

Prise en charge des dyschésies et rééducation

RÉSUMÉ | SUMMARY

La dyschésie est une difficulté d'exonération des selles. Elle est liée à d'autres pathologies pelvi-périnéales : anisme, troubles de la statique pelvienne, ou incontinence anale notamment. Son traitement associe traitement médical, comportemental, rééducation périnéale et globale.

Le biofeedback est validé comme traitement efficace des dyschésies ; le biofeedback-pression est bien adapté à cette rééducation : il permet la rééducation des étages rectal et anal et de leur coordination.

Dyschesia is difficulty in defecating. It is linked to other pathologies in the region such as anismus, pelvic problems and anal incontinence. The treatment of dyschesia is a combination of medication and behavioral and pelvic floor rehabilitation.

Biofeedback has been validated as an effective treatment of dyschesia. Pressure-biofeedback is well suited to this rehabilitation. It allows rehabilitation of the different rectal and anal stages as well as their coordination.

Hélène COLANGELI-HAGEGE

Kinésithérapeute
Paris

L'auteur déclare avoir un lien d'intérêt :
H.C.H. : essai clinique en qualité d'investigateur secondaire pour la Société Techni-Pharma
H.C.H. : interventions ponctuelles (membre du Comité scientifique) pour la Société Techni-Pharma

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Anisme ► Biofeedback ► Constipation ► Dyschésie
► Incontinence anale ► Rééducation ► Troubles de la statique pelvienne

► Anismus ► Biofeedback ► Constipation ► Dyschesia
► Anal incontinence ► Rehabilitation ► Pelvic floor disorders

La dyschésie est une plainte fréquente : elle touche une personne sur 5, à prédominance féminine [1]. On la définit comme une difficulté d'exonération des selles : la dyschésie est une constipation distale gênante. Son impact sur la qualité de vie est important [2].

On distingue habituellement constipation de transit, liée à un trouble de la progression colique, et constipation terminale ou distale, trouble de la vidange rectale. De même, on distingue habituellement troubles de l'évacuation rectale et troubles de la continence anale. Dans la pratique clinique, ces pathologies sont très souvent associées et intriquées.

La difficulté d'exonération regroupe des signes subjectifs :

- efforts expulsifs importants en durée et en intensité ;
- manœuvres digitales intracavitaires ou péri-anales ;
- évacuation incomplète ;
- évacuation en plusieurs fois ;
- sensation de rectum plein ;
- perte de la sensation de besoin ;
- difficultés d'essuyage : les efforts d'exonération peuvent être suivis d'une béance ou éversion anale, entraînant des difficultés d'essuyage ou des salissures après la selle.

Le diagnostic de dyschésie sera confirmé par la présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants depuis plus de 3 mois :

- difficulté régulière d'exonération des selles (au moins une fois sur 2 sur les tentatives d'exonération des selles) ;
- sensation fréquente de rectum plein ;
- absence régulière de sensation de besoin d'aller à la selle.

DYSCHÉSIE ET ANISME

Le mécanisme responsable de dyschésie le mieux connu est l'anisme, contraction paradoxale de l'appareil sphinctérien strié au moment de l'évacuation, constituant un obstacle. Le diagnostic d'anisme représente au moins 20 % des cas de dyschésie.

DYSCHÉSIE ET TROUBLE DE LA STATIQUE PELVIENNE

La dyschésie est fréquemment associée à un trouble de la statique pelvienne (rectocèle, prolapsus rectal ou anal). D'après P. Coulom [3], les troubles de la statique rectale sont la cause prin-

cipale de la dyschésie, et il signale que 80 % des patients ont au moins deux anomalies répertoriées susceptibles de provoquer les troubles de l'exonération [4]. Il est alors difficile de retrouver la cause première : le prolapsus peut favoriser une dyschésie, mais il peut aussi être favorisé et majoré par une dyschésie.

DYSCHÉSIE ET INCONTINENCE ANALE

La dyschésie est un facteur aggravant des incontinences anales (IA), la vidange rectale incomplète occasionnant des accidents à la marche prolongée ou à l'effort. Plus l'IA est sévère, plus il devient vital de vider correctement le rectum.

La dyschésie est parfois l'un des facteurs constitutifs de l'IA, par les efforts de poussée répétés et prolongés responsables de neuropathie d'étirement [5].

DYSCHÉSIE ET MATERNITÉ

Les modifications liées à l'accouchement (troubles du tonus sphinctérien, cicatrices, transit ralenti, hémorroïdes, fissure, rectocèle, neuropathies d'étirement) peuvent faire apparaître une dyschésie en post-partum, ou aggraver une dyschésie pré existante [6].

L'apparition d'une incontinence anale en post-partum pourra occasionner chez la patiente des efforts de retenue désordonnés et inappropriés, facteurs de troubles de la coordination recto-anale.

LA DYSCHÉSIE N'EST PAS UN SYMPTÔME ISOLÉ

La dyschésie est donc fréquemment associée à d'autres pathologies pelvi-périnéales [7], qu'elle complique et qu'elle peut aggraver : incontinences anales, douleurs anales, rectales ou pelviennes, incontinences urinaires, dysuries, syndrome de l'ulcère solitaire du rectum, prolapsus rectal ou anal, rectocèle, périnée descendant ou descendu.

ANTÉCÉDENTS TRAUMATIQUES

L'anisme et les troubles de la coordination recto-anale et ano-rectale ont souvent une origine traumatique : antécédents d'abus sexuels, d'agressions, accouchements traumatiques, douleur même épisodique (fissure).

On retrouve également des événements de vie traumatiques : fausses couches, IVG, qui ont pu être difficiles à vivre et s'inscrire dans la mémoire corporelle du sujet.

ÉTUDE MÉCANIQUE DE LA DYSCHÉSIE

Certains des mécanismes responsables de la dyschésie peuvent être mis en évidence par la manométrie ano-rectale [8-10] : cet examen permet de mesurer notamment :

- la sensibilité rectale consciente : premier seuil de perception de la distension, seuil d'apparition du besoin et volume maximal tolérable ;
- la longueur du canal anal et le profil anal ;
- le réflexe recto-anal inhibiteur ;
- le comportement de l'appareil sphinctérien strié : tonus de repos, contraction maximale volontaire, relaxation, coordination avec l'étage abdominal ;
- la poussée évacuatrice : mesure de l'augmentation de pression intrarectale, coordination avec l'étage anal.

TRAITEMENT DE LA DYSCHÉSIE

Le traitement de la dyschésie nécessite une bonne participation du sujet. Il associe classiquement :

- un traitement médical ;
- un traitement comportemental réalisant une véritable éducation du patient ;
- une rééducation périnéale, manuelle et par biofeedback, à la recherche d'un bon comportement rectal, anal, et de leur bonne coordination (recto-anale et ano-rectale). Le biofeedback est validé comme traitement efficace des dyschésies, surtout en cas d'anisme [10-12] ;

– une rééducation globale : massage abdominal et automassage (validé comme traitement efficace des troubles du transit chez le patient neurologique [10]), relaxation, exercices respiratoires, revalorisation de la compétence abdominale, réveil postural.

ARGUMENTS EN FAVEUR DU BIOFEEDBACK PRESSION

Le biofeedback périnéal pourra être manométrique ou par électrodes EMGi.

Le Pr Paratte affirme la supériorité de l'enregistrement pression sur l'enregistrement par électrodes EMG, pour mesurer les effets de la contraction musculaire périnéale.

Selon Siproudhis [4], la manométrie permet de quantifier l'hypertonie et/ou l'intensité de la dys-synergie. Elle guidera la rééducation par biofeedback en précisant les troubles à corriger.

J.-P. Avinac [13] et M.-C. Cappelletti [14] recommandent le biofeedback en manométrie, plus proche de la physiologie que l'enregistrement par électrodes EMGi.

Le biofeedback ano-rectal étant complété de distensions rectales par ballonnets, pour des raisons d'ergonomie nous avons choisi de privilégier la manométrie : le même outil permet de renseigner et rééduquer l'étage rectal, l'étage anal et leur coordination.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le kinésithérapeute s'intègre à une équipe médicale. La rééducation ne trouve sa place qu'après un examen médical complet à la recherche de pathologies non fonctionnelles.

Le kinésithérapeute s'informerait du traitement médical prescrit et s'assurerait de l'observance du traitement. Le nomadisme des patients et leur long parcours médical aboutit à une faible observance du traitement. Le traitement prescrit est souvent interrompu, le patient ayant peur d'un traitement continu et d'une forme « d'accoutumance ».

Les régulateurs de transit (osmotiques ou mucilages) permettent d'obtenir des selles à la consis-

tance régulière [15]. Ils sont conseillés que les selles soient trop molles ou trop dures. On peut les présenter au patient comme des compléments alimentaires, sans danger même en cas d'utilisation continue.

Les suppositoires à libération gazeuse sont très utiles, surtout en début de traitement, pour favoriser une bonne vidange rectale, notamment avant les séances de rééducation [10, 15]. Ce traitement participe à la rééducation rectale, la distension du rectum rééduquant le réflexe de contraction rectale.

En l'absence de selles plusieurs jours d'affilée, le recours aux **lavements** (Normacol lavement ou lavement à l'eau tiède) reste le traitement le moins invasif [15]. Il est à conseiller aux sujets qui voyagent et redoutent les changements de rythme et d'alimentation.

TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

C'est la part du traitement à privilégier pour J.-P. Lagoidet [16]. La rééducation comportementale permet d'agir de façon indirecte sur l'activité rectale [17, 18].

ÉCOUTE

Les troubles digestifs, dont la constipation, associent souvent une composante psychologique comportementale et des facteurs psychosociaux [19].

J.-P. Lagoidet parle « d'écoute conduite » et insiste sur la dimension d'empathie pour obtenir la motivation du patient et son adhésion au traitement. Le praticien doit être prêt à accueillir et accompagner des manifestations émotionnelles en rapport avec des événements de vie.

L'ancienneté des troubles peut justifier à elle-seule une certaine défiance de la part du patient. Le praticien aura à montrer son implication et sa compétence pour gagner l'adhésion du patient au traitement proposé.

Les antécédents d'abus sexuel ou d'agression sont fréquents, le praticien interrogera le sujet de façon

à ouvrir le dialogue : « Avez-vous subi des abus ou agression sexuels ? ».

Le praticien sera attentif aux mots utilisés par le patient pour évoquer ses troubles. Le vocabulaire emprunté au champ lexical gynécologique ou obstétrical orientera le praticien dans son questionnement. La simple question : « Avez-vous eu tous les enfants que vous désiriez ? » permet d'ouvrir le dialogue.

ÉDUCATION DU PATIENT

- **Exercice physique régulier recommandé** : validé comme efficace chez les patients neurologiques [10].
- **Diététique** : hydratation suffisante mais il est inutile de l'augmenter au-delà de 1,2 l [16]. Apport raisonnable et régulier en fibres.
- **Éducatif**, on expliquera au patient :
 - son fonctionnement digestif, en lui montrant des planches anatomiques ;
 - la fonction de réabsorption d'eau et d'électrolytes du colon ;
 - le réflexe gastro-colique : le péristaltisme est activé par l'alimentation ;
 - l'intérêt des régulateurs de transit prescrits ;
 - l'importance de la dyschésie par rapport à l'incontinence anale, à traiter en priorité.

Le patient est invité à respecter des conditions favorables à l'évacuation :

- respecter la sensation de besoin ;
- rechercher un horaire favorable : après un repas (réflexe gastro-colique), au calme, régulier de préférence ;
- recours à un suppositoire à libération gazeuse en cas d'échec à l'évacuation ou de vidange incomplète ;
- utilisation de microlavement si nécessaire ;
- posture facilitatrice : pieds surélevés, écartés, genoux fléchis au-delà de 90°, coudes sur les genoux ;
- intégration des éléments perçus en biofeedback : relaxation du sphincter anal et du pubo-rectal, respiration diaphragmatique, si nécessaire poussée douce et progressive associée à une bonne relaxation du canal anal ;

– dispositif intra-vaginal palliatif si rectocèle importante (obtumax) : ce dispositif permet de refouler la rectocèle, il est placé dans la cavité vaginale avant de se présenter à la selle, gonflé à l'aide d'une seringue, dégonflé, puis retiré après la défécation.

RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ANO-RECTALE : bilan

■ Interrogatoire

- **Similaire à celui de tout bilan périnéal** : antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, colo-proctologique, ancienneté des troubles, traitements antérieurs.
- **Calendrier des selles** : sur une ou 2 semaines
- **Évaluation de la dyschésie** : signes subjectifs, importance de la gêne (EVA),
- **Évaluation de la continence si incontinence anale associée** : protections, situations d'évitement, automédication (consommation d'anti-diarrhéiques).
- Saignements, *soiling*, douleurs anales, rectales, pelviennes.

■ Examen externe

L'examen de la marge anale permet de vérifier l'absence de fissure et d'hémorroïde. On observe la présence de plis radiés, l'éventuelle béance anale, on vérifie les réflexes de toux et d'étirement. On apprécie le degré de descente périnéale au repos, à la toux et à la poussée, la remontée du noyau fibreux central du périnée lors de la contraction volontaire.

L'examen par voie vaginale chez la femme recherche des prolapsus, des douleurs, et renseigne sur l'état de la musculature périnéale.

■ Examen endo-cavitaire ano-rectal

Selon les trois temps décrits par L. Poumarat [20] : le doigt posé à plat sur la marge anale « amadou » le sphincter, puis le doigt s'engage dans le canal anal, puis il est introduit plus profondément. Il per-

met de s'assurer de la vacuité de l'ampoule rectale, d'évaluer le tonus et la force du sphincter externe et du pubo-rectal. Appréciation qualitative de la relaxation des différents faisceaux musculaires. Recherche de rectocèle, de prolapsus rectal, de douleur anale ou rectale. Évaluation du comportement sphinctérien lors de la poussée.

L'examen clinique endo-cavitaire peut évoquer un anisme mais le diagnostic fonctionnel sera précisé avec le bilan manométrique.

■ Bilan manométrique adapté au rééducateur

• **Matériel** : la sonde rectomax à double ballonnet permet d'évaluer simultanément les pressions dans le rectum et dans le canal anal (à condition de disposer d'un matériel d'enregistrement à deux voies pression).

Le ballonnet distal placé dans le rectum servira aussi de ballonnet distenseur, pour évaluer la sensibilité rectale consciente et reproduire l'arrivée d'un gaz ou d'une selle. La sonde est patient unique, protégée d'un couvre-sonde pour chaque séance.

RECHERCHE DES SENSIBILITÉS RECTALES

■ Évaluation de la sensibilité rectale consciente

Une fois la sonde mise en place la distension du ballonnet rectal se fait par injection d'air. On mesure la plus petite quantité d'air perçue (normale autour de 20 ml). Ce volume est très souvent augmenté en cas de dyschésie. Ensuite on recherche le volume qui déclenche une sensation de besoin pressant ou volume maximal tolérable (normal autour de 240 ml).

■ Troubles de la sensibilité rectale observés en cas de dyschésie

• **Diminution de la sensibilité recto-anale** : besoin tardif, souvent accompagné d'une élévation du premier seuil, signalant une moindre contractilité du réservoir rectal. Cette perte de sensibilité entraîne deux mécanismes de dys-

chésie : la poussée abdominale n'est plus accompagnée d'une bonne contraction rectale ce qui rend les tentatives d'évacuation moins efficaces ; la mauvaise poussée rectale demande une augmentation de l'effort de poussée abdominale, facteur d'aggravation des troubles de la statique pelvienne et de neuropathies d'étirement.

La présence de selles dans le rectum de façon chronique diminue sa sensibilité et augmente son volume (constitution d'un méga rectum). Cette diminution de la sensibilité est facteur d'incontinence anale : si les faibles volumes ne sont pas perçus les mécanismes de continence volontaire ne sont pas mis en jeu, l'incontinence est constatée.

• **Diminution du volume maximal tolérable** : occasionne des urgences (délai raccourci) ou IA sur le chemin des toilettes. Retrouvé dans certains cas d'anisme du haut canal, l'hypertonie du pubo-rectal réduisant le volume rectal.

MESURES PERMISES PAR LA MANOMÉTRIE ADAPTÉE AU RÉÉDUCATEUR

■ Mesure du profil anal

Le retrait progressif de la sonde permet d'enregistrer un profil anal, indispensable pour placer le ballonnet anal dans la zone de haute pression pour la CMV, à la jonction recto-anale pour le RRAI. L'examen détermine la longueur du canal anal (normale de 3 à 4 cm), et le tonus du canal anal au repos (normal entre 50 et 100 cm H₂O).

■ Enregistrement de la contraction maximale volontaire (CMV)

Le ballonnet proximal est placé dans la zone de haute pression, on demande une contraction volontaire et on mesure son intensité (reflet de la force) qui normalement doit atteindre deux à trois fois le tonus de base, sa durée et sa reproductibilité (endurance), le retour au tonus de base initial (qualité de la relaxation).

Pour inhiber une contraction rectale lors d'un besoin, la contraction volontaire doit pouvoir être maintenue au moins 30 à 40 secondes. On observe

simultanément la pression rectale, qui doit être stable.

■ Enregistrement de la poussée

On demande au sujet d'effectuer une poussée évacuatrice (manœuvre de valsalva). La poussée se traduit par une augmentation de pression rectale (normale autour de 30 cm H₂O). On observe la diminution simultanée de la pression dans le canal anal, signe de relaxation sphinctérienne.

■ Troubles du tonus sphinctérien

- **Hypertonie anale** : la pression est augmentée dans le canal anal au repos. Cette hypertonie peut concerner le sphincter externe, le pubo-rectal ou les deux. Une hypertonie au repos représente un obstacle à la défécation.
- **Anisme** : absence de relaxation sphinctérienne lors de l'effort de poussée évacuatrice. La relaxation sphinctérienne peut être insuffisante, retardée, ou ne concerner que le sphincter externe. Parfois, il y a une augmentation de la pression anale simultanée. On appelle ce trouble de coordination asynchronisme abdomino-sphinctérien, ou dyssinergie abdomino-sphinctérienne [20]. Lors de la défécation, le sujet pousse mais retient en même temps. La contraction paradoxale du pubo-rectal lors de la défécation est mieux mise en évidence par la défécographie.
- **Défaut de contraction anale** : facteur d'IA. La contraction volontaire de l'appareil sphinctérien strié n'augmente pas suffisamment la pression dans le canal anal pour assurer la continence. La faiblesse de tonus sphinctérien gêne la défécation : Schafick a montré que le sphincter externe est responsable du maintien de l'ouverture du canal anal [21]. La faiblesse périnéale entraîne une béance anale après la défécation, responsable de salissures.
- **Fatigabilité** : la contraction anale n'est pas maintenue assez longtemps pour permettre l'adaptation rectale, facteur d'IA.
- **Défaut de coordination** : cette contraction volontaire peut être associée à une poussée abdominale, dont le sujet n'a pas conscience, qui

est une forme d'asynchronisme à part entière. Pour éviter la confusion avec l'asynchronisme réalisé par l'anisme, nous l'appellerons trouble de la coordination ano-rectale.

- **Défaut de coordination + faiblesse sphinctérienne** : mécanisme d'IA. Lors d'un besoin le sujet retient peu et associe une poussée abdominale qui augmente le risque de fuite. Chez les patients dyschésiques, on trouve souvent une contraction fugace, brutale, insuffisante en intensité et/ou en durée, associée à une montée de pression rectale presque équivalente.

■ Troubles de la poussée évacuatrice

L'efficacité de la poussée dépend de plusieurs facteurs :

- consistance des selles : des selles molles peuvent être évacuées presque sans effort ;
- tonus sphinctérien (lisse et strié) : résistance à vaincre pour l'évacuation ;
- axe de la poussée : elle doit être dirigée dans l'axe du canal anal et non vers l'avant (ce qui majore la rectocèle) ;
- tonus du plancher pelvien : le plancher pelvien hypotonique s'effondre sous la poussée sans effet sur la vidange rectale ;
- intensité de la poussée elle-même : l'effort de poussée doit pouvoir atteindre environ 30 cm H₂O et être réalisé sans augmentation de la pression dans le canal anal ;
- qualité de la poussée : nous avons vu que la poussée brusque et intense favorise une contraction sphinctérienne simultanée, la poussée, quand elle est nécessaire, doit être progressive et raisonnable.

RÉFLEXE RECTO-ANAL INHIBITEUR (RRAI)

Le ballonnet proximal est repoussé à la jonction recto-anale, on procède à des insufflations du ballonnet distal pour déclencher et enregistrer le RRAI, celui-ci doit être proportionnel à la quantité d'air insufflée.

Il doit être présent, exception faite de la maladie de Hirschprung, rare, qui l'abolit. Son amplitude peut

être diminuée en cas d'hypertonie du pubo-rectal. La recherche de ce réflexe aura un rôle rééducatif.

ÉVACUATION DU BALLONNET

En fin d'examen on pourra demander l'évacuation du ballonnet gonflé de 30 à 50 ml d'air. Très difficile à obtenir en cas de dyschésie en début de traitement : certains auteurs en font un signe diagnostique suffisant à définir une dyschésie.

TECHNIQUES MANUELLES

Le recours aux techniques manuelles, même si elles sont moins précises que l'enregistrement des pressions permet au praticien de vérifier la vacuité de l'ampoule rectale, l'indolence du canal.

Les techniques manuelles permettent d'entreprendre l'apprentissage de contractions de l'appareil sphinctérien strié qualitatives : progressives, conduites, maintenues, suivies d'une décontraction la plus complète possible. Le sujet anxieux tend à privilégier le quantitatif sur le qualitatif. Le praticien doit savoir canaliser les efforts et les guider.

TECHNIQUES MANOMÉTRIQUES

En rééducation, les techniques à visée diagnostique sont souvent les mêmes que celles à visée thérapeutique. En rééducation ano-rectale, le praticien qui maîtrise la recherche des différents paramètres observables en manométrie est en mesure de proposer un entraînement adapté pour chaque anomalie retrouvée.

SENSIBILITÉ RECTALE CONSCIENTE

Sonde en place, ballonnets dans le rectum, le praticien procède par insufflations successives, jusqu'à obtenir la conscience de la distension (fig. 1). Le praticien note le volume déclenchant la première sensation ; ce volume va diminuer au



► Figure 1

Recherche des sensibilités rectales :
les deux ballonnets sont dans le rectum

fil des séances, avec l'amélioration de la sensibilité rectale consciente. Pour G. Valancogne [22], il s'agit d'un véritable « biofeedback sensitif ».

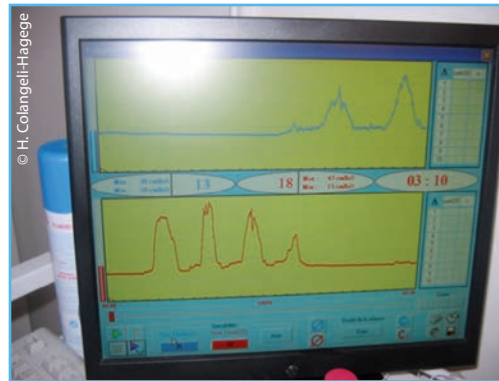
RECHERCHE DU VOLUME MAXIMAL TOLÉRABLE

Sonde en place, ballonnets dans le rectum, le praticien insuffle le volume perçu comme un besoin pressant, et orientera l'entraînement en fonction des résultats : si le volume est trop faible, on cherche à l'augmenter progressivement, de séance en séance.

Si le volume est trop élevé, on donne à sentir un volume fonctionnel au patient et lui propose de se présenter à la selle quand il ressent un besoin similaire. La répétition de ces insufflations va rééduquer le réflexe recto-rectal, la contractilité rectale et la sensation de besoin.

BIOFEEDBACK ANO-RECTAL

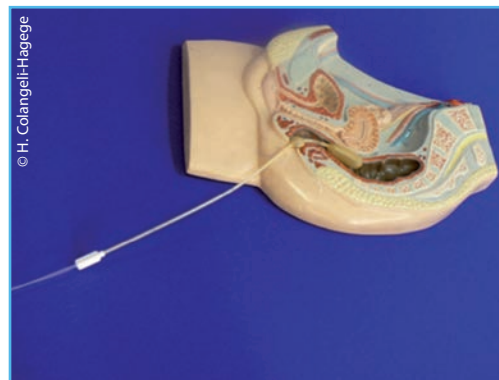
La sonde est placée ballonnet distal dans le rectum, ballonnet proximal dans le canal anal (zone de haute pression). L'entraînement se fait face à l'écran, le patient visualise l'enregistrement simultané des pressions rectales (partie haute de l'écran) et dans le canal anal (partie basse de l'écran) (fig. 2). Les consignes données au patient observeront des principes de douceur afin de l'aider à canaliser ses efforts.



► Figure 2

Exemple de bon synchronisme abdomino-périnéal :
lors de l'effort de retenue volontaire,
les pressions augmentent dans le canal anal, pas
dans le rectum

Lors de l'effort de poussée évacuatrice,
les pressions augmentent dans le rectum,
sans excès, pas dans le canal anal



► Figure 3

Profil anal :
le ballonnet proximal chemine dans le canal anal,
le ballonnet distal reste dans le rectum

Le praticien demande des contractions volontaires qualitatives et attire l'attention du patient sur l'absence de poussée abdominale. Le biofeedback est autant positif que négatif, l'attention du patient se portant autant sur la qualité de la contraction et l'absence de poussée associée, que sur la qualité de la relaxation. Les consignes données au patient observeront les mêmes principes de douceur afin de l'aider à canaliser ses efforts.

Le praticien demande des poussées douces et dirigées, en attirant l'attention du patient sur l'absence de contraction anale.

Le déclenchement du RRAI est l'un des moyens d'aider le patient à percevoir la relaxation sphinctérienne et de l'autoriser. La sonde sera placée ballon-

net distal dans le rectum, ballonnet proximal dans la partie haute du canal anal (fig. 3), juste après la jonction recto-anale. L'insufflation de petites quantités d'air dans le ballonnet distal déclenche le RRAI. Le patient visualise la diminution des pressions sur l'écran et enregistre la sensation correspondante. Le travail de la poussée pourra être couplé au RRAI, la poussée douce devant amplifier la chute de pression dans le canal anal.

En progression, l'expulsion du ballonnet peut être demandée au patient en fin de séance. Le praticien peut accompagner la migration du ballonnet dans le canal anal en exerçant une traction douce sur la sonde.

RÉÉDUCATION GLOBALE

■ Massage abdominal

Le massage abdominal est un adjuvant efficace du traitement rééducatif des dyschésies [11]. Il aide le transit, apporte une détente et peut inclure des manœuvres de drainage abdominales. Des manœuvres d'automassage sont montrées au patient.

■ Indications

- pesanteurs pelviennes et abdominales ;
- ballonnements ;
- tensions abdomino-diaphragmatiques ;
- troubles du transit.

■ Relaxation

Elle permet d'obtenir une diminution du tonus de base : respiration abdomino-diaphragmatique, respiration en cohérence cardiaque (6 cycles par minute), relaxation segmentaire type Jacobson, training autogène de Schultz. Exercices respiratoires visant à libérer et mobiliser le diaphragme.

■ Indications

- Anxiété ;
- hypertonie sphinctérienne ;
- anisme ;
- antécédents de vie traumatiques ;
- syndrome de l'intestin irritable (SII) ;
- incontinence anale (IA).

■ Compétence abdominale, réveil postural

Les exercices de type gymnastique hypopressive permettent de revaloriser la sangle abdominale et permettent un brassage viscéral favorable au transit. Ils permettent de lutter contre l'accentuation des troubles de la statique pelvienne et de réintégrer les prolapsus dans l'enceinte abdomino-pelvienne.

L'augmentation de tonus de la paroi abdominale obtenu par la gymnastique hypopressive s'accompagne d'une augmentation de tonus de la paroi périnéale, par co-activations abdomino-périnéales.

Les exercices sont enseignés au patient en position couchée, puis debout. La position debout, tronc penché en avant, mains sur les genoux permet d'optimiser les coactivations abdomino-périnéales et obtenir un effet maximal sur la statique pelvienne. La position debout posture corrigée permet d'intégrer les corrections dans la vie quotidienne.

■ Indications

- Hypotonie ou incompétence abdominale ;
- ballonnements ;
- pesanteurs abdominales, pelviennes ou rectales ;
- prolapsus grade 1 ou 2.

CONCLUSION

La dyschésie est un symptôme fréquent, polymorphe, rarement isolé. Le praticien est à même d'en évoquer le diagnostic, lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique pour chaque rééducation périnéale entreprise.

La dyschésie est le symptôme à rechercher et à corriger en priorité, comme origine de troubles de la statique pelvienne et d'incontinence anale, de douleurs, mais aussi de l'aggravation de toutes les pathologies ano-rectales.

Les troubles de la coordination abdomino sphinctérienne, anisme et/ou mauvaise coordination sphinctéro-abdominale sont présents très souvent bien en amont de la pathologie. Comme toutes les pathologies fonctionnelles, la dyschésie se constitue graduellement, depuis la simple gêne, par aggravation progressive jusqu'au handicap sévère.

Cette aggravation s'accompagne de lésions anatomiques irréversibles (descente du périnée, neuropathies d'étirement, prolapsus).

La logique sémiologique demande à distinguer la constipation de transit de la constipation terminale, la dyschésie de l'incontinence. La logique thérapeutique demande, au contraire, de les prendre en charge dans leur complexité et leur globalité, le plus précocement possible avec des outils adaptés. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P et al. Defecation disorders: A French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006;49(2):219-27.
- [2] Pigot F, Castinel A, Juguot F, Marrel A, Deroche C, Marquis P. Qualité de vie, symptômes de dyschésie et anatomie après correction d'un trouble de la statique rectale par voie basse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:154-60. *J Colorect Dis* 1992;7:102-7.
- [3] Couloum P. *L'algorithme décisionnel devant une dyschésie*. JTA, 2009.
- [4] Siproudhis L et coll. Stratégie diagnostique d'une dyschésie. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(10):F68-F74.
- [5] Amarenco G, Kerdraon J. Électromyographie et constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:171-5.
- [6] Atienza P. *Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement*. CNGOF – Mises à jour en gynécologie-obstétrique – XXIII, 1999.
- [7] Soudan D. Constipation et syndrome de l'ulcère solitaire du rectum. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:178-80.
- [8] Siproudhis L, Ropert A, Lucas J, Raoul JL, Heresbach D, Bretagne JF et al. Defecatory disorders, anorectal and pelvic floor dysfunction: A polygamy? Radiologic and manometric studies in 41 patients. *Int J Colorect Dis* 1992;7:102-7.
- [9] Raibaut P, Verollet D, Lebreton F, Mandon L, Jousse M, Amarenco G. Intérêt des explorations manométriques dans les dyschésies anorectales. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:252-6.
- [10] Guinet A, Jousse M, Verollet D, Amarenco G. Constipation, dyschésie et lésions neurogéniques centrales. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:181-4.
- [11] Mason HJ et al. Psychological state and quality of life in patients having behavioral treatment for intractable constipation. *Am J Gastroenterol* 2002;97(12):3154-9.
- [12] Ferrara A, de Jesus S, Gallagher JT, Williamson PR, Larach SW, Pappas D, Mills J, Sepulveda JA. Time-related decay of the benefits of biofeedback therapy. *Tech Coloproctol* 2001 Dec;5(3):131-5.
- [13] Avinac JP. *Intérêt de la manométrie ano-rectale en rééducation*. Congrès SFKP – Toulouse, octobre 2007.
- [14] Cappelletti MC. *Rééducation de la constipation chez l'adulte*. Les Rencontres de l'ORREK, octobre 2008.
- [15] Siproudhis L, Eléouet M, Kerdraon J. Traitements médicamenteux de la constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:267-9.
- [16] Lagoidet JP. Prise en charge comportementale et diététique de la constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:270-4.
- [17] Dumoulin C, J. Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:47-63.
- [18] Bo K, Berghmans B et al. *Evidence based physical therapy for the pelvic floor*. Edinburgh: Elsevier, 2007.
- [19] Lackner JM, Mesmer C, Morley S et al. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(6):1100-13.
- [20] Poumarat L. *Les incontinences anales en post-partum*. Congrès SFKP – Toulouse, octobre 2007.
- [21] Shafik A. *Dis Colon Rectum* 1987;30:970-82.
- [22] Valancogne G, A. Watier A. Rééducation de la défécation dyssynergique. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:275-84.