



Notre expérience sur la technique de Delorme dans le traitement du prolapsus rectal complet de l'adulte

Herinirina SAE^{*1}, Rasataharifetra H¹, Andrianiana HD², Rakotoarijaona HA¹, Ratsivalaka R¹

¹ Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

Justification: La rectopexie par voie transabdominale est actuellement la technique recommandée dans le traitement du prolapsus rectal de l'adulte. Toutefois, la technique de Delorme utilisant la voie périnéale pourrait être une alternative en cas de contre-indication à la laparotomie, en particulier chez les patients âgés ou à risque.

Objectif: Démontrer la faisabilité, la bénignité et l'efficacité de l'intervention de Delorme et d'analyser les résultats post opératoires.

Patients et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective de cinq ans incluant les patients adultes opérés pour prolapsus rectal complet au sein du Service de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina (Madagascar). La technique de Delorme était pratiquée sous anesthésie locorégionale.

Résultats: Sur sept patients opérés qui présentaient un prolapsus rectal datant de plus de cinq ans, cinq avaient plus de 60 ans avec une prédominance féminine. Six cas avaient une incontinence anale dont cinq partielles et une totale. L'évolution post opératoire est excellente avec reprise précoce du transit, absence de récurrence et parfaite continence.

Conclusion: L'opération de Delorme est une technique simple, efficace et bien tolérée. Elle mérite d'être adoptée aussi bien chez les personnes âgées que chez les adultes jeunes.

Mots-clés: Chirurgie; Prolapsus rectal; Voie périnéale

Abstract

Titre en anglais: Experience on using Delorme procedure in treatment of adult complete rectal prolapse

Purpose: Currently, transabdominal rectopexy is the recommended technique in rectal prolapse treatment. However, Delorme procedure using perineal approach would be an alternative in case of laparotomy contraindication, especially in elderly patients.

Aim: To demonstrate feasibility, benignity, efficiency of Delorme operation and to analyze post operative results.

Patients and method: It is a five years retrospective survey which include adults patients operated for complete in Surgical ward of Toamasina (Madagascar) university hospital. Delorme technique with spinal anesthesia was practiced.

Results: On seven operated patients who presented more five years lasting rectal prolapse, five had more than 60 years old with female predominance. Six presented anal incontinence, partial in five and complete in one case. Post operative evolution was excellent with early return of transit, no recurrence and perfect continence.

Conclusion: Delorme operation is simple, efficient and well tolerated. This interesting procedure can be used both in the elderly than in young adults.

Keywords: Perineal approach; Rectal prolapse; Surgery

Introduction

Le prolapsus rectal se définit comme l'extériorisation à travers l'orifice anal d'une portion plus ou moins étendue du rectum. Il est complet ou total quand l'invagination par l'anus intéresse toute la paroi rectale et doit être différencié du prolapsus muqueux ou partiel dans lequel la muqueuse seule sort par l'anus [1,2]. C'est une affection d'incidence faible qui a été surtout décrit chez les personnes âgées. Cependant, elle n'est pas exceptionnelle chez l'adulte jeune et l'enfant [3]. Le traitement, qui est exclusivement chirurgical, a pour but de contrôler le prolapsus, de restaurer la continence et de prévenir les troubles de la défécation [4]. Il peut se faire par voie transabdominale ou par voie périnéale [2]. En 1899, Edmond Delorme a décrit une technique associant résection de la muqueuse et plicature de la musculature rectale [5]. L'intervention de Delorme actuelle est une technique modifiée [6]. Notre travail porte sur sept cas de prolapsus rectal de l'adulte pris en charge dans le Service de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina (Madagascar). L'objectif de cette étude est de démontrer les avantages de cette technique bénigne et simple de réalisation.

Patients et méthode

C'est une étude rétrospective menée au Service de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina (Madagascar) du mois d'avril 2000 au mois de juillet 2005. Nous avons colligé sept patients porteurs de prolapsus rectal ancien. Ces patients avaient été opérés selon la technique de Delorme sous anesthésie locorégionale. Les formes pédiatriques étaient exclues du travail. L'âge, le sexe, les facteurs favorisants, les signes cliniques, la continence sphinctérienne, le stade et l'évolution post opératoire étaient les paramètres à étudier.

Résultats

L'âge moyen était de 63,7 ans avec des extrêmes allant de 43 à 75 ans. Le pic maximal se situait entre 60 et 70 ans (57,14%). Il existait une forte prédominance féminine (cinq cas, soit 71,43%). Les efforts prolongés et les constipations chroniques étaient les facteurs favorisants présentés par quatre de nos patients (57,16%). La douleur constituait le maître symptôme, observée dans quatre cas. Puis venaient les saignements et les suintements glaireux. Presque tous les malades présentaient une incontinence sphinctérienne (six cas soit 85,71%) dont cinq cas d'incontinence partielle et un cas d'incontinence totale. Ils sont tous vus et opérés au stade de prolapsus complet. L'évolution à court terme était favorable avec disparition

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: h_sablon@hotmail.com

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

	Nombre de cas	Récidive (%)
Orr-Loygue	248	5.5
Ripstein	150	3.2
Wells	101	3
Delorme	190	9

Tabl. 1: Taux de récurrence en fonction de la technique opératoire

de l'incontinence sphinctérienne dans 100% des cas. Au recul de trente mois, aucune récurrence n'était signalée dans six cas, le septième étant perdu de vue.

Discussion

Le prolapsus rectal est une pathologie complexe, comme en témoignent l'abondance de la littérature qui y est consacrée et la diversité des traitements proposés. Son étiologie est multifactorielle et sa pathogénie exacte n'est pas parfaitement élucidée [3]. Avant 50 ans, il se voit plutôt chez l'homme, et au delà, il touche préférentiellement la femme [7]. Notre série ne fait que conforter cette répartition. Cette prédominance féminine s'expliquerait par le rôle des facteurs étiologiques d'origine gynécologique et obstétricale responsable de la modification de la statique pelvienne ou rectale entraînant un affaiblissement du plancher périnéal [7]. La douleur, d'intensité variable avec ou sans irradiation, est le maître symptôme [8]. Elle était présente chez tous nos malades. Dans 57,14% de nos cas, le prolapsus date de plus de dix ans, expliquant le degré d'incontinence car plus le prolapsus est ancien plus l'incontinence est grave. Les nouvelles investigations para-cliniques telles que la défécographie, l'électromyographie donnent des renseignements utiles quant au degré d'incontinence mais ne sont pas encore disponibles dans notre contexte. La rectoscopie n'est que de peu d'intérêt dans la prise en charge. La meilleure intervention pour le prolapsus rectal reste encore inconnue [9]. Il existe deux méthodes bien distinctes selon la voie d'abord: celle utilisant la voie transabdominale et celle utilisant la voie périnéale. Le choix dépend du chirurgien, du plateau technique disponible mais surtout de l'état du patient. Pendant longtemps, la rectopexie transabdominale était la plus indiquée pour le prolapsus rectal complet du fait du taux de récurrence presque nul. La technique d'Orr-Loygue en est la plus connue en France [10]. Son objectif est une reposi-tion souple du rectum dans la concavité sacrée afin de limiter la fréquence des troubles fonctionnels. Néanmoins, devant des situations contre-indiquant la laparotomie ou l'anesthésie générale, l'abord périnéal selon Delorme est une alternative intéressante malgré la récurrence présumée élevée de cette technique selon la littérature (Tableau 1) [11,12]. En effet, elle peut se pratiquer sous anesthésie locorégionale ou même locale. Tous nos malades avaient bénéficié de cette technique du fait de sa simplicité et de son efficacité et nos résultats sans récurrences semblent confirmer les raisons de notre choix. Cette technique serait plus appropriée pour les personnes âgées étant moins lourde. La mortalité et la morbidité post opératoires seraient quasi nulles d'après certains auteurs [13]. Elle donne aussi de bons résultats chez les patients plus jeunes suggérant qu'elle puisse avoir une application plus large [14]. A Madagascar, au vu de notre situation économique,

	Nombre de cas	Mortalité	Récidive
Christiansen	32	0	3
Lagrange	1	0	0
Monson	27	0	1
Hourry	18	0	0
Notre expérience	7	0	0

Tabl. 2: Résultats de l'opération de Delorme

financière et l'âge des patients se présentant à la consultation, son indication paraît indiscutable. Une analyse des résultats fonctionnels de l'opération de Delorme a été effectuée par Dippolito [15]. Dans sa série, 26 sur 27 patients ont eu un bon résultat global: l'évacuation incomplète est résolue dans 87% des cas; la constipation, le saignement et la nécessité d'aide manuelle à la défécation par la pression du périnée ou du vagin sont améliorés dans tous les cas. Nos résultats ne s'éloignent pas des leurs. Pour ce qui est de la continence anale, nous avons constaté que l'incontinence anale était résolue dans 100% des cas. Et Boccasanta [16], sur une série de 40 patients en quatre ans, a constaté que l'abord périnéal présente d'autres avantages tels que perte sanguine minime, séjour hospitalier réduit, disparition totale de la douleur, bonne continence fécale et taux de récurrence faible (10 à 15%). Chaque méthode chirurgicale présente des avantages et des inconvénients. Si Mannaerts [17] affirme l'efficacité de la rectopexie, la technique de Delorme reste une bonne option pour les sujets âgés et ceux chez lesquels la laparotomie est contre indiquée. En pratique, les résultats post opératoires de nombreux auteurs ainsi que les nôtres, avoisinent celle de la rectopexie par voie abdominale du point de vue récurrence tout en gardant des avantages en matière de simplicité et de morbi-mortalité chez les patients âgés (Tableau 2) [14,19,20].

Conclusion

Dans notre contexte, l'opération de Delorme mérite d'être mieux connue et conseillée chaque fois que se présente un prolapsus rectal chez l'adulte. Le geste chirurgical est simple, peu lourd pour les sujets à risque, efficace et adapté à notre plateau technique et aux possibilités financières de nos patients.

Références

- 1- Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. The best operation for rectal prolapse. Surg Clin North Am 1997; 77: 49-70.
- 2- Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg 2005; 140: 63-73.
- 3- Detry R. Prolapsus rectal. Louvain Med 1999; 118: S246-9.
- 4- Kuipers HC. Treatment of complet rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? World J Surg 1992; 16: 826-30.
- 5- Watkins BP, Landercasper J, Belzer GE, Rechner P, Knudson R, Bintz M, et al. Long term follow up of the modified Delorme procedure for rectal prolapse. Arch Surg 2003; 138: 498-502.
- 6- Gundersen AL, Cogbill TH, Landercasper J. Reappraisal of Delorme's procedure for rectal prolapse. Dis Colon Rectum 1985; 28: 721-4.
- 7- Madoff R, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. Dis Colon Rectum 1999; 42: 441-50.
- 8- Lechaux J, Atienza P, Husson E. Traitement du prolapsus rectal complet. Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie 1998; 123: 352.
- 9- Schiedeck TH, Schwandner O, Scheele J, Farke S, Bruch HP. Rectal prolapsed: which surgical option is appropriate? Langenbecks Arch Surg 2005; 390: 8-14.

- 10- Loygue J, Norlinger B, Cunci O. Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse: report of 250 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 356-9.
- 11- Cosendey BA, Chapuis G. Place de l'opération de Delorme dans la cure du prolapsus du rectum. *Helv Chir Acta* 1990; 56: 943-6.
- 12- Schutz I, Dolk A, Johanson C. Long term results and functional outcome after Ripstein rectopexie. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 35-43.
- 13- Watkins BP, Landercasper J, Belzer GE. Long term follow up of the modified Delorme procedure for rectal prolapsed. *Arch Surg* 2003; 138: 498-502.
- 14- Tobin S, Scott IH. Delorme operation for rectal prolapsed. *Br J Surg* 1994; 81: 1681-4.
- 15- Dippolito A, Esser S, Reed J 3rd. Anterior modification of Delorme procedure provides equivalent results to Delorme procedure in treatment of rectal outlet obstruction. *Curr Surg* 2005; 62: 609-12.
- 16- Boccasanta P, Venturi M, Barbieri S. Impact of new technologies on the clinical and functional outcome of all procedures: a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 652-60.
- 17- Mannaerts G, Ruseler C. Surgical treatment of rectal prolapse. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150: 781-7.
- 18- Hourry S, Lechaux J, Huguier M. Traitement du prolapsus rectal par l'opération de Delorme. *Int J Colorectal Dis* 1987; 72: 149-52.
- 19- Christensen J. L'opération de Delorme avec plicature rétro anale des releveurs dans le traitement du prolapsus total du rectum. *Ann Chir* 1987; 41: 507-11.