 / 2 %            |
| Royaume-Unit  | P=0.309102             | P=0.987242             |            |                    |
| 2005 n=49[48] | Chi <sup>2</sup> =1.03 | Chi <sup>2</sup> =0.00 |            |                    |
| Koivulo,      | 10 /62,8 % [           | 3 / 18,7 %             | 2 /12,5%   | 1 / 6%             |
| Finlande 2006 | P=0.039382             | P=0.960382             | P=0.731040 |                    |
| [51] n=16     | Chi <sup>2</sup> =4.24 |                        |            |                    |
| Notre Etude,  | 36/60%                 | 6 /10%                 | 7 / 11,6%  | 1 / 1,7 %          |
| Mali 2007     |                        |                        |            |                    |

Le diagnostic est évident, lorsque le prolapsus muqueux s'extériorise sous la forme d'un boudin cylindrique faisant issue à l'anus [13].

Le taux de la tuméfaction anale de notre série 60 % est statistiquement comparable à celui de Antao au royaume uni [48] par contre ce taux est relativement inférieur à celui de Koivulo en Finlande [51], cette différence peut être expliquée par le fait que, dans notre série les malades viennent très tardivement en consultation.

Les signes rares sont la rectorragie, le ténesme, et l'incontinence anale qui ont été estimé de tant en tant par certains auteurs [48, 51]. Ils surviennent surtout lors de constipation qui occasionnerait des efforts d'exonérations intenses, douloureux, inefficaces et l'ischémie ulcère fait saigner la muqueuse [13, 2].

## 7- Diagnostic

**TABLEAU LXV** REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE PROLAPSUS RECTAL ET LES AUTEURS

| Auteurs                    | Effectif | Prolapsus Muqueux          | Prolapsus Total          |
|----------------------------|----------|----------------------------|--------------------------|
| Belizon, USA<br>2005 [44]  | 833      | 788 / 94,6 %<br>P=0.576432 | 45 / 5,4 %<br>P=0.367531 |
| Notre, Etude,<br>Mali 2007 | 60       | 39 / 65 %                  | 21 / 35 %                |

Le prolapsus muqueux est de loin le plus fréquent. Il regroupe 95 % des cas dans la plupart des séries de la littérature [13]. Ce taux ne diffère pas de notre résultat, et de celui de Belizon [44] en Amérique dans l'ordre de 82 % et 94,6 respectivement.

## 8- Traitement

**TABLEAU LXVI** REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE TRAITEMENT ET LES AUTEURS

| Auteurs                     | Effectif | Traitement Médical                                | Traitement Chirurgical                           | Injection Sclérosante  |
|-----------------------------|----------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|
| Antao, 2005                 | 49       | 25 / 51 %                                         | 14 / 28,5 %                                      | 10 / 20,5 %            |
| Royaume-Uni [48]            |          | P=0.000652<br>Chi <sup>2</sup> =11.62             | P=0.205970<br>Chi <sup>2</sup> =1.60             | P=0.000843             |
| Koivulo, Finlande 2006 [51] | 60       | 40 / 67 %<br>P=0.347138<br>Chi <sup>2</sup> =0.88 | 20 / 33%<br>P=0.504637<br>Chi <sup>2</sup> =0.06 | 0 %                    |
| Flamy Egypt 2004 [49]       | 130      | 45/ 35%<br>P=0,000351                             | -                                                | 85 / 65%<br>P=0,000013 |
| Notre Etude, Mali 2007      | 60       | 49 / 81,6 %                                       | 11 / 18,4 %                                      | 0 %                    |

Le traitement du prolapsus muqueux, qui est une affection bénigne, relève la plupart du temps d'une prise en main médicale obéissant aux règles hygiéno-diététiques qu'il faut expliquer aux parents [13, 2].

Notre taux 81,6 % ne diffère pas de celui de Koivulo en Finlande [51] ; cependant il est supérieur à ceux d'Antao, au Royaume-Uni [48] ; cette différence peut être liée à la pratique des injections sclérosantes par ces auteurs.

Par contre, les procédés chirurgicaux sont indiqués en cas d'échec des autres traitements ou en cas de prolapsus total permanent.

Dans notre série, l'intervention par la technique de rectopexie selon ORR-Loygue est la plus pratiquée avec 64 %. Cette technique ne diffère pas de celle utilisée par les auteurs Français [2].

## 9. Le résultat du traitement

**TABLEAU LXVII** REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DU TRAITEMENT MEDICAL ET LES AUTEURS

| Auteurs                           | Effectif | Traitement<br>avec Succès | Traitement<br>sans Succès |
|-----------------------------------|----------|---------------------------|---------------------------|
| Antao,[48]<br>2005<br>Royaume-Uni | 25       | 24 / 96 %<br>P=0.544341   | 1 / 4 %<br>P=0544341      |
| Fahmy, 2004<br>Egypt [49]         | 45       | 42 / 93 %<br>P=0.465721   | 3 / 7 %<br>P=0.456721     |
| Notre Etude,<br>Mali, 2007        | 49       | 47 / 96 %                 | 2 / 4 %                   |

Le traitement conservateur mis en route au cours du prolapsus rectal dans notre série comme dans la plupart des séries de la littérature était basé sur une alimentation riche en fibre, des produits améliorant la qualité des selles, une réhydratation suffisante, et des laxatifs [48, 46].

Ce régime a fait disparaître le prolapsus dans plus de 90 % selon les séries de la littérature [48, 49].

**TABLEAU LXVIII** REPARTITION DES MALADES SELON LE  
RESULTAT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL ET LES AUTEURS

| Auteurs                   | Effectif | Traitement<br>avec Succès | Traitement<br>sans Succès |
|---------------------------|----------|---------------------------|---------------------------|
| Antao, 2005               | 14       | 13 / 93 %                 | 1 / 7 %                   |
| Royaume-Uni<br>[48]       |          | P=0.823397                | P=0.823397                |
| Notre Etude,<br>Mali 2007 | 11       | 9/ 82 %                   | 2 / 18 %                  |

Les taux de succès et de complication post opératoires rapportés dans la littérature sont très variables en fonction de la technique opératoire utilisée [48,2].

Nous pratiquons la rectopexie au promontoire. Elle occasionne peu de récurrence (de 0 à 6 %) selon les séries [39, 48, 51], même lorsque le recul est long. De plus, l'incontinence anale est améliorée par ce traitement chirurgical dans 2/3 à 3 / 4 des cas (39).

### **8- Coût**

Le coût moyen de la prise en charge chez les enfants qui s'élevait à 49665 francs CFA avec un maximum de 65000, alors que chez l'adulte il s'élevait à 67565 francs CFA avec un maximum de 79000 soit 2fois le SMIG Malien qui est 28000 francs CFA.

# CONCLUSION

# RECOMMANDATIONS

**VII**

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

**CONCLUSION**

Chez l'adulte le prolapsus rectal est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il s'agit en général d'un prolapsus total, dont le traitement est chirurgical.

Chez l'enfant le prolapsus rectal survient aussi fréquemment chez le garçon que chez la fille. Il s'agit d'un prolapsus muqueux qui est de loin le plus fréquemment observé, par rapport au prolapsus total.

Le traitement du prolapsus muqueux et du prolapsus total est avant tout médical, avec un traitement conservateur préalable ou au mieux à l'aide d'une injection de solutions sclérosantes.

Le traitement chirurgical est réservé aux formes résistantes.

## **2) RECOMMANDATIONS**

### **-Aux autorités**

La dotation des services de chirurgie de matériels de Coeliochirurgie pour l'amélioration de la prise en charge des malades.

L'élaboration d'un programme d'information, de sensibilisation et de communication à l'intention des populations sur le prolapsus rectal.

L'assurance de la formation du personnel médical en vue d'une meilleure pratique des injections de solutions sclérosantes chez les enfants.

### **-Aux personnels de santé**

L'orientation le plus vite possible au centre approprié de tous patients porteurs d'un prolapsus du rectum ;

Le traitement systématique de tous les facteurs incriminables dans la poussée abdominale, et dans les efforts de défécation chez les nourrissons et les enfants.

### **-A la population**

L'explication des règles d'exonération :

-L'abolition de la station assise prolongée au pot,

-L'élaboration d'un calendrier d'exonérations régulières.

La consultation de tous les patients ayant une anomalie anale lors ou après la défécation.



# REFERENCES

## VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1. Lechaux JP, Atienza P, Husson ED Lechaux D, Bars I.**

Traitement du prolapsus rectal complet par rectopexie au plancher pelvien avec prothèse et résection du sigmoïde.

Résultats anatomocliniques d'une étude prospective.

Chirurgie Elsevier, Paris 1998 ; 123 : 351-7.

**2. GUIVARC'H M.**

Prolapsus du Rectum.

Estomac IV : Chirurgie Générale et Pédiatrique., Rue Worth-92- Suresnes Paris 1992,11, bd Henri IV – 34000 Montpellier.

**3. Sidibé Dian.**

Prolapsus génital dans le service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G,

Thèse de médecine N° 47, Bamako 1998.

**4. LAZORTHES Franck**

Prolapsus Rectal Interne

Enseignement Colo Proctologie, 14 Mars 2002.

**5. SCHEYET., VANNEUVILLEG M., FRANCOIS H, GARCIER J.M.**

Prolapsus total du rectum.

Journal de chirurgie Paris, 1996 : 133, (1), PP. 16-19.

**6. ELMALKI HO., MOHSINE R., ELMAZOUZ S., AÏTTALEB K., CHEFCHAOUNI MC., IFRINE L., ET AL.**

Le Prolapsus Rectal

Maroc Médical, tome 24 n°3, Septembre 2002, E.mail : [oelmalki@hotmail.com](mailto:oelmalki@hotmail.com)

**7. KOUADIO K. KOUAME Y. J, TURQUIN T.H.**

les facteurs étiopathogéniques du prolapsus rectal

Med -Trop , Cote D'Ivoire 1998, 58, ( 2) PP : 165-167.

**8. Kernbaum S., Crünfeld JP., Costa JM., DelatourF., Faurisson F., Girod C., Kamoun P., Rouveix B.**

DICTIONNAIRE de MEDECINE FLAMMARION.

SIXIÈME ÉDITION PARIS 1998.

**9. Chevrel JP., Richarme J.**

Pathologie de l'appareil digestif : Prolapsus du rectum.

Tome II, Deuxième Edition, Troisième partie; Paris 1972, 520, 472-78.

**10. Duboc A.**

1600 Questions en Anatomie et Physiologie,  
Editions Lamarre Paris 2003.

**11. John. S.P Lumbey**

Bases Anatomique de l'examen Clinique,  
Anatomie de Surface 2006 Royaume-Uni.

**12. Michael S, Erik S, Udo Sc, Markus V, Karl W.**

PROMETHEUS

LernAtlasder Anatomie, 2005 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, D-70469Stugart. Telefon: +49/0711/8931-0, Unsere Homepage: [www.thieme.de](http://www.thieme.de)  
Prometheus – Homepage: [www.thieme.de / Prometheus](http://www.thieme.de/Prometheus).

**13. Guys JM., Helardot P.G.**

Le Rectum Pédiatrique

Sauramps Médical, Service de Chirurgie Pédiatrique A Saint-Vincent de paris,  
11, bd Henri IV – 34000 Montpellier.

**14. FRITSCH H., ERUCH H.P., KUHNEL W.**

Development and topography of the perirectal spaces.  
Surg. Radiol. Anat. 1991- 13: S 36.

**15. SATO K., SATO T.**

The vascular and Neuronal Composition of the lateral ligament of the rectum  
and the Rectosacral fascia.

Surg. Radiol. Anat. 1991-13,1: 17-22.

**16. KLUTH D., HILLEN M., LAMBRECHT W.**

The principles of normal and abnormal Hindgut Development.  
J. Ped. Surg. 1995-30,8: 1143-1147.

**17. Bouret J.M., De Meeus J.B., Kalfon A., Cancel J.**

Prolapsus Rectal et génital associés: Intérêt de l'intervention de Delorme  
A propos d'une observation

Rev. fr. Gynécol. Obstétr., Paris : 1998 ; 87, (4), 231-237.

**18. Guillaume Portier, Francesco Iovino and Franck Lazorthes**

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](mailto:g@chu-toulouse.fr).

**19. Jelovsek JE., Barber MD., Paraiso MF., Walters MD.**

Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse  
and incontinence.

Am J Obstet Gynecol. USA 2005 Dec; 193(6):2105-11; E-Mail [jelovsj@ccf.org](mailto:jelovsj@ccf.org)

**20. Traisman E., Colon D., Sherman J.O., Hageman J.R.**

Rectal prolapse in two neonates with hirschprung's disease.

Ann. J Dis Child 1983; 137: 1127-7

**21. Stern R C., Izant R.J., Boat T F., Wood R E., Matthews LW., Doer Shuk CF.**

Treatment and prognosis of rectal prolapse in cystic fibrosis.

Gastroenterology, 1982, 82, 707-10.

**22. Balde I., Mbumbe-King A., Vinand P.**

La technique de LOCKART-MUMMERY dans le traitement du prolapsus rectal total de l'enfant.

Chir. Pédiatr. 1979: 20; 375-377.

**23. Loygue J., Cerbonnet G.**

Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie suivant le procédé de Orr à propos de quatorze observations. Mém. Acad. Chir. 1957, 83, 35-38.

**24. Dictzen C.D., Pemberton J.H.**

Perineal approaches for the treatment of complete rectale prolapse.

Neth J. Surg., 1989, 41, 140-144.

**25. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH.**

Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse.

Scand J Surg. Finland 2005; 94(3):207-10 [matti.kairaluoma@ksshp.fi](mailto:matti.kairaluoma@ksshp.fi)

**26. Jason R., Thompson MD., Anita H., Chen MD., Paul DM., Pettit MD. Et al.**

Incidence of occult rectal prolapse in patients with clinical rectocels and defecatory dysfunction.

Annual of Gynecologic Surgeons, Dallas 2002. 187, ( 6): 4-6.

**27. Detry R.**

Prolapsus rectal

Louvain Med. Bruxelles, 1999; 118 : S246-S249.

**28. Kim D S., Tsang C B., Wong W D., Lowry A C., Goldberg SM, Madoff RD.**

Complete rectal prolapse : evolution of management and results.

Dis colon Rectum, USA 1999; 42(4): 460-6; discussion 466-9.

**29. Kariv Y., Delaney CP., Casillas S., hammel J., Nocero J., Bast J., et al.**

Long-term outcom after Laparoscopic and open surgery for rectal prolapse.

Surg Endosc USA: (2006) 20: 35-42.

**30. Lasheen A E., Samy KHalifa, M.D., Salah M. El Askry, M.D.,Awni A. El Zeftawy, M.D.**

Closed Rectopexy with Transanal Resection for Complete Rectal Prolapse in Adults.

2005 The Society for Surgery of Alimentary Tract Elsevier Egypt  
j.gassur.2005.04.007 vol. 9 No. 7.

**31. Frédéric Marchal M.D., Laurent Bresler M.D., Ph.D., Rasa Zarnegar, M.D., Laurent Brunaud, M.D., Christophe Duchamp, M.D., Patrick Boissel, M.D.**

Long-term Results of Delorme's Procedure and Orr-Loygue Rectopexy to Treat Complete Rectal Prolapse

Dis Colon Rectum 2005; 48: 1785-1790.

**32. Giuseppe DiGiuro, Dejan Ignjatovic, Jan Brogger, Roberto Bergamaschi,**

How accurate are published recurrence rates after rectal prolapse surgery? A meta-analysis of individual patient data.

The American Journal of Surgery 191 (2006) 773-778 E-mail address: Roberto Bergamaschi@medfa.uib.no.

**33. Schiedeck T.H.K., Schwandner O., Scheele J., Farke S., Bruch H.P.**

Rectal prolapse: which surgical option is appropriate?

Langenbecks Arch Surg (2005) 390: 8-14.

**34. Carlos Walter Sobrado ; Desidério Roberto Kiss ; Sérgio C. Nahas; Sérgio E.A. Araujo; Victor E. Seid; Guilherme Cotti; 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](mailto:sobrado@iconet.com.br)

**35. Johansson C., Hire TH., Ahlback SO.**

Disturbances in the defecation mechanism with special reference to intussusception of the rectum (internal procidencia). Dis. Colon Rectum 1985; 28 (12): 920-4

**36. Lazorthes F., Liagre A., Iovino F.**

Le Prolapsus du Rectum

J Chir Toulouse 2000 ;137 :76-81 e-mail : [lazorthes.f@chu-toulouse.fr](mailto:lazorthes.f@chu-toulouse.fr)

**37. Alon J. Pikarsky, Jae Sik Joo, Steven D. Wexner, Eric G. Weiss, Juan J. Nogueras, Feran Agachan, Augustine Iroatulam M.D.**

Recurrent Rectal Prolapse

Dis Colon Rectum Florida 2000; 43: 1273-1276.

**38. Trébuchet G., Lechaux D., Sproudhis I., Champion J. P.**

**Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse**

Surg Endosc France (2005) 19: 514-518.

**39. 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](mailto:Alistair.brown4@btopenworld.com).

**40. E. Xynos, E. Chrysos, J. Tsiaoussis, E. Epanomeritakis, J.-S. Vassilakis**

Resection rectopexy for rectal prolapse

Surgical Endoscopy Greece (1999) 13: 862-864.

**41. Paolo Boccasanta, Marco Venturi, Maria Carmela Reitano, Giovanni Salamina, Riccardo Rosati, Marco Montorsi et al.**

Laparotomic VS. Laparoscopic

Rectopexy in Complete Rectal Prolapse

Dig Surg Italy 1999; 16:415-419.

**42. Schultz I, Mellgren A, Dolk A, Johansson C, Holmstrom B.**

Long-term results and functional outcome after Rispstein rectopexy.

Ds Colon Rectum. Sweden 2000 jan; 43(1): 35-43.

**43. El-Sibai O. \* Shafik A.A.**

Cauterization-plication operation in the treatment of complete rectal prolapse

Tech Coloproctol Egypt (2002) 6:51-54.

**44. Belizon A., Levitt\*M.A., Gideon shoshany, George Rodriguez, Alberto Pena**

Rectal Prolapse following posterior sagittal anoretoplasty for anorectal malformations

Journal of Paediatric Surgery USA (2005) 40, 192-196

[www.elsevier.com/locate/jpedisurg](http://www.elsevier.com/locate/jpedisurg). E-mail address: [mlevitt@lij.edu](mailto:mlevitt@lij.edu) (M.A. Levitt).

**45. E. Grossetti, J. M. Petiot, L. Dornier\***

Utilisation d'une agrafeuse linéaire coupante dans l'exérèse par voie basse des prolapsus rectaux

Annales de chirurgie 130 (2005) 47-49.

**46. Richard E. Karulf, MD., Robert D. Madoff, MD. Stanley M. Goldberg, MD.**

Currence Problems in Surgery Rectal Prolapse.

Curr Probl Surg 2001; 38: 757-832.

**47. P. Ramachandran, P. Vincent, S. Prabhu, S. Sridharan**

Rectal Prolapse of Instussusception – A Single Institution's Experience

Article Eur J Pediatr Surg Chennai 2006; 16: 420- 422.

**48. Antao B., M.R.C.S., Bradley V., M.B.Ch.B., Roberts J. P., PAED  
F.R.C.S., Shawis R., F.R.C.S.**

Management of Rectal Prolapse in Children  
Dis. Colon Rectum American 2005; 48: 1620-1625.

**49. Fahmy MA, Ezzelarab S.**

Outcome of submucosal injection of different sclerosing materials for rectal prolapse in children.  
Pediatr Surg Int. 2004; 20(5):353-6.

**50. Ahmed E. Lasheen**

Closed Rectosacropexy for Rectal Prolapse in Children  
Surg Today Egypt (2003) 33:642-644.

**51. A. Koivusalo, M. Pakarinen, R. Rintala**

Laparoscopic suture rectopexy in the treatment of persisting rectal prolapse in children  
Surg Endosc Finland 2006; 20: 960-963.

**52. A. Shah, D. Parikh, G. Jawaheer and P. Gornall**

Persistent rectal prolapse in children: sclerotherapy and surgical management  
Pediatr Surg Int 2005; 21:270-273.

**53. Igor SIELEZNEFF**

Thérapeutiques chirurgicales conventionnelles pour le traitement de l'incontinence anale et des troubles de la statique rectale.  
Gastroenterol. Clin. Biol. Masson, Paris, 2003 ; 27 : B117-B126.

# ANNEXES



|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>FICHE D'ENQUETE PROLAPSUS RECTAL</b> |
|-----------------------------------------|

**FICHE D'ENQUETE****I. DONNEES ADMINISTRATIFS :**

1. N ° de fiche: |\_|\_|\_|\_| 2. N ° de dossier: |\_|\_|\_|\_|  
 3. Date de consultation ... /...../200...  
 4. Nom et Prenom :..... 5- Age: |\_|\_| ans  
 6. Sexe : 1-masculin|\_| 2: féminin |\_|  
 7. Profession |\_| (1: enfant ; 2: élève ; 3 : fonctionnaire ; 4 : ménagère)  
 7x autres préciser .....
8. Adresse habituelle : .....  
 9. Contact à Bamako : .....
10. Provenance |\_|\_| (1-Kayes ; 2-Koulikoro ; 3-Sikasso ; 4-Ségou ; 5-Mopti,  
 6-Tombouctou, 7-Gao ; 8-Kidal ; 10-Bamako ; 11-Autres ; 9-indeterm)  
 10a.si Autres a précisé.....
11. Ethnie |\_|\_| (1-Peulh ; 2-Dogon ; 3-Bozo ; 4- Sonrhäï ; 5-Bambara ;  
 6-Sénoufo ; 7-Sarakolé ; 8-Minianka ; 9-Malinké ; 10-Touareg ; 11-autre ; 99- Indeterm  
 12. Adressé par |\_|(1-Venu de lui-même 2-Médecin 3-Etudiant 4-Infirmier 5-autre  
 9-Indeterm)  
 13. Principale activité |\_| (1-Cadre sup ; 2-Cadre moyen ; 3-Commerçant, 4-Cultivateur  
 5-Manoeuvre 6-Menagère 7-Elevesetudiants 8-Autres 9-Indeterm)  
 14. Mode de recrutement |\_| 1. Urgence 2.Consultation normale  
 15. Date d'entrée : .../...../200...  
 16. Durée d'hospitalisation préopératoire (jours) : |\_|\_|  
 17. Durée d'hospitalisation postopératoire (jours) : |\_|\_|  
 18. Durée d'hospitalisation total : |\_|\_|\_|  
 19. Date de sortie : .../...../200...

**II. SIGNES CLINIQUES:****20. Motif de consultation**

- 20.1 -Tuméfaction à l'orifice anal |\_| Oui |\_| Non  
 20.2 -Impression de perte d'organe |\_| Oui |\_| Non  
 20.3 -Douleur anale |\_| Oui |\_| Non  
 20.4 -Incontinence fécale |\_| Oui |\_| Non  
 20.5 -Autres |\_| Oui |\_| Non  
 20.5x à préciser.....  
 20.9 -Indéterminé |\_| Oui |\_| Non

21. Durée d'évolution de la maladie |\_|\_|\_| mois

22. Début |\_| 1-Brutal ; 2-Progressif ; 3-Autres à préciser ; 9-Indéterm

**23 SIGNES FONCTIONNELS**

- |                                   |                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 23.1. Constipation  _  Oui        | 23.2. Diarrhée  _  Oui                  |
| 23.3. Suintement glaireux  _  Oui | 23.4. Difficultés d'exonération  _  Oui |
| 23.5. Rectorragie  _  Oui         | 23.6. Incontinence anale  _  Oui        |
| 23.7. Fièvre subjective  _  Oui   | 23.8. Dysurie  _  Oui                   |
| 23.9. Indéterminé  _  Oui         |                                         |

**24. Facteurs favorisants :**

- |                                            |                              |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| 24.1. Effort de défécation  _              | 24.2. Effort de toux  _  Oui |
| 24.3. Luxation extra pelvienne du rectum _ | 24.4. Ménopause  _  Oui      |

- 24.5. Chirurgie   
 24.6. Facteurs diététiques et hygiéniques   
 24.7. Station prolongée sur le pot   
 24.8. Autres :.....  
 24.9. Indéterminée

**25. Facteurs étiologiques**

- 25.1. Dénutrition  25.2. Malnutrition   
 25.3. Maladies générales congénitales ou acquises   
 25.4. Mucoviscidose   
 25.5. Autres .....  
 25.9 Indéterminé

**. ANTECEDANTS (ATCD) :**

- Personnels

26. ATCD médicaux :

- 26.1. HTA 26.2. Drépanocytose  
 26.3. Asthme 26.4. Indéterminé  
 26.5. Autres.....

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

27a Si oui préciser

28 ATCD obstétricaux :

- 28.1. Nombre de grossesse  28.2. Parité   
 28.3. Accouchement d'un gros fœtus Oui Non  
 28.4. Accouchement expérimental Oui Non

29 Allergie médicamenteuse

-ATCD Familiaux :

30. Médicaux  1. oui  2. Non

30.a Si oui préciser .....

31. Chirurgicaux  1. oui  2. Non

31.a Si oui préciser.....

32. Mode de vie :

- 32.1 Thé:  32.2 Cola :   
 32.3 Café:  32.4 Alcool :   
 32.5 Tabac:  32.6 Allaitement:   
 32.7 Autre:  32.8 Indéterminé:

33. Facteurs de risques : 

33.x. Si oui lesquels .....

**34. SIGNES PHYSIQUES**34.1 Tuméfaction sortant par l'anus  1. oui  2. Non34.2 Siège de la tuméfaction  (1 exteriorisée, 2 marge anale, 3 autre à préciser, 9 Indéterminée)

34.2.x. Précision.....

34.3 Type de la tuméfaction  (1 permanente, 2 intermittente, 3 Autre à préciser, 9 Indéterminée)

34.4 Dimension de la tuméfaction :

34.4. A Grand axe  Cm34.4. B petit axe  Cm34.5 Consistance de la tuméfaction  (1 dure, 2 ferme, 3 mole, 4 autre, 9 indéterminé)

34.5.x Précision .....

34.6 Surface de la tuméfaction  (1 lisse, 2 nodulaire, 3 polylobé, 4 autre, 9 indéterminé)

34.7 Tuméfaction douloureuse  (1. oui, 2. Non, 9 indéterminé)

34.8 Autres signes

34.8.1-Saignement anal  1. oui

34.8.2- Ulcération  1. oui

34.8.3- Difficultés d'exonération  1. oui

34.8.4- Allongement hypertrophique du rectum

34.8.5- Emission glaireuse  1. oui

34.8.6- l'hédrocele  1. oui

34.8.7- Météorisme abdominal  1. oui

34.8.8- Autre préciser.....

34.8.9- Indéterminé  1. oui

34.9. Classification de la tuméfaction  (1. Grade I, 2 grade II, 3 grade III)

34.10 Localisation  (1 Etage antérieur, 2 Etage Moyen, 3 Etage Postérieur)

35. Toucher rectal

35.1 -Ampoule rectale vide

35.2 - Douleur au toucher

35.3 - Masse palpable au toucher

35.4 - Glaire sur le doigtier

35.5 -Sang sur le doigtier

35.6 - Marge anale propre

35.7 - Sphincter anal tonique

35.8 - Autre préciser.....

35.9 - Indéterminé

36. Affections associées

36.1 -Tumeurs du rectum

36.2 -Polype du rectum

36.3 -Prolapsus génital

36.3 -prolapsus hémorroïdaire

36.5 -Toux chronique

36.4 -Autre a préciser

36.9 -Indéterminé

37. Complications d'urgence chirurgicale

37.1. Etranglement du rectum prolapsé

37.2. Etranglement de l'hédrocèle  1.

Oui

37.3 Rupture du rectum

37.4. Autre.....

37.5. Indéterminé

38. Autres complications

38.1. Infirmité

38.2. Incontinence

38.3. Hémorragie muqueuse  1. oui

38.4. Rectite

39. Retentissement psychologique

#### 40. Signes généraux

40.1. Etat général selon ASA  (1-ASAI, 2ASAI, 3ASA III, 4ASA IV, 5ASA V)

40.2. Conjonctives  (1 colorées, 2 pales, 3 Ictère, 9 indéterminé)

40.3. Poids en Kg

40.4.1 Tension artérielle Maxi

40.4.2 Mini

40.5. Pouls

40.6. Température (en °C)

40.7. Fréquence respiratoire

40.8. Conscience  (1 Bonne, 2 Agitée, 3 Confus, 4 Coma, 9 Indéterminé)

40.7. Signe de déshydratation  (1 Absent, 2 Present, 9 Indéterminé)

40.8. Asthénie  (1 Absent, 2 Present, 9 Indéterminé)

40.9. Amaigrissement  (1 Absent, 2 Present, 9 Indéterminé)

40.10. Anorexie  (1 Absent, 2 Present, 9 Indéterminé)

### III SIGNES PARACLINIQUES

#### 41. Examens complémentaires :

41.1. Biologie :

41.1.a Selle POK  (1 Normal, 2 Oeuf, 3 Kystes, 4 Parasites, 9 Indéterminé)

41.1.a.x Préciser type de parasite.....

41.1.b NFS (1 Normal, 2 Elève, 3 Basse)

41.1.c Taux d'Hb .....

41.1.d GR

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| 41.1.e Taux d'Ht          | 41.1.f GB          |
| 41.1.g Taux de plaquettes | 41.1.h Lymphocytes |
| 41.1.i VGM                | 41.1.j CCMH        |
| 41.1.k Eosinophile        | 41.1.l VS          |
| 41.1.m Glycémie           | 41.1.n Créatinémie |
| 41.1.o TP                 | 41.1.p TCK         |
| 41.1.q Groupe             | 41.1.r rhésus      |

## 42. IMAGERIE MEDICALE

- 42.1 Annorectoscopie .....
- 42.2 Defecographie.....
- 42.3 Manométrie anorectale.....
- 42.4 Echographie pelvienne.....
- 42.5 Lavement baryté.....
- 42.6 Autres a préciser.....
- 42.9 Indéterminé.....

## IV DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

- |                                                  |                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 43.1 Prolapsus total <input type="checkbox"/>    | 43.2 Prolapsus muqueux <input type="checkbox"/> |
| 43.3 Prolapsus étranglé <input type="checkbox"/> |                                                 |

## V TRAITEMENT :

- |                                                          |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 44 Traitement médical: oui                               | non                                                         |
| 44.2 Nature du traitement                                |                                                             |
| 44.3 Conseil hygiéno-diététique <input type="checkbox"/> | 44.4 Rééducation anorectale <input type="checkbox"/>        |
| 44.5 Infiltration de produit <input type="checkbox"/>    | 44.6 Régulateur du transit <input type="checkbox"/>         |
| 44.7 Pose de PESSAIRE <input type="checkbox"/>           | 44.8 Anti parasitaire <input type="checkbox"/>              |
| 44.9 Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/>         | 44.10 Antibiotique <input type="checkbox"/>                 |
| 44.11 Perfusion <input type="checkbox"/>                 | 44.12 Lavement évacuateur <input type="checkbox"/>          |
| 44.13 Autres a préciser.....                             | 44.99 Indéterminé.....                                      |
| 44.14 Durée du traitement .....                          |                                                             |
| 44.15 Effet du traitement <input type="checkbox"/>       | (1. Non satisfaisant, 2. Peu satisfaisant, 3. Satisfaisant) |

45. Traitement chirurgical

- |                                                                     |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 45.1 Techniques opératoires :                                       |                                                          |
| 45.2. Par la voie abdominale                                        |                                                          |
| 45.3. Rectopexie <input type="checkbox"/>                           | (1 Selon Ripstein Wells, 2 Selon Orr – Loygue)           |
| 45.4. Résection rectosigmoïdienne                                   |                                                          |
| 45.5. Autres.....                                                   | 45.9 Indéterminé <input type="checkbox"/>                |
| 45.6. Par les voies périnéale et anal <input type="checkbox"/>      |                                                          |
| 45.7. Résections périnéales du rectum <input type="checkbox"/>      |                                                          |
| 45.8. La recto- sigmoïdectomie (ALTENEIER)                          |                                                          |
| 45.10. Fixation du Canal Anal (thiersch) <input type="checkbox"/>   |                                                          |
| 45.11. Intervention de Delorme <input type="checkbox"/>             | 45.12. Cerclage de l'anūs <input type="checkbox"/>       |
| 45.13. Technique selon Looock Hart MUMMERY <input type="checkbox"/> |                                                          |
| 45.14. Autres.....                                                  | 45.99. Indéterminé <input type="checkbox"/>              |
| 45.16. Résultat du traitement chirurgical <input type="checkbox"/>  | (1.Non satisfaisant, 2.Peu satisfaisant, 3.Satisfaisant) |

## VI LES GESTES ASSOCIES :

- 46.1. Myorrhaphie des muscles releveurs  46.2. Réparation du sphincter anal   
 46.3. Colpo-périnéorrhaphie antérieure postérieure classique   
 46.4. Autres.....  46.5. Indéterminé

### VII SUITES OPERATOIRES :

- 47.1 Evolution  (1 Sans complication, 2 Avec complication)  
 47.2 Complications per-opératoires :  
 47.3 Lésions rectales  47.4 Hémorragie   
 47.5 Troubles de la coagulation  47.6 Lésions vasculaires   
 47.7 Autres à préciser.....  47.9 Indéterminé   
 48.1 Complications post-opératoires   
 48.2 Complications post-opératoires Précoces   
 48.3 Constipation terminale  48.4 Hémorragie post-opératoires   
 48.5 Autres .....  48.9 Indéterminé   
 49. Complications post-opératoires a cours terme :  
 49.1 Abscès de la paroi  49.2 Suintement   
 49.3 Lâchage des fils   
 49.4 Autres .....  49.9 Indéterminé   
 50. Complications post-opératoires a terme   
 50.1 Œdème périnéal important:  50.2 Récidives   
 50.3 Autres à préciser .....  50.9 Indéterminé   
 51. Mode de suivi  
 51.1 Venu de lui-même  
 51.2 Sur rendez-vous  51.3 Vu a domicile   
 51.4 Sur Convocation

### VIII HOSPITALISATION :

- 52.1 Durée du séjour |||jours  
 52.2 Durée de la sonde urinaire |||jours  
 52.3 Evolution à court terme  (1.Exeat , 2.Transfert, 3.Décès)  
 52.4 Coût de la prise en charge |||  
 52.5 Frais de consultation |||| 52.6 Frais d'ordonnance ||||  
 52.7 Frais d'hospitalisation |||| 52.8 Frais d'intervention ||||  
 52.9 Coût total de la prise en charge |||||||

### IX RESULTATS DU TRAITEMENT :

#### A trois mois :

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

#### A six mois :

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

#### A un an :

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



Prolapsus total étranglé chez un adulte de 45ans (image personnelle)



Prolapsus total non étranglé chez un enfant de 2ans (image personnelle).





**Figure** : Prolapsus extériorisé par l'anus de la paroi rectale.



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : BOGOLA

**Prénom** : Amadou

**Secteur d'intérêt** : Chirurgie

**Ville de soutenance** : Bamako

**Année de soutenance** : 2008

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Sujet** : *Le Prolapsus du Rectum dans les Services de Chirurgie Générale et Pédiatrique du C.H.U. Gabriel TOURE.*

### **Matériel et Méthode.**

Etude rétrospective et prospective de janvier 2001 à décembre 2005, nous avons colligé 74 dossiers repartis en deux groupes : Enfants 60 cas et Adultes 14 cas soit respectivement 81 % et 19 %.

**Résultats** : Dans le groupe des enfants la fréquence hospitalière a été 12cas /an, L'âge moyen était de 3,2 ans avec des extrêmes de 1 à 6 ans, le sexe ratio 1,1 en faveur des garçons, le prolapsus rectal était muqueux dans 55 %, total dans 35% étranglé dans 7 % des cas. Les facteurs favorisants étaient dominés par la constipation dans 65 % des cas.

Chez les adultes : La fréquence hospitalière 3 cas / an

L'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes de 19 à 74 ans ; le sexe ratio 2,5 en faveur des femmes. Les signes fonctionnels les plus fréquemment rencontrés étaient la constipation 12 (85 %), incontinence anale 5 (35 %) et ténesme 6 (47%). Tous les malades avaient reçu un traitement conservateur préalable.

La rectopexie a été la meilleure technique opératoire avec peu de récurrence

**Mots clés** : Prolapsus rectal – Enfants - Adultes – Rectopexie Orr-Loyque

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai des soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!

**FIN DE LA THESE MERCI BOGOLA**