

Technique de la résection transanale agrafée du rectum (STARR) pour rectocèle et procidence interne

Stapled transanal rectal resection for rectocele and internal rectal prolapse

● I. Sielezneff*, M. Ouaiissi*, B. Consentino*, N. Pirro*, B. Sastre*

Les troubles de l'évacuation fécale sont un motif fréquent de consultation en colo-proctologie. Ils évoluent souvent dans un contexte de constipation opiniâtre, et sont plus fréquents chez les femmes, en particulier en cas de multiparité et d'accouchements traumatiques. Ces femmes se plaignent d'une difficulté à évacuer l'ampoule rectale alors même qu'elles perçoivent une sensation de plénitude et de besoin. Ce symptôme définit la dyschésie. Sa cause peut être fonctionnelle (dyssynergie anorectale). Il s'agit dans les autres situations d'un trouble de la statique rectale. La rectocèle et la procidence interne du rectum sont les anomalies les plus souvent mises en évidence par l'examen clinique et les données de l'imagerie (colpo-cysto-déférographie, IRM dynamique). Outre la dyschésie, la rectocèle provoque une sensation d'évacuation incomplète, des défécations fragmentées, et nécessite parfois des manœuvres vaginales ou d'extraction digitale. La procidence interne du rectum s'accompagne d'une sensation de corps étranger intrarectal. L'abus de laxatifs est fréquent. Le traitement médical associe une rééducation par *biofeedback* à une régularisation du transit intestinal (mucilages). Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec. L'intervention peut être réalisée par un abord transanal (1-3), périnéal ou transvaginal avec ou sans interposition de matériel prothétique (4-6), ou plus rarement par laparotomie ou laparoscopie (7-11). La voie transanale permet une correction à la fois de la rectocèle et de la procidence interne. L'idée de réaliser une résection agrafée du rectum est venue d'observations faites au cours de la chirurgie hémorroïdaire par anopexie circulaire mécanique où l'on a parfois constaté une disparition anatomique de la rectocèle et une amélioration de l'évacuation fécale. Le Dr Antonio Longo a récemment proposé d'appliquer deux pinces mécaniques circulaires pour réséquer la paroi rectale en excès et rétablir la continuité digestive. Cette technique est validée par l'expérience viennoise et par un essai prospectif multicentrique italien (12). Une étude prospective multicentrique française comparant les résultats de cette technique à ceux obtenus après intervention de Sullivan est en cours.

PRINCIPES

Le but de l'intervention est de réséquer la rectocèle par une première application de matériel mécanique sur l'hémicirconférence

antérieure du rectum. Une seconde application est destinée à réséquer l'hémicirconférence postérieure, souvent siège d'une intussusception rectale.

PRÉPARATION PRÉOPÉRATOIRE

Un microlavement destiné à obtenir la vacuité rectale peropératoire est réalisé quatre heures avant l'intervention. L'antibio-prophylaxie consiste en une dose unique injectée au moment de l'induction (imidazolé, 500 mg). Aucune autre préparation n'est utile.

INSTALLATION PEROPÉRATOIRE

La malade est installée en position gynécologique. Les pieds reposent sur des étriers d'Arnous, ce qui procure un jour idéal sur le périnée. Le sondage urinaire est inutile. L'asepsie pariétale est réalisée selon la technique habituelle. Elle doit être large. Il faut également réaliser une asepsie du canal anal, du rectum, du vagin. Le matériel mécanique est préparé. Il s'agit d'un kit PPH-01 (Ethicon Endo-Surgery Inc) contenant une pince mécanique circulaire, un dilateur (CAD33), un anuscopie spécifique (PSA33), et un crochet permettant de transférer les fils à travers la pince.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La marge anale est exposée par quatre points de fils tressés non résorbables placés aux points cardinaux (*figure 1*). L'anus est progressivement dilaté en évitant tout traumatisme. Le dilateur prévu à cet effet (CAD33) est introduit, puis solidarisé au périnée à l'aide des quatre points précédemment mis en place (*figure 2*). On constate alors que la lumière du dispositif est obstruée par la muqueuse, témoignant de son caractère exubérant et procident.

L'anuscopie spécifique (PSA33) est ensuite introduit de manière à exposer l'hémicirconférence rectale antérieure. Une première bourse de fil non résorbable (Prolène, Ethicon ; décimale 3 aiguille - 26 mm) est placée immédiatement au-dessus du pôle supérieur des plexus hémorroïdaires de manière à inclure le pôle inférieur de la rectocèle et la partie antérieure de la procidence interne (*figure 3*). L'aiguille charge la muqueuse, la sous-muqueuse et la paroi musculaire rectale. La paroi rectale est ainsi faufilee de gauche à droite (*figure 4*).

* Service de chirurgie générale et digestive, hôpital Sainte-Marguerite, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, BP 29, 13274 Marseille Cedex 9.



Figure 1. Photographie peropératoire montrant les quatre points cardinaux exposant la marge anale.

Les extrémités du fil sont repérées par des pinces de Halsted. Une deuxième bourse est réalisée de la même manière un centimètre au-dessus de la précédente. Une troisième bourse sus-jacente peut être nécessaire lorsque la rectocèle est volumineuse, l'important étant de l'inclure en totalité dans les sutures.

Ce temps achevé, il faut impérativement protéger la face postérieure du rectum avant d'introduire la pince mécanique. L'anuscope spécifique (PSA33) est retiré. Une valve malléable métallique (comparable à un abaisse-langue) est glissée dans l'interstice postérieur du dilateur de manière à récliner la paroi rectale (figure 5). La pince mécanique ouverte peut alors être introduite sans risque d'agrafage postérieur intempestif. La tête de la pince doit franchir la zone où les bourses ont été placées, ce qui est perceptible sous la forme d'un ressaut (figure 6). Les fils sont ensuite transférés à travers la portion proximale de la pince au moyen des crochets prévus à cet effet. Ils croisent en arrière l'axe de la pince et émergent du côté controlatéral (figure 7). Les fils sortant à droite sont noués aux fils apparaissant à gauche. Cela permet d'exercer une traction sur la paroi rectale et d'invaginer la rectocèle dans le mécanisme de la pince (figure 8), qui est progressivement fermée. La graduation se trouvant sur l'enclume permet de contrôler son bon positionnement au niveau de la portion basse du rectum, c'est-à-dire à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la marge anale (figure 9). La pince est alors appliquée.

Elle est ensuite dévissée puis retirée. On découvre alors habituellement une zone d'agrafage circulaire, la traction sur les bourses ayant artificiellement créé un pont postérieur. Ce dernier est sectionné au moyen de ciseaux. La valve malléable est alors retirée, et l'anuscope spécifique mis en place. Il faut vérifier la qualité de l'hémostase au niveau de la ligne d'agrafes. Il n'est pas rare d'observer une ou deux zones hémorragiques, en particulier au niveau des "oreilles" se trouvant aux extrémités de la suture. Il est impératif de réaliser une hémostase soignée par des points de fil à résorption lente (Vicryl, Ethicon ; décimale 3 aiguille - 26 mm). Le traitement de la procidence d'accompagnement siégeant au niveau de la face postérieure du rectum est ensuite réalisé

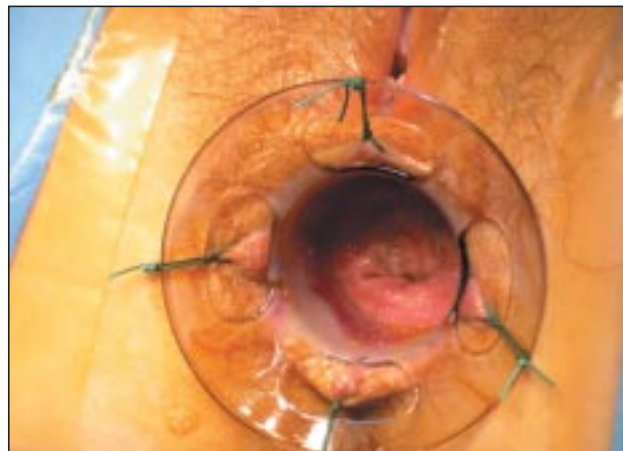


Figure 2. Le dilateur est introduit dans le canal anal puis solidarisé au périnée.

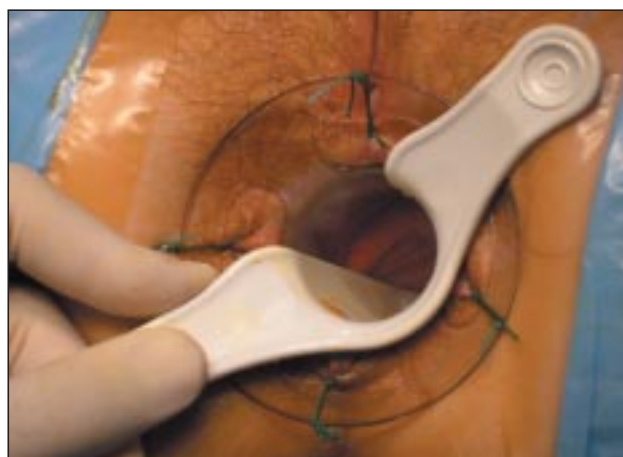


Figure 3. Introduction de l'anuscope spécifique.

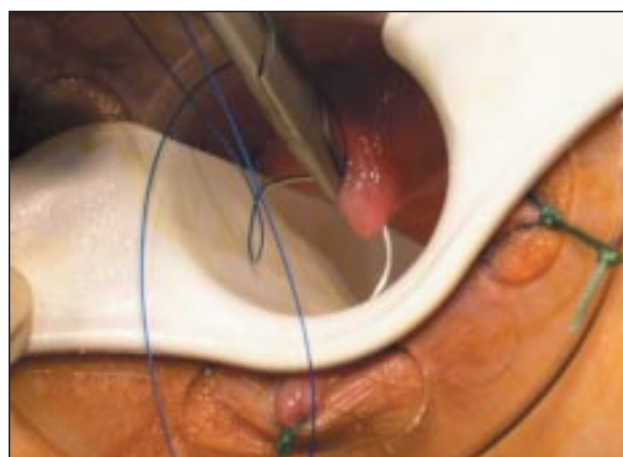


Figure 4. Photographie peropératoire montrant la réalisation de la première bourse antérieure.

selon une technique identique. En règle générale, une ou deux bourses sont suffisantes.

L'intervention se termine par une vérification de l'hémostase.

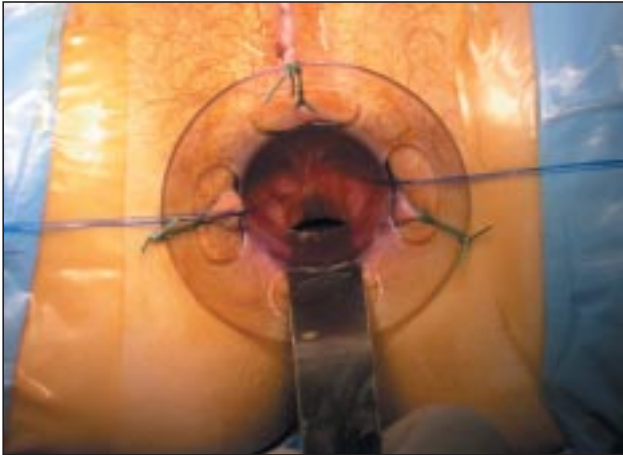


Figure 5. Introduction d'une valve malléable métallique protégeant la paroi rectale postérieure.

Un tampon hémostatique est placé au niveau du bas rectum. La réalisation d'un bloc périméal (deux ampoules de Naropéine® 7,5 mg) améliore notablement l'analgésie postopératoire.

SOINS POSTOPÉRATOIRES

Ils se limitent localement à une bonne hygiène périméale. L'alimentation, riche en fibres, au besoin complétée par des mucilages, est reprise dès le soir de l'intervention. L'antibiothérapie postopératoire est discutée. Certaines équipes prônent l'utilisation de métronidazole (500 mg trois fois par jour).

COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES

Les données de la littérature sont pauvres. On peut néanmoins craindre la survenue d'hémorragies ou de suppurations dans la période postopératoire immédiate.

Les sténoses sont rares comme en témoigne le travail de Boccasanta et al. (12). Dans ce travail, leur taux était de 2,2% à un mois (deux cas sur 90 malades), puis de 3,3% au-delà. Toutes ont nécessité des dilatations par voie endoscopique.

RÉSULTATS

Les résultats postopératoires sont rapportés dans cette série avec un recul de 16 mois (12). La durée moyenne de l'incapacité professionnelle a été de 10,2 jours. Les pressions de repos et de retenue étaient identiques après l'intervention. La rectocèle et la procidence d'accompagnement n'étaient plus visibles sur les clichés de défécographie postopératoire. Tous les malades avaient, en revanche, un aspect de double incisure au niveau du bas rectum correspondant aux sites d'agrafage. La baryte n'était pas totalement évacuée après effort de défécation pour 25,2% des malades, traduisant la persistance de troubles de l'évacuation dans un quart des cas. Globalement, cette dernière était cependant améliorée pour l'ensemble des critères étudiés ($p < 0,001$). La fréquence quotidienne des selles était plus faible. Elles étaient plus faciles à éliminer. La sensation d'évacuation était meilleure après l'intervention. La défécation



Figure 6. Introduction de la pince mécanique (perception d'un ressaut lorsque la tête dépasse les bourses).



Figure 7. Les fils sont transférés à travers l'enclume de la pince au moyen d'un crochet.

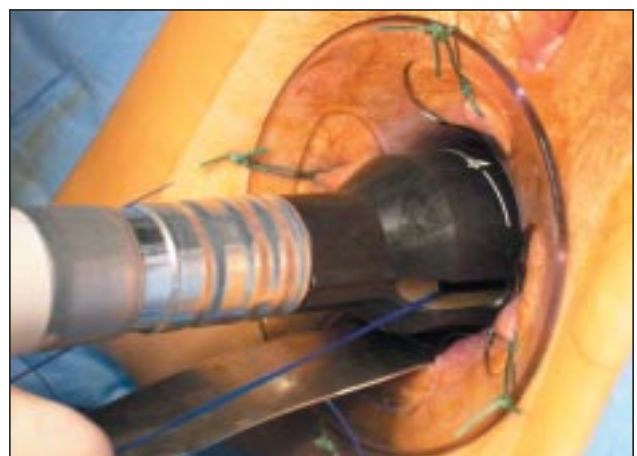


Figure 8. Une traction exercée sur les fils invagine la rectocèle dans l'enclume de la pince.

était moins douloureuse et moins longue. La nécessité de recourir à des manœuvres digitales de compression ou d'extraction était plus rare, de même que les épisodes de faux besoins.



Figure 9. La pince est fermée (contrôle de la position sur la graduation), puis actionnée.

L'usage de laxatifs et de lavement était notablement réduit. Il est également important de noter qu'il n'y a pas eu de dyspareunie postopératoire, contrairement à ce qui est rapporté après les interventions réalisées par voie périnéale.

Il n'y a pas eu d'incontinence sévère ni de fistule rectovaginale. Les principales complications tardives ont été de nature fonctionnelle : 17,8 % des malades (16/90) ont eu une impériosité postopératoire, et 8,9 % (8/90) une incontinence au gaz. Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer ces phénomènes. L'impériosité pourrait être consécutive à une diminution de la compliance rectale, ou être en rapport avec des perturbations de l'innervation intrinsèque du rectum.

Il semble qu'elle soit susceptible de perdurer. C'est la raison pour laquelle elle constitue la limite principale à cette intervention.

CONCLUSION

La faisabilité de la résection transanale agrafée du rectum (STARR) est aujourd'hui démontrée. Il s'agit d'une technique sûre et efficace permettant de corriger rectocèles et procidences internes d'accompagnement. Les résultats suggèrent une bonne efficacité sur la dyschésie et les symptômes associés aux difficultés d'évacuation rectale. Son usage doit être évité en cas de diarrhée préopératoire, d'incontinence anale, de troubles de la compliance rectale et d'impériosité. ■



Figure 10. La pièce opératoire est étalée, avant l'inclusion, sur une plaquette de polystyrène.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sarles JC, Arnaud A, Sielezneff I, Olivier S. Endo-rectal repair of rectocele. *Int J Colorect Dis* 1989;4:167-71.
2. Sielezneff I, Malouf A, Cesari J et al. Selection criteria for internal rectal prolapse repair by Delorme's transrectal excision. *Dis Colon Rectum* 1999;42:367-73.
3. Sielezneff I. Troubles de la statique pelvi-rectale. *Gastroentérol Clin Biol* 2001;25 :995-8.
4. Lehur PA, Bruley des Varannes S, Moyon J et al. Rectocèles invalidantes: plicature rectale par voie périnéale. *Chirurgie* 1992;118:516-21.
5. Watson SJ, Loder PB, Halligan S et al. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh: a clinical, physiological and radiological assessment of treatment. *J Am Coll Surg* 1996;183:257-61.
6. Sand PK, Koduri S, RW Lobel et al. Prospective randomized trial of polyglactine 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1357-62.
7. Sarles JC, Arnaud A, Joly A, Sielezneff I. La procidence interne du rectum. Possibilités thérapeutiques, à propos de 47 patients. *Gastroentérol Clin Biol* 1991;15:124-9.
8. Villet R, Morice P, Bech A et al. Approche abdominale des rectocèles et des élytrocèles. *Ann Chir* 1993;47:626-30.
9. Lyons TL, Winer WK. Laparoscopic rectocele repair using polyglactin mesh. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:381-4.
10. Silvis R, Gooszen HG, Van Essen A et al. Abdominal rectovaginopexy: modified technique to treat constipation. *Dis Colon Rectum* 1999;42:82-8.
11. Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair: a ten-year experience. *Dis Colon Rectum* 2001;44:857-63.
12. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1285-97.