

Cette notice, destinée aux patients, à leur entourage, ne prétend pas être exhaustive : elle a pour objectifs de situer le problème, de fournir les informations essentielles pour comprendre cette pathologie, les examens habituellement pratiqués pour l'explorer, les principaux traitements envisageables, notamment chirurgicaux.

Elle ne peut rendre compte de toutes les situations, parfois complexes, du fait d'opérations antérieures, de lésions multiples associées etc.

Des informations plus personnelles doivent donc vous être fournies par votre (vos) médecin(s).

## Qu'est qu'une rectocèle ?

---

Le suffixe – cèle signifie hernie. Une rectocèle est donc une hernie du rectum, un bombement du rectum.

En pratique, chez la femme, de sa face antérieure dans la paroi postérieure du vagin. C'est la distension de la paroi du vagin qui est décelée par l'examen clinique (et par l'intéressée). Cette distension vaginale réalise une hernie de la paroi postérieure du vagin, appelée colprocèle postérieure.

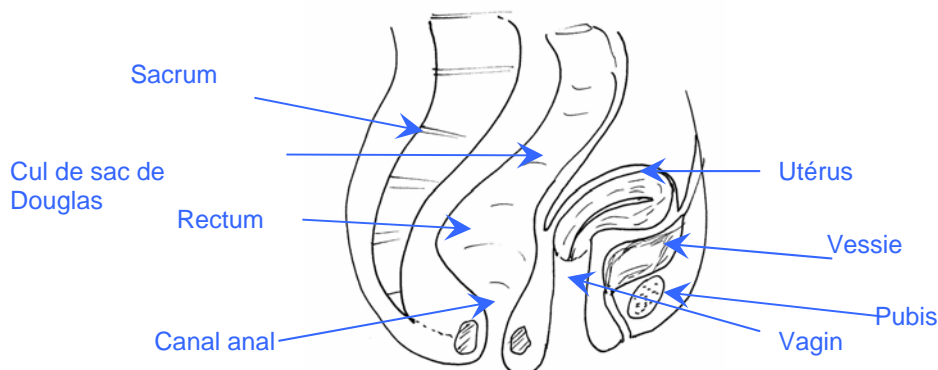
Située entre l'appareil urinaire (la vessie) et le tube digestif terminal (le rectum), le vagin constitue une zone de faiblesse dans le bassin féminin. Les trois organes voisins (vessie en avant, utérus au-dessus, rectum en arrière) peuvent le distendre (ou pour l'utérus y « tomber », réalisant un prolapsus utérin).

Suivant son volume, le degré de distension du vagin, on distingue trois grades :

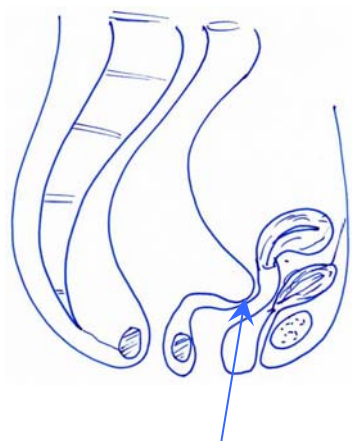
- Grade I, le bombement reste intra vaginal,
- Grade II, il atteint la vulve,
- Grade III, il est extériorisé à la vulve.

On distingue aussi les rectocèles hautes, qui intéressent la partie haute du vagin, les rectocèles basses, situées immédiatement au-dessus de la vulve. Elles correspondent le plus souvent à des mécanismes d'apparition différents et, lorsqu'elles doivent être opérées, relèvent d'interventions différentes.

### *Anatomie normale*

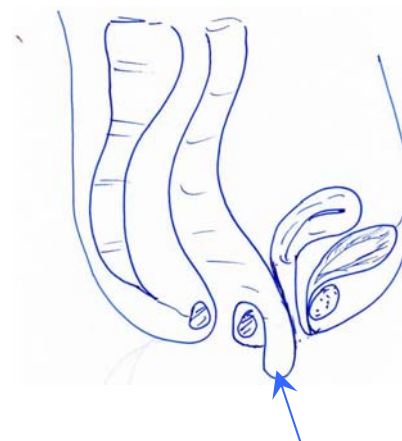


*Rectocèle grade 1-2*



Bombement du rectum dans le vagin

*Rectocèle grade 3*



Rectocèle extériorisée

### Quels en sont les signes?

---

Ils peuvent être discrets, ou même absents, la rectocèle étant constatée lors d'un examen gynécologique systématique, ou lors de l'explorations d'autres troubles de la statique pelvienne : prolapsus rectal, utérin, cystocèle, incontinence urinaire.... Lorsqu'elles existent, les manifestations traduisent soit un retentissement sur le fonctionnement rectal, soit une gêne gynécologique (ou les deux).

Les signes rectaux consistent en une constipation, surtout une difficulté d'exonération du rectum. Les efforts de poussée, de plus en plus importants et prolongés, remplissent la rectocèle de matières fécales aggravant le phénomène de hernie et accentuant les difficultés d'exonération. L'anus a une direction inverse à la poussée exercée dans la rectocèle. Les selles sont alors souvent fragmentées et ne peuvent être évacuées que grâce à des manœuvres digitales de réduction de la rectocèle.

En elle-même, la rectocèle n'est pas cause d'incontinence fécale, mais une incontinence peut lui être associée (par d'autres mécanismes, essentiellement traumatisme sphinctérien ou atteinte de la commande nerveuse par étirement des nerfs de la région).

Les signes gynécologiques sont une sensation désagréable, une gêne liée à la présence d'une « boule » vaginale, surtout après une station debout prolongée ou un effort.

### Quelles en sont les causes ?

---

Bien que tout ne soit pas parfaitement compris, élucidé, dans les causes de survenue des troubles digestifs de la statique pelvienne, il ne fait pas de doute que deux mécanismes majeurs expliquent la rectocèle.

- Une constipation chronique avec des efforts répétés de poussée est souvent retrouvée. Elle peut être liée à une mauvaise commande des muscles qui permettent la défécation (appelée asynchronisme abdomino-pelvien). Schématiquement l'effort de poussée doit s'accompagner d'un relâchement de l'appareil sphinctérien qui encercle le bas rectum. Chez certains sujets ce relâchement, cette relaxation, ne se produit pas, au contraire. Cette condition doit être dépistée car, non seulement elle est source d'échec des traitements, mais en plus elle est accessible à une rééducation.
- Le deuxième mécanisme principal est une rupture traumatique, liée aux accouchements, des attaches ligamentaires des organes pelviens, ou des lésions neurologiques par étirement des nerfs. Une chirurgie gynécologique ancienne (hystérectomie) est également souvent retrouvée dans les antécédents de patientes atteintes de rectocèle.

## Des examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

---

Pas dans tous les cas.

Les rectocèles peu volumineuses, non symptomatiques, pour lesquelles on n'envisage pas de geste chirurgical ne nécessitent pas d'examen particulier.

En revanche si l'on suspecte un asynchronisme, une étude des pressions (= manométrie) anales et rectales apportera de précieux renseignements. Cette étude manométrique est indolore, sans risque. Elle permet d'étudier la valeur fonctionnelle du sphincter anal, son fonctionnement.

Elle est indispensable lorsqu'on envisage une cure chirurgicale comme la sera l'étude radiographique de la région, réalisée par un examen nommé « colpo-cysto-défécographie ». Il consiste à opacifier vessie, vagin, rectum et intestin grêle et à en étudier les rapports respectifs au repos, à l'effort, notamment de défécation. Outre l'objectivation de la rectocèle (bien appréciée déjà par l'examen clinique fait par le médecin), des lésions associées seront alors dépistées ou précisées.

Ces lésions associées doivent, en effet, être prises en compte dans la décision thérapeutique.

Ce peut être :

- Une cystocèle, bombement de la vessie dans le vagin,
- Une chute (=ptôse) du col de la vessie, cause d'incontinence urinaire,
- Un prolapsus utérin,
- Un prolapsus rectal, soit interne, non apparent à l'anus, soit extériorisé à l'anus,
- Une entérocéle, chute des anses intestinales qui s'insinuent entre le vagin et le rectum, parfois jusqu'à la vulve (ce qui suppose une accentuation du péritoine, de la poche naturelle qu'il consiste en passant de l'utérus en avant, au rectum en arrière. Cette « poche » s'appelle le cul de sac de Douglas).

## Quels sont les traitements ?

---

Le premier traitement à envisager, et souvent le seul nécessaire, ne recourt pas à la chirurgie mais à l'amélioration de la vidange rectale. Par des modifications du régime alimentaire (fibres, boissons...), l'adjonction de mucilages, l'usage de suppositoires non irritants. Souvent une rééducation est utile et efficace.

Parfois (gêne importante, difficultés croissantes d'exonération, lésions associées) une intervention chirurgicale est nécessaire.

De multiples techniques ont été proposées et sont encore pratiquées. Cela signifie à la fois qu'aucune d'entre elles n'a fait la preuve d'une supériorité absolue sur les autres, et à la fois qu'à différents types de rectocèle correspondent différents types de corrections chirurgicales.

Schématiquement, la correction peut être réalisée :

- Par voie endo-anales (gestes réalisés sur la paroi rectale, en « travaillant » à travers l'anus dilaté pour ce faire, soit en plicaturant le rectum faisant hernie, soit en retirant un fragment de paroi rectale distendue).
- Par voie vaginale, en incisant le vagin, par résection du vagin excédentaire et plicature du rectum.
- Par voie périnéale, en incisant le court espace situé entre vulve et anus, en plicaturant le rectum et retendant les tissus qui l'entourent.
- Par voie abdominale, en disséquant l'espace situé entre rectum et vagin, et en suspendant ces organes que l'on amarre par l'intermédiaire d'une sorte de hamac de tissu synthétique, sur un point fixe, la colonne vertébrale (à la jonction des vertèbres lombaires et sacrées).

Chaque voie a, bien entendu, avantages et inconvénients.

Les voies « basses » (endo-anale, vaginale, périnéale) ont pour intérêt d'être « locales », sans ouverture de l'abdomen, donc théoriquement plus « légères » pour l'organisme.

Les inconvénients en sont divers : pour la voie anale, risque d'aggravation d'une incontinence par la dilatation anale nécessaire ; néanmoins la technique dite STARR, qui consiste à réséquer (à enlever) la paroi rectale excédentaire par un agrafage mécanique, ne nécessite qu'une dilatation modeste. Pour la voie vaginale et périnéale, le principal inconvénient est la survenue, dans certains cas, de douleurs lors des rapports sexuels (=dyspareunie).

Surtout, pour toutes ces interventions le taux d'échec par récurrence à cinq ans semble conséquent, de l'ordre de 30 à 50%.

La voie abdominale, nécessitant des gestes complexes de dissection et de suture, a vu ses inconvénients (lourdeur du geste, durée d'hospitalisation) nettement diminuer depuis qu'à une ouverture classique s'est substituée la coelioscopie (ou laparoscopie).

Aussi, actuellement, au risque d'être trop schématique, simpliste, on peut résumer les indications que nous portons de la sorte :

- Personne âgée, sans lésion associée notable, n'ayant plus de rapport sexuel : voie vaginale ou périnéale.
- Rectocèle basse, isolée ; technique de STARR, par voie anale.
- Rectocèle volumineuse, haute, lésions associées : fixation du rectum et du vagin par voie coelioscopique.

Docteur Rémi Houdart  
Date de création : 30 janvier 2008  
Mise à jour : 30 janvier 2008  
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris  
Reproduction interdite sans autorisation des auteurs.  
[www.hopital-dcss.org](http://www.hopital-dcss.org)