

# La manométrie anorectale pour qui ? pourquoi ? et quand ?

Julie Castilloux et Mickael Bouin

Vous voyez M<sup>me</sup> Manon, 58 ans, atteinte d'incontinence anale. Une de ses amies, qui souffre du même trouble, a subi une manométrie anorectale et lui a mentionné que cet examen l'avait aidé à résoudre son problème. M<sup>me</sup> Manon en profite également pour vous parler de son petit-fils adoptif de 3 ans, arrivé de Thaïlande il y a deux mois, qui est très constipé.

Nous vous proposons un mini jeu-questionnaire pour vérifier vos connaissances sur la manométrie anorectale. Quels sont les rôles de la manométrie anorectale dans les troubles suivants ?

	Vrai	Faux
1. Elle permet de mieux comprendre le mécanisme de l'incontinence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Elle est peu efficace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elle est relativement facile à obtenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Elle permet de préciser certaines causes de constipation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Qu'est-ce que la manométrie anorectale ?

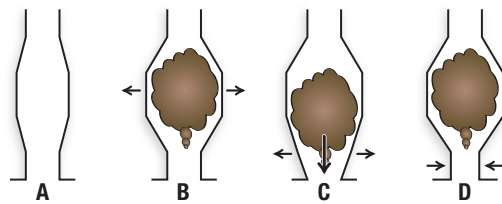
La manométrie anorectale est une méthode de mesure des pressions sphinctérienne et rectale au repos ou à l'exercice. **C'est le seul examen pouvant être utilisé pour évaluer le fonctionnement de l'appareil anorectal.** Ainsi, elle fournit une mesure des pressions de repos, des contractions réflexes (Ex. : lors de la toux) et volontaires du sphincter externe et des pressions exercées au cours du processus normal de défécation. Elle permet souvent de comprendre les mécanismes physiopathologiques de la constipation et de l'incontinence.

## Quelques notions de physiologie anorectale

Le canal anal est entouré d'un sphincter interne, composé d'un muscle lisse régi par le système nerveux au-

La D<sup>re</sup> Julie Castilloux, gastro-entérologue pédiatrique, exerce au Centre hospitalier de l'Université Laval et a une formation complémentaire en motilité intestinale. Le D<sup>r</sup> Mickael Bouin, gastro-entérologue, pratique quant à lui à l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il est aussi professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

## Schémas du rectum avec le besoin exonérateur et les réflexes rectoanaux inhibiteur et excitateur



tonome, ainsi que d'un sphincter externe, composé de fibres musculaires striées dont la maîtrise est volontaire. Le muscle puborectal prolonge vers le haut le sphincter externe. En se contractant, il assure une traction sur la jonction anorectale fermant ainsi l'angle anorectal qui favorise la continence<sup>1-3</sup>.

Physiologiquement, le rectum est vide (schéma A). Quand une selle y entre, elle entraîne une distension des parois rectales donnant lieu à la perception du besoin de déféquer (schéma B). Une fois ce besoin ressenti, chaque personne décide si elle va à la selle

Réponses 1 : vrai ; 2 : vrai ; 3 : vrai ; 4 : vrai



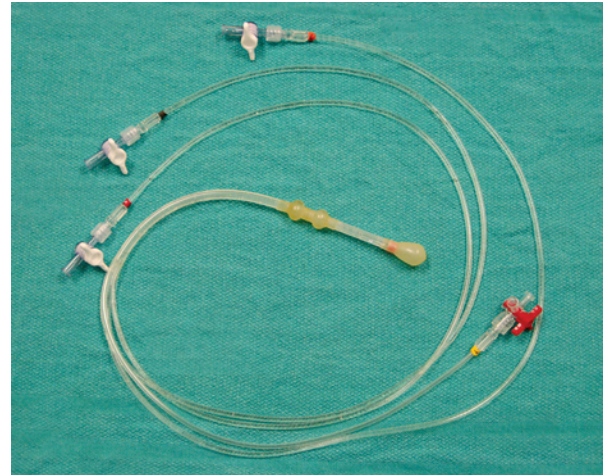
**Photo 1.** Réalisation d'une manométrie anorectale. Reproduction autorisée.

immédiatement ou plus tard. C'est ici que se révèle le rôle éminemment social de notre appareil anorectal. Pour nous aider à prendre une décision, cette distension rectale produit deux réflexes. Le premier est la relaxation du sphincter interne entièrement autonome qui se nomme réflexe rectoanal inhibiteur. Il entraîne une ouverture de la partie haute du canal anal et la descente du contenu rectal (*schéma C*). Cette petite descente est essentielle, car elle nous indique si le contenu de notre rectum est liquide, gazeux ou solide. La perte de cette perception a des répercussions médicales et sociales importantes (imaginez que vous ayez la turista, mais que votre canal anal ne vous en informe pas !). Au même moment que se relaxe le sphincter interne, a lieu le deuxième réflexe, soit la fermeture de la partie basse du canal anal par contraction du sphincter externe, ce qui permet la continence immédiate (*schéma D*). Ce réflexe est acquis. Il n'existe donc pas chez le bébé, qui fait ainsi une selle pour chaque remplissage rectal. Lors de la défécation, il y a normalement ouverture des deux sphincters, puis évacuation sans obstacle du contenu rectal.

### Comment se déroule une manométrie anorectale ?

**La manométrie anorectale se fait à tout âge, même dès la période néonatale, à l'aide d'une sonde adaptée et par du personnel qualifié. Selon l'âge, un lavement Fleet est généralement administré à la maison le matin même de l'intervention. Le patient ne reçoit aucune sédation. L'examen est indolore et dure environ vingt minutes<sup>3-5</sup>.**

Le patient est le plus souvent en décubitus latéral gauche



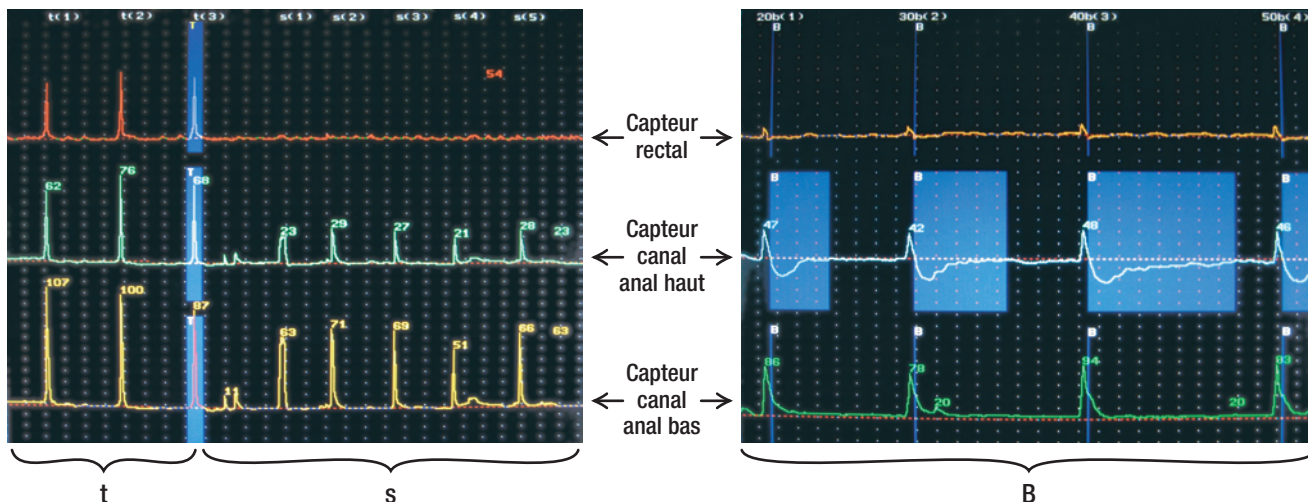
**Photo 2.** Sonde anorectale avec trois capteurs de pression (sonde de Arhan). Reproduction autorisée.

(*photo 1*). Un toucher rectal est fait avant l'introduction de la sonde dans le rectum, sauf chez les jeunes enfants où il sera fait à la fin de l'examen afin de préserver la bonne collaboration<sup>3-5</sup>. La sonde utilisée possède en général trois (ou quatre) capteurs qui mesurent les pressions dans le rectum, soit dans les parties haute et basse du canal anal (*photo 2*).

Les jeunes enfants, selon leur degré de maturité et d'activité, peuvent avoir de la difficulté à tolérer un examen anorectal, tout comme les victimes d'agression sexuelle, chez qui il peut faire remonter de douloureux souvenirs. Il est donc prudent de la part du médecin de s'assurer que le patient est globalement à l'aise avec l'idée de subir un tel examen. On évite de donner des sédatifs, car ils peuvent fausser les résultats de l'intervention, à l'exception des réflexes rectoanaux inhibiteurs qui demeurent présents sous sédation (kétamine ou benzodiazépine)<sup>5</sup>. En ce qui concerne les contre-indications, il n'y en a pas de formelles. On cesse, si possible, les médicaments qui agissent sur la motilité gastro-intestinale avant l'examen (narcotiques, prokinétiques) et on utilise un ballon sans latex si le patient a une allergie connue<sup>5</sup>. Chez l'adulte, il est primordial de faire une endoscopie avant la manométrie anorectale afin d'éliminer la possibilité d'un cancer du rectum ou d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

### Que mesure la manométrie ?

Les mesures suivantes sont effectuées : les pressions de repos, les réflexes rectoanaux inhibiteurs et les pressions exercées par la toux ou encore lors d'un serrement volontaire bref, d'un serrement volontaire prolongé et d'un effort de défécation. Une analyse de la sensation



**Photo 3.** Tracés de manométrie anorectale  
Épreuves de toux (t), de serrement bref (s) et de réflexe rectoanal inhibiteur (B). Reproduction autorisée.

rectale peut également être faite en gonflant progressivement le ballon intrarectal. Le patient mentionne alors la première sensation ressentie, puis l'envie constante de déféquer et, enfin, le seuil maximal tolérable. Chez l'enfant, il est habituellement possible de faire toutes ces mesures dès que le patient a plus de 5 ans<sup>5</sup>. L'examen peut être réalisé par une infirmière formée tandis que le tracé (photo 3) est analysé par un médecin spécialisé.

### À qui s'adresse la manométrie anorectale ?

La manométrie anorectale est indiquée globalement pour l'évaluation des problèmes de constipation et d'incontinence et le diagnostic de la maladie de Hirschsprung<sup>3,4</sup>. On peut également y avoir recours comme outil de rétroaction biologique avant et après une intervention rectoanale ainsi que dans les troubles douloureux anorectaux. Les maladies pouvant être en cause sont multiples, autant en pédiatrie que chez l'adulte.

### Manométrie anorectale et constipation

En pratique, la manométrie anorectale sert souvent à évaluer une constipation chronique (tableau I). Il est alors très important d'éliminer une maladie de Hirschsprung si le problème remonte à la jeune enfance. Ce diagnostic sera confirmé par l'absence du réflexe rectoanal inhibiteur, témoignant d'une atteinte du plexus myentérique entre le rectum et le canal anal. Une biopsie rectale profonde permettra ensuite de véritablement confirmer l'absence des cellules ganglionnaires à ce niveau<sup>6</sup>.

**Tableau I**

#### Causes de constipation repérables à la manométrie<sup>3,6,7</sup>

- Maladie de Hirschsprung
- Mégarectum
- Hypertonie instable
- Dyssynergie anorectale
  - ⚡ d'origine comportementale (Ex : anisme)
  - ⚡ d'origine neurologique (Ex : sclérose en plaques, tumeurs médullaires)
- Malformation anorectale

**Tableau II**

#### Principales causes d'incontinence repérables à la manométrie<sup>1,3,8,9</sup>

- Lésions sphinctériennes
  - ⚡ traumatiques (Ex : viol, accouchement, accident, etc.)
  - ⚡ chirurgicales (Ex : cure de fistule, dilatation, hémorroïdectomie, sphinctérotomie)
- Neuropathie du nerf pudendal (accouchement, périnée descendant, prolapsus rectal, diabète, alcoolisme)
- Réservoir rectal déficient
  - ⚡ Proctite
  - ⚡ Masse (cancer, fécalome)
  - ⚡ Période suivant une intervention chirurgicale
- Malformation anorectale
- Atteinte du SNC (sclérose en plaques, tumeur)
- Problème de sensibilité rectale (posthémorroïdectomie, cancer infiltrant, diabète)
- Diarrhée de débordement

En manométrie anorectale, l'analyse de la défécation permet de savoir si le patient a une dyssynergie du plancher pelvien (ou anisme). L'anisme est une contraction anale paradoxale du sphincter externe lors de la défécation qui empêche l'évacuation des selles. Normalement, il y a une relaxation volontaire du sphincter externe et donc une diminution des pressions dans le canal anal afin de permettre la défécation<sup>7</sup>.

### Manométrie anorectale et incontinence

La manométrie aide également à diagnostiquer certaines affections causant l'incontinence (tableau II). Elle nous révélera si les sphincters sont compétents, c'est-à-dire s'ils se contractent suffisamment fort et longtemps pour assurer une continence satisfaisante. Les lésions sphinctériennes peuvent être d'origine traumatique (viol, accouchement, accident) ou chirurgicale (cure de fistule, dilatation, hémorroïdectomie, sphinctérotomie)<sup>8</sup>.

L'incompétence sphinctérienne peut être attribuable à la lésion même du muscle (rupture de certaines fibres musculaires) ou à une neuropathie du nerf pudendal (étirement, inflammation ou dégénérescence).

L'incontinence peut également être en lien avec un trouble d'accommodation du rectum pouvant être provoqué par un cancer, une fibrose postradiothérapie, une modification du calibre rectal postchirurgie ou une proctite inflammatoire ou radique. La volumétrie pourra alors révéler une faible tolérance à de gros volumes d'air.


Une perte de sensibilité rectale à la suite d'une hémorroïdectomie, par exemple, peut entraîner une perte du sens de la discrimination, c'est-à-dire qu'un patient ne fait plus la distinction entre un gaz ou une selle. Le patient pensant qu'il émet volontairement un gaz aura alors une malheureuse surprise.

*En écoutant attentivement les symptômes de M<sup>me</sup> Manon, vous comprenez qu'elle souffre d'incontinence anale depuis seulement deux ans, ce qui correspond au moment où elle a subi une hémorroïdectomie. Elle avoue avoir beaucoup de difficulté à distinguer les gaz des selles. Ses pertes de selles sont plutôt molles et se font en petites quantités. Elle ne se plaint pas d'autres problèmes sensitifs ou moteurs. Par ailleurs, tout va bien du côté urinaire. L'examen du périnée ainsi que le réflexe cutanéanal (anal wink) sont normaux. Le toucher rectal est sans particularité (absence de masse, tonus de base et serrement normaux). Une attention particulière à la colonne vertébrale et aux réflexes ostéotendineux des membres inférieurs ne révèle aucune anomalie.*

À la suite de votre évaluation, la patiente passe une manométrie anorectale qui indique qu'il n'y a pas d'incompétence sphinctérienne. M<sup>me</sup> Manon souffre donc d'une

*incontinence anale liée à un trouble sensitif discriminatif causé par l'intervention anorectale qu'elle a subie il y a deux ans.*

*Pour ce qui est de son petit-fils, vous lui mentionnez que dans un cas de constipation grave qui peut remonter à la naissance, il est important d'éliminer une maladie de Hirschsprung. Chez les enfants de cet âge, toutefois, il s'agit souvent plutôt d'une constipation fonctionnelle. Vous lui conseillez donc de consulter un gastro-entérologue pédiatrique.*

**L**A MANOMÉTRIE ANORECTALE est un excellent test de physiologie. Elle est simple, indolore et utile. Afin de faire le bon diagnostic, il est capital d'avoir une bonne connaissance des antécédents cliniques du patient. Idéalement, un court résumé de la part du médecin aidera grandement non seulement à l'interprétation des tracés, mais également aux recommandations subséquentes. 

Date de réception : le 20 février 2009

Date d'acceptation : le 1<sup>er</sup> avril 2009

### Bibliographie

1. Andromanacos N, Filippou D, Skandalakis P et coll. Anorectal incontinence. Pathogenesis and choice of treatment. *J Gastrointest Liver Dis* 2006 ; 15 (1) : 41-9.
2. Uher EM, Swash M. Sacral reflexes: physiology and clinical application. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 (9) : 1165-77.
3. Barnet JL, Haster WL, Camilleri M. American Gastroenterological Association medical position statement on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999 ; 116 (3) : 732-60.
4. Rao SSC, Aspiro F, Diamant N et coll. Minimum standards of anorectal manometry. *Neurogastroenterol Mot* 2002 ; 14 (5) : 553-9.
5. Di Lorenzo C, Hillemeier C, Hyman P et coll. Manometry studies in children: minimum standards for procedures. *Neurogastroenterol Mot* 2002 ; 14 (4) : 411-20.
6. Loijn F, Kremer LCM, Reitsma JB et coll. Diagnostic tests in Hirschsprung disease: a systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006 ; 42 (5) : 496-505.
7. Rao SSC. Dyssynergic defecation. Disorders of the anorectum. *Gastroenterol Clin N Am* 2001 ; 30 : 97-114.
8. Bouin M. L'incontinence anale. La fable du médecin sourd et du patient muet. *Le Médecin du Québec* 2008 ; 43 (10) : 59-64.
9. Bharucha AE. Fecal Incontinence. *Gastroenterol* 2003 ; 124 (6) : 1672-85.

### Sites Internet utiles

#### Pour les patients et les médecins

- Société nationale française de coloproctologie  
[www.snfcpc.org](http://www.snfcpc.org)
- American Neurogastroenterology and Motility Society  
[www.motilitysociety.org](http://www.motilitysociety.org)

Les auteurs tiennent à remercier M<sup>me</sup> Josette Joubert, infirmière au laboratoire d'exploration digestive, pour son aide et ses conseils.