



RESULTATS A LONG TERME DE LA TECHNIQUE D'ORR-LOYGUE DANS LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS TOTAL DU RECTUM

LONG TERM RESULTS OF ORR-LOYGUES'S TECHNIC FOR TOTAL PROLAPSE OF THE RECTUM

*NOTE-MADZELE M¹, MOTOULA-LATOU N¹, MASSAMBA-MIABAOU D¹, AHOUI-
APENDI C², NZAKA MOUKALA CD¹, KOUBA C¹*

- 1. Service de Chirurgie digestive, CHU de Brazzaville.*
- 2. Service d'Hépatologie – gastro – entérologie et médecine interne, CHU de Brazzaville.*

E-mail : murielle.note@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Evaluer les résultats à long terme de l'intervention d'Orr-Loygue réalisée par chirurgie conventionnelle dans le traitement du prolapsus total du rectum au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective concernant 30 patients hospitalisés dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville durant la période du 1^{er} février 1998 au 1^{er} février 2012, soit 14 ans. La promonto-fixation rectale était réalisée par voie classique selon la technique d'Orr-Loygue. L'évaluation du traitement était basée sur un critère anatomique (réduction du prolapsus) et 2 critères fonctionnels (amélioration de la continence anale et disparition de la constipation).

Résultats : Le prolapsus total du rectum concernait 30 patients colligés, soit 8,6% des pathologies proctologiques enregistrées dans le service durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 53 ans (extrêmes : 29 et 77 ans). Notre série comportait 22 femmes (73,3%) et 8 hommes (26,7%) soit un sex ratio de 0,36. Le délai moyen de consultation était de 14 mois (extrêmes : 1 semaine et 5 ans). Après un recul de 4 ans, nous avons noté 2 cas de récurrence. Le transit intestinal était normalisé chez 7 patients sur les 10 cas de constipation pré-opératoire, soit 70% ; et la

continence anale était améliorée chez 4 patients sur les 6 cas d'incontinence anale pré-opératoire, soit 66,7%. La mortalité post opératoire était nulle.

Conclusion : Le prolapsus total du rectum est une affection bénigne dont la fréquence est sous estimée en raison du caractère intime de cette pathologie. La rectopexie de type Orr-Loygue est une intervention qui donne à long terme des résultats satisfaisants.

Mots-clés : Orr-Loygue, prolapsus total, rectum.

ABSTRACT

Objective: To value the long term results of the rectal promonto-fixing of Orr-Loygue type achieved by conventional surgery in the treatment of the total prolapse of the rectum in the Hospitable and Academic Center of Brazzaville.

Patients and Methods: It was about a retrospective descriptive survey concerning 30 patients hospitalized in the service of digestive surgery of the Hospitable and Academic Center of Brazzaville during the period of February 1st 1998 to February 1st 2012, either 14 years. The rectal promonto-fixing was achieved by classic way according to the technique of Orr-Loygue. The assessment of the treatment was based on an anatomical criteria (reduction of the prolapse) and 2 functional

criteria (improvement of the anal continence and disappearance of the constipation).

Results: The total prolapse of the rectum concerned collected 30 patients, either 8,6% of the proctological pathologies recorded in the service during the period of survey. The middle age of the patients was of 53 years (extreme: 29 and 77 years). Our set included 22 women (73,3%) and 8 men (26,7%) either a sex ratio of 0,36. The middle delay of consultation was of 14 months (extreme: 1 week and 5 years). After a receding of 4 years, we noted 2 cases of recidivism. The intestinal transit was normalized among 7 patients on the 10 cases of pre-operative constipation, either 70%; and the anal continence was improved among 4 patients on

the 6 cases of pre-operative anal incontinence, either 66,7%. Mortality post operative was hopeless.

Conclusion: The total prolapse of the rectum is a benign affection whose frequency is under estimated because of the intimate character of this pathology. The rectopexy of Orr-Loygue type is an intervention that gives at long term satisfactory results.

Key words: Orr-Loygue, total prolapse, rectum.

INTRODUCTION

Le prolapsus total ou complet du rectum est un trouble de la statique rectale caractérisé par la protrusion trans-anales circonférentielle de la totalité de la paroi rectale (muqueuse et musculuse) retournée [1,2]

Son traitement est essentiellement chirurgical [1-3], marqué par l'essor particulier, ces dernières années, de l'abord laparoscopique [4-6]. De façon générale, les résultats obtenus sont satisfaisants [7,8].

Cependant, au vu de la littérature, nous notons que peu d'auteurs rapportent leurs résultats à long terme, et concernant particulièrement la procédure thérapeutique selon Orr-Loygue qui consiste en une promonto-fixation rectale antérieure avec interposition prothétique.

D'où, le but de la présente étude qui était d'évaluer les résultats à long terme de cette technique chirurgicale dans le traitement du prolapsus total du rectum au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude a été menée dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Elle était descriptive et rétrospective sur une période de 14 ans consécutifs, qui s'étendait du 1^{er} février 1998 au 1^{er} février 2012.

Dans un premier temps, à partir des registres des malades, nous avons procédé à un recensement systématique de tous les cas de

prolapsus rectal total. Des dossiers des malades recensés, nous avons retenu ceux qui ne présentaient pas d'autres pathologies colorectales et proctologiques, confirmées par une endoscopie basse et qui avaient tous subi une promotofixation antérieure avec interposition prothétique de type Orr-Loygue. Enfin, nous avons réalisé le traitement des données nécessaires à notre étude. Ce traitement a été manuel grâce à des fiches conçues à cet effet.

Nous avons inclus dans l'étude tous les patients répondant aux critères suivants :

- Age supérieur à 17 ans
- Diagnostic retenu correspondant à un prolapsus total du rectum
- Dossier médical complet comprenant entre autres :
 - Les renseignements cliniques préopératoires concernant notamment l'existence et le stade du prolapsus rectal ; la présence d'une constipation ; la présence d'une incontinence fécale
 - Les résultats détaillés d'une coloscopie totale préopératoire interprétée par un gastro-entérologue
 - Un compte-rendu opératoire détaillé relatant la réalisation d'une cure de promontofixation selon la procédure d'Orr-Loygue
 - Les données du suivi clinique postopératoire précisant l'évolution anatomique (réduction, persistance ou récurrence du prolapsus) et fonctionnelle (amélioration du

transit anal, persistance ou aggravation de la constipation ; amélioration de la continence anale, persistance ou aggravation de l'incontinence fécale). Lorsque les renseignements post-opératoires ne figuraient pas dans le dossier ou avaient un recul de moins de 4 ans, ceux-ci étaient complétés après convocation et examen des patients ; ou interrogatoire téléphonique.

Les critères d'exclusion concernaient tous les patients :

- Dont le dossier clinique étaient incomplets (sans renseignements cliniques détaillés pré-opératoires ; sans coloscopie totale pré-opératoire ; sans compte-rendu opératoire)
- Qui présentaient en outre du prolapsus une autre pathologie colo-rectale ou proctologique
- Qui n'avaient pas de suivi post-opératoire.

Ainsi, sur un total de 42 dossiers, 30 ont été retenus pour notre étude.

Technique : Les soins pré-opératoires permettaient la vacuité colo-rectale par lavement colique et rectal la veille et le matin de l'intervention à l'aide de l'administration soit orale d'1 litre d'une solution de Macrogol, soit rectale d'une solution de dihydrogénophosphate de sodium et de gomme de sterculia.

Au bloc opératoire, les patients étaient installés en décubitus dorsal, sous anesthésie générale et porteurs d'une sonde urinaire. A l'induction, une antibioprophylaxie était réalisée à base de 2 grammes d'Amoxicilline associée à l'acide clavulanique en intraveineuse. En fin d'intervention, on ré injectait 1 gramme des mêmes molécules.

La voie d'abord était médiane sous ombilicale débordant l'ombilic à gauche. On débutait la dissection rectale en arrière dans le plan du fascia recti. On procédait ensuite à la mobilisation postérieure et complète du rectum.

Puis, latéralement, on incisait le péritoine des gouttières latéro rectales. L'incision latérale du péritoine était poursuivie en avant.

Enfin, temps essentiel, on disséquait le rectum sous péritonéal en restant au contact de la paroi rectale. Cette dissection devait être menée

aussi bas que possible pour mettre en évidence l'allongement du rectum sous péritonéal. Après cette dissection, le rectum était complètement mobilisé et positionné, sans tension ni traction, dans la concavité sacrée. En guise de matériel prothétique, deux bandes de mersilène ou de polypropylène étaient fixées sur la face antérolatérale par 4 points de fil non résorbable, non transfixiants et passés le plus bas possible. Les bandelettes de fixation étaient amarrées dans le tissu fibreux pré promontérien. L'aiguille chargeait solidement le tissu sans le dépasser en profondeur. Les bandelettes de fixation étaient positionnées lâchement de part et d'autre du rectum. On terminait l'intervention par une péritonisation qui recouvrait et isolait ainsi les bandelettes de la cavité abdominale. A noter qu'aucune résection intestinale n'avait été réalisée.

En post-opératoire, une antithromboprophylaxie était assurée chez les patients à risque par une injection journalière sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire.

L'évaluation de ce traitement chirurgical a été jugée avec un recul de 4 ans sur des critères :

- Anatomique : réduction, persistance, aggravation ou récurrence du prolapsus rectal
- Fonctionnels :
 - Amélioration du transit intestinal, persistance, aggravation ou récurrence de la constipation pré-opératoire
 - Amélioration de la continence fécale, persistance, aggravation ou récurrence de l'incontinence fécale

RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques

Durant notre période d'étude, 350 patients étaient hospitalisés dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville pour une affection proctologique et parmi eux 30 ont été colligés pour notre étude, soit un pourcentage de 8,6%. Notre série comportait 22 femmes (73,3%) et 8 hommes (26,7%) soit un sex ratio de 0,36. L'âge moyen des patients était de 53 ans avec des extrêmes de 29 ans et 77 ans.

2- Aspects cliniques

a- Délai de consultation

Le délai moyen de consultation, depuis l'apparition des premiers symptômes, était de 14 mois avec les extrêmes d'une semaine et 5 ans.

b- Circonstances de découverte : (tableau I)

Tableau I : Circonstances de découverte (symptômes pré-opératoires)

	n	%
Protrusion de la paroi rectale	30	100,0
Constipation	10	33,3
Incontinence fécale	6	20,0

Tous les patients présentaient un prolapsus rectal associé pour 10 d'entre eux à une constipation pré-opératoire et pour 6 à une incontinence fécale.

3- Evolution

Tous les 30 patients ont été opérés selon la technique d'Orr-Loygue. Après un recul de 4 ans, nous avons noté des résultats comme indiqués dans le tableau II.

Tableau II : Evolution post-opératoire

	Réduction anatomique/ Amélioration fonctionnelle		Persistance		Aggravation		Récidive	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Protrusion rectale	28	93,3	0	0	0	0	2	6,7
Constipation	7	70,0	3	30,0	0	0	0	0
Continence fécale	4	66,7	2	33,3	0	0	0	0

Chaque critère de l'évolution avait été évalué séparément.

DISCUSSION

La promonto-fixation rectale a été initialement décrite en 1947 par Orr. Celui-ci utilisait le fascia lata pour fixer le rectum. Il s'agissait d'une rectopexie directe [9,10]. Cette technique a été améliorée en 1957 par Loygue et Cerbonnet qui utilisaient du matériel prothétique afin d'amarrer le rectum au promontoire, d'où la qualification indirecte de la rectopexie [2,10].

Le but du traitement chirurgical de la promonto-fixation rectale est de réduire le prolapsus rectal, de restaurer la continence

anale fécale lorsqu'elle est altérée sans induire de constipation ni de gêne à l'évacuation et d'améliorer le transit intestinal lorsqu'il existe une constipation pré-opératoire [2,7,11].

Dans notre série, nous avons obtenu une amélioration de la continence anale, correspondant à la restauration d'une continence normale, chez 4 patients sur 6 soit 66,7%. Dans la littérature, la continence anale est améliorée dans plus de 50% des cas après la cure de prolapsus selon la technique d'Orr-Loygue, comme l'ont prouvé les études menées par Gallot et al. [10] ainsi que Madoff et al. [12], qui avaient respectivement retrouvé

une amélioration de la continence fécale post opératoire dans 80% des cas (sur une série de 55 patients opérés) et 55% des cas (sur une série de 145 patients opérés).

L'amélioration de la continence fécale post opératoire s'observe généralement dans un délai de 6 à 12 mois. En cas d'incontinence fécale persistante, comme cela a été le cas pour 2 des patients de notre série, la rééducation périnéale par biofeedback en postopératoire peut compléter l'effet bénéfique de la chirurgie pour restaurer une continence satisfaisante [11]. Nos 2 patients incontinents modérés ont bénéficié de séances de rééducation périnéale.

Le prolapsus total du rectum peut s'accompagner de temps à autres de troubles sévères à type de constipation qui peut s'améliorer, être induite ou s'aggraver après le traitement chirurgical [11–13].

Dans notre série, sur 10 patients qui présentaient une constipation en pré opératoire, nous avons relevé une amélioration chez 7 patients soit 70%. Gallot et al [10] sur 55 patients qui présentaient un prolapsus du rectum, 47% avaient une constipation pré opératoire. Après rectopexie, 22% des patients ont eu une constipation post opératoire de novo, et 38% ont eu une persistance – aggravation de la constipation.

Douard et al. [7] rapportent dans leur étude que sur 31 patients ayant un prolapsus total du rectum, 61% avaient une constipation en pré opératoire. Après le traitement chirurgical selon Orr-Loygue, ils ont retrouvé 47% de cas de constipation post – opératoire de novo et une aggravation post opératoire chez 42% des patients.

Il faut noter que les causes de la constipation post opératoire sont multiples. En effet, au cours de l'intervention d'Orr-Loygue, la fixation antérieure et non antérolatérale donc rapprochée des bandelettes peut favoriser la constipation : il s'agit d'une malfaçon technique. C'est surtout une mise en tension excessive des bandelettes lors de l'intervention d'Orr-Loygue qui a été retenue comme cause possible de l'apparition ou de l'aggravation de la constipation [1,2,7].

Mais, il convient de noter aussi qu'il est important de réaliser en pré-opératoire le bilan de la constipation, si elle existe, en déterminant le temps de transit des marqueurs et en recherchant l'existence d'un dolicho côlon. Eventuellement, il sera alors associée à la

rectopexie une sigmoïdectomie afin de diminuer le risque de constipation post-opératoire [11].

Sur le plan technique, la promonto-fixation du rectum doit s'effectuer sur le ligament pré vertébral en évitant le disque lombo-sacré sous peine de complications infectieuses [1,2].

Au plan anatomique, la rectopexie selon la technique d'Orr-Loygue assure de façon généralement efficace la réduction du prolapsus avec un faible taux de récurrence à long terme inférieur à 4% [4,11].

Dans notre série, et avec un recul de 4 ans, nous avons retrouvé 2 cas de récurrence sur 30 patients opérés, soit 6,7% ; ce qui s'avère être assez appréciable.

Il reste à relever dans notre centre hospitalier le défi de la pratique par voie coelioscopique de l'intervention d'Orr-Loygue. Il n'est plus en effet à démontrer le bénéfice esthétique et de réhabilitation rapide de cette voie d'abord ; dont il faut toutefois préciser qu'elle n'apporte pas d'avantages en termes des résultats anatomique et fonctionnel de la promonto-fixation de type Orr-Loygue [8,9,11,15].

CONCLUSION

Le prolapsus total du rectum est une affection bénigne dont la fréquence est sous estimée en raison du caractère intime de cette pathologie. Son traitement qui consiste en une promonto-fixation rectale selon Orr-Loygue est une technique qui est d'actualité au Congo, où elle est uniquement pratiquée par voie conventionnelle, et qui apporte des résultats à long terme satisfaisants tant sur le plan anatomique que fonctionnel.

REFERENCES

1. Valleur P. Prolapsus du rectum. In: Masson éd; *Chirurgie du tube digestif bas*; Paris; Elsevier Masson; 2005: 153-160.
2. Lechaux JP. Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet de l'adulte. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Tech Chir-Appar Dig.* 2002;40–710, 12p.
3. Soufi M, Malki HOE, Chenna M et al. Aspects cliniques et thérapeutiques du prolapsus rectal: étude de 30 cas. *J Afr Hépatogastroentérologie.* 2009; 3(3):143–8.

4. Slim K. La chirurgie colorectale par coelioscopie à l'heure de l'«evidence-based medicine». *Gastroenterol Clin Biol.* 2001; 25: 1096-1104.
5. Maggiori L, Bretagnol F, Panis Y. Prolapsus du rectum: rectopexie antérieure laparoscopique. *Côlon Rectum.* 2008; 2(2):91-4.
6. Solomon MJ, Young CJ, Eyers AA et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg.* 2002; 89(1):35-9.
7. Douard R, Frileux P, Brunel M et al. Functional results after the Orr-Loygue transabdominal rectopexy for complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46(8):1089-96.
8. Auguste T, Dubreuil A, Bost R et al. Technical and functional results after laparoscopic rectopexy to the promontory for complete rectal prolapse. Prospective study in 54 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006; 30(5):659-63.
9. Loygue J, Cerbonnet G. Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie selon le procédé d'Orr. *Mem Acad Chir.* 1957; 83:325-9.
10. Gallot D, Martel P, Honigman I et al. Rectopexie selon Orr-Loygue dans le prolapsus total du rectum. *Ann Chir.* 2000; 125(1):40-4.
11. Siproudhis L, Panis Y, Bigard M-A. *Traité des maladies de l'anus et du rectum.* Paris; Elsevier Masson éd; 2006.
12. Madoff RD, Kim DS, Tsang CBS et al. Complete rectal prolapse: evolution of management and results. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42: 460-466
13. Khanna AK. Complete Rectal Prolapse in Adults. In: Chowdri NA, Parray FQ, ed. *Benign Anorectal Disorders.* Springer India; 2016:131-44.
14. Douard R, Frileux P, Brunel M et al. Functional results after the Orr-Loygue transabdominal rectopexy for complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46 (8): 1089-1096
15. Lechaux D. Traitement des prolapsus du rectum par abord laparoscopique. *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Tech Chir-Appar Dig.* 2007; 40-711, 7p.
16. Auguste T, Dubreuil A, Bost R et al. Technical and fonctionnal results after laparoscopic rectopexy to the promontory for complete rectal prolapse. Prospective study in 54 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006; 30 (5): 659-63
17. Lechaux D, Trebuchet G, Siproudhis L et al. Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse: a single-institution retrospective study evaluating surgical outcome. *Surg Endosc Interv Tech.* 2005; 19(4):514-8.