



TROUBLES
« ANO-RECTAUX / DIGESTIFS BAS »
CHEZ LE PATIENT NEUROLOGIQUE

DIU Neuro-périnéologie
2010/2011/2012

Docteur LAGOIDET Jean-Pierre

- * Service de Rééducation Neuro-pelvipérinéologique,
Hôpital Tenon 75020
- * ex/Département Chirurgie et Pathologies Digestives,
Hôpital Saint-Joseph 75014

~~TROUBLES DIGESTIFS BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE~~

INTRODUCTION

MAXIMES INTERNISTES

- Tr. de fonction digestive étendue (ano-rectal trop réducteurs !), car p.e.ch. des tr. AR (neuro ou non) nécessite de comprendre la physiopathologie globale digestive. 1 incontinence ne se résume pas à un pb de faiblesse sphincter ! *Ne pas observer /pp bout de la lorgnette*
- Nécessité d'avoir 1 vision globale du patient (Dg. étiophysiopathologi + ttt.)
 - pelvi-périnée

maux neuro. (déficits, douleurs...)

mode de vie : familial / professionnels (ex : 1 infirmière passe en travail nocturne pour gérer son pb. d'incontinence)*

passé événementiel de vie (*jardin secret avec tact, au-delà et*

TROUBLES DIGESTIFS BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

INTRODUCTION

MAXIMES INTERNISTES

- Tr. coloAR du neurologique ne st que la forme exacerbée des tr. coloAR/ non neuro (dont Intestin Irritable) retentissement psychologique majeur.
- Les investigations d'interrogatoire fouillés, nécessairement très intimes nécessitent des règles pour établir le lien (patient/praticien) indispensable à la p.e.ch. => valeur diagnostique, pédagogique et éducative. Spécificité du pelvipérinéologue. Consultation chronophage.
- Tj. en mémoire, que chez le neurologique ou non neuro., tous les systèmes organiques pelvi-périnéaux et digestif sont essentiellement voire exclusivement sous contrôle neurovégétatif « émotif » => tj. évaluer la double composante psychologique (1- intrinsèque au patient, 2- environnementale liée et renvoyée par le handicap) + l' intrication + le retentissement sur la qualité de vie.

TROUBLES DIGESTIFS BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

INTRODUCTION

- * Physiopathologie :

 - relations entre Maladie neuro. et tr. Digestifs bas

- * Ce qui peut être plus spécifique dans la typologie des tr. Digestifs bas chez le neuro. (mais pas sûr!)

- * Prise en charge :

 - M. neuro connue.....pb de prise en charge

 - Les symptômes digestifs révèlent la M. neuro....pb diagnostic

T.D.BAS/NEURO

SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

- Particularité du système digestif (% au vésico-sphincter) : innervation intrinsèque (plexus de Meissner et Auerbach, circuits neurologiques courts intramuraux → contractile) et l' amplitude du RRAI (reflexe recto-anal inhibiteur).
- Rôle de l' innervation extrinsèque ds le contrôle de la motricité du TD ?,
À la fois, I. PARASYMPATHIQUE issue
 - Bulbe rachidien → Nerf vague --> colon droit
 - > colon transverse
 - > colon gauche --> rectum
 - Métamères S2 à S4 → Nerfs pelviens --->rectosigmoïde seul (= vessie)
- I. SYMPATHIQUE issue Moelle dorso-lombaire (métamères T9 à L2)
 - >colon gauche distal (sigmoïde)
 - > ano-rectum
- Conséquences digestives ? et à quel degré ?, si lésions du X, des centres sacrés, dorsolombaires, du tronc cérébral.

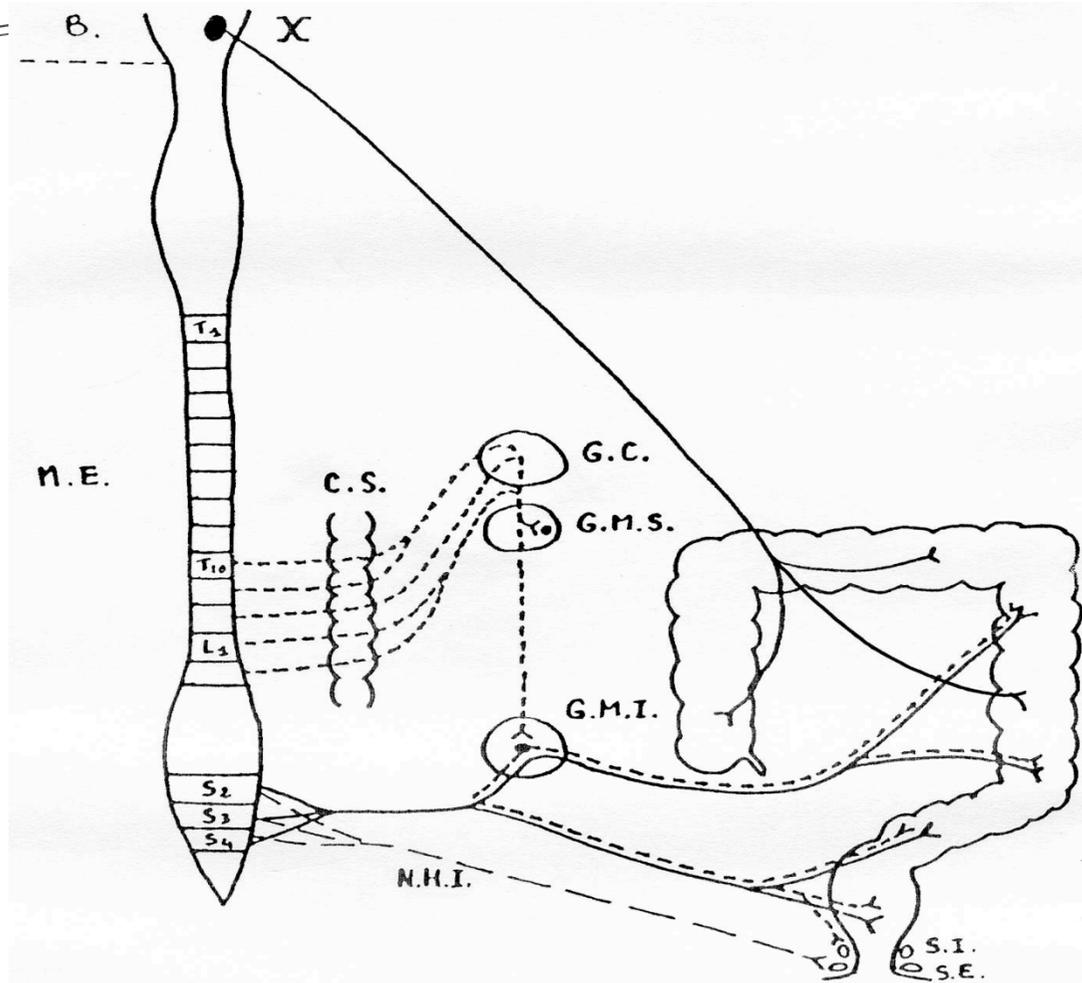


Fig. 1. Innervation du côlon et du rectum. Parasympathique (-), sympathique (- - - -) et somatique (- · - ·). B: Bulbe, M.E.: Moelle épinière, C.S.: Chaîne sympathique, G.C.: Ganglion coeliaque, G.M.S.: Ganglion mésentérique supérieur, X: Noyau et nerf pneumogastrique, N.H.I.: Nerf Honteux Interne, S.I.: Sphincter interne, S.E.: Sphincter externe, G.M.I.: Ganglion Mésentérique Inférieur.

T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

- Etudes/ démontrer les relations I. Extrinsèque <-> Transit colique et I.E. // <-> fct. Anorectale, utilisent le Temps de transit colique, la Manométrie anorectale et l'EMG, sur plusieurs types de maladies neurologiques (att.multifocale SNC/SEP, att. tronc cérébral, section spinale totale en fct du niveau haut >T9*, dorsolombaire Sy.* ou sacré ParaSy.*, att.frontale) par rapport aux Témoins (tenant compte de la notion +/- alité pour 1 raison non digestive versus paraplégiques ou mobilité N1 versus SEP).

Weber J., Beuret-Blanquart F., Denis Ph.(1987) Physiopathologie nerveuse de la motricité colique et de la défécation. Ann. Réadapt. Med.Phys. 30, 313-328.

- Synthèse :
 1. Il existe un retard de transit global (à la fois rectosigmoïde +++>colon G.++ >colon Dt.+) /lésions mutifocales SNC (SEP à mobilité N1).
1^{ère} cause de constipation des Maladies neuro. + att. SNC
Le lieu de ralentissement est f(niveau de l' atteinte neuro.).

T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Synthèse :

2. +++ des structures supraspinales (zone bulboprotubérantielle : 1 zone d'intégration de la motricité viscérale) sur le contrôle transit colique (/ inervation Vague)..., il n'est jamais spinal

>> la partie antérieure de la réticulée pour colon droit, la coordination ano-rectale et vésico-sphinctérienne (même organisation

>> la partie postérieure de la réticulée pour le colon gauche et le réflexe de déglutition

3. Le contrôle du transit recto-sigmoïdien est fonction de moelle:

* I. Sympath. DL (indirecte inhibiteur/ ↘ activité contractile antipéristaltique et

* I. Para-Sympath. Pelvienne (↗ directe activité péristaltique)

=> la moelle ne contrôle que la partie terminale du colon

➔ * ParaSympath. (--Vagal / X --> motricité Colon Dt et G + recto-sigmoïde
// (-- Sacré / Nfs Pelviens --> motricité recto-sigmoïde seule

* Sympath. DorsoLombaire -----> +/- transit rectosigmoïde*

T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Synthèse :

4. Pas de modification d' *amplitude* du RRAI / lésion du SNC multifocale (SEP), sauf si lésion du parasymph.sacré.

Programmation de l' *ouverture anale* / plexus nerveux intrinsèques (t. ouverture).....(pas RRAI ds Hirschprung et anastomose colo-anale)

Programmation de la *durée* d' ouverture anale en fonction de la stimulation rectale / SNC (si lésion supraspinale protubérance et/ou c. parasymph. Sacré, donc reliés =>fermeture anale trop rapide (durée)

=> tr. de coordination AR : dyssynergie recto-anale/*au sens neuro. du terme : absence de relachement du système résistif sphinctérien pendant l'activité contractile du réservoir*)

2^{ème} source de constipation/att. SNC.

5. Il existe un contrôle cortical frontal sur l' ano-rectum du cycle continence - défécation (= vésico-sphincter) → si lésion => hyperactivité spontanée du réservoir 57% (source de déclenchement exo. réflexe), hypertonie anale (difficulté au déclenchement).

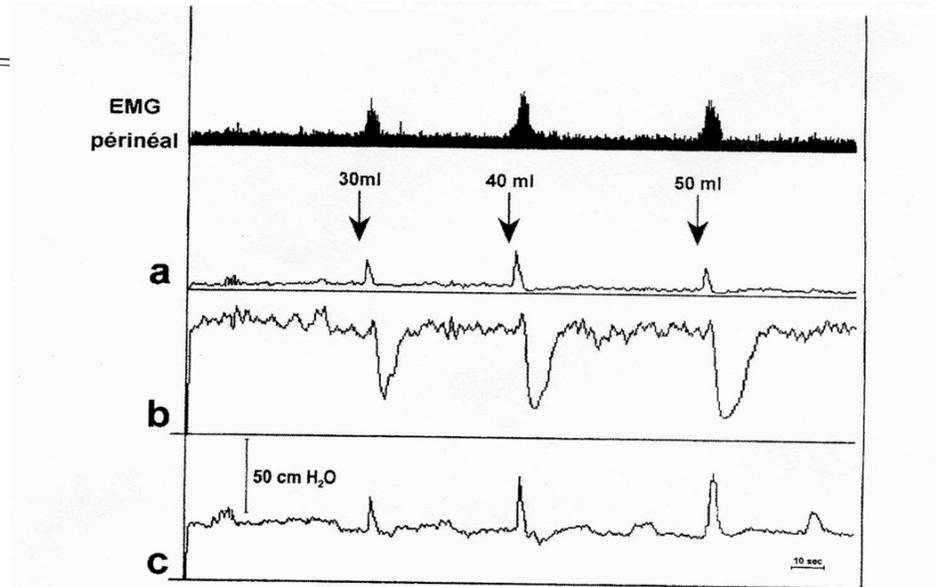
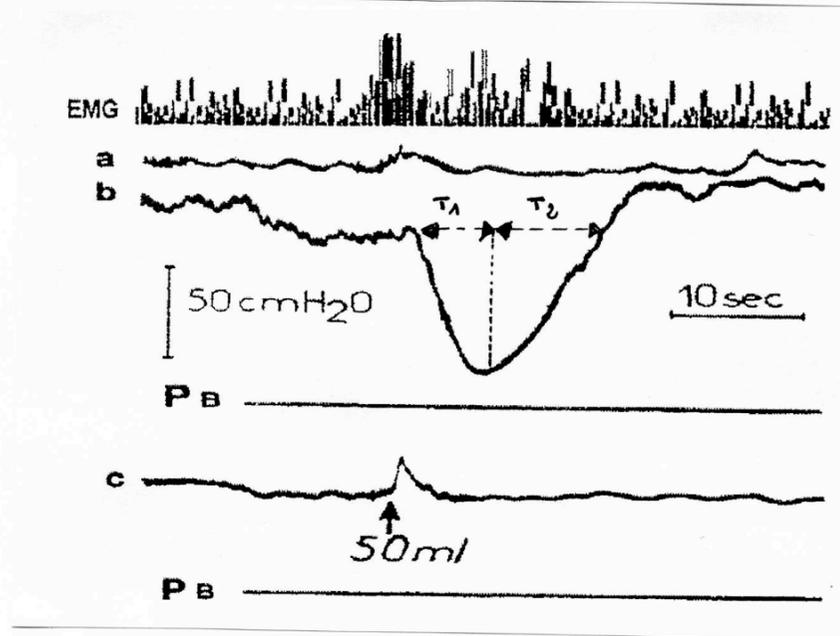


Fig 4 – Étude du réflexe recto-anal inhibiteur. L'enregistrement des pressions est fait au niveau du rectum (a), de la partie haute (b) et basse (c) du canal anal. L'EMG périnéal est un EMG intégré obtenu à partir d'électrodes collées sur la marge anale. L'amplitude et la durée des réflexes sont proportionnelles au volume de distension rectale.

T1 :
t. ouverture du réflexe anal
(↗ avec le Vol. de stimulation)

T2 :
t. de fermeture anale
(+ lente avec l'↗ de la distension rectale)



T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Synthèse :

6. Tonus anal est fonction de :

- 60% myogène (activité contractile cellulaire musculaire lisse)
- 40% plexus nerveux intrinsèques
 - + C.Sympathique post spinal (+++ du ganglion (gg)mésentérique inférieur =1^{er} relai sur les voies végétatives et centre neurologique d'intégration post spinal : si lésion neurone prégg => P.A.Nl. car fonction conservée du circuit réflexe trans et postgg., même s'il est déconnecté de la moelle (ou lésion sympath. DL) ; si lésion après => ↘ P.A.). Donc non spinal
- Mais le tonus anal (=urètre) en partie Sympathique est sous contrôle inhibiteur du parasympath. (si lésion parasympath. Sacré/ lésion nfs pelviens (Sd cône médullaire => hypertonie anale, perte de la modulation du RRAI-amplitude et durée- qq soit la stimulation volumétrique rectale)
Si lésion du Sympath. qui ferme, il n'y a pas d'anomalie du RRAI qui ouvre (pas d'anomalie du système qui ouvre).

T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Synthèse :

7. Dyssynergie anorectale - lisse et/ou strié ?...MAR + EMG/aiguille-strié, Paraplégique complet (section $tt > T9$) ne conserve pas de tonus anal permanent (après 55 mn d'enregistrement au repos (disparition totale de l'activité EMG strié normale, l'anus s'ouvre complètement, seul le sphincter lisse détermine une pression anale résiduelle et si déclenchement du RRAI (ouverture /fermeture anale) constat d'une perte de la proportionalité du réflexe (non modulée en durée) et aucune activité EMG strié ne reprend. Le tonus anal est maintenu/ les structures supraspinales (pas de réflexe spinal).

Dyssynergie AR lisse (Para. Flasque)

Lors de l'expulsion d'un gaz chez le paraplégique : ouverture de la partie haute anale (équivalent RRAI) + apparaît 1 activité strié sous-jacente intempestive (alors qu'il aurait dû ouvrir pd l'expulsion)

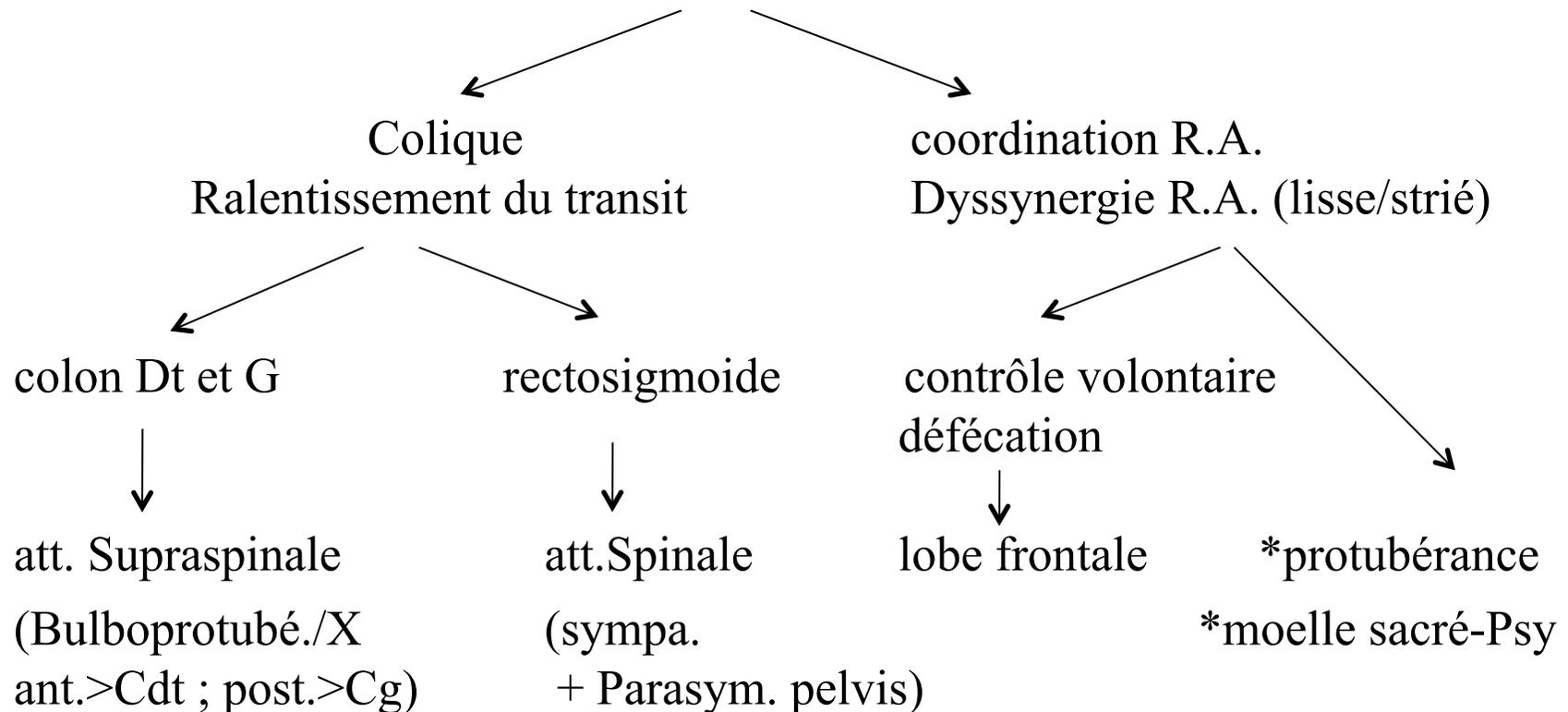
Dyssynergie AR strié (Para spastique + réveil médullaire)

T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Résumé du malade neurologique :

- * pas de paralysie motrice, car les plexus nerveux intrinsèques continuent d'assurer la motricité
- * le S.N.extrinsèque règle le fonction recto-anale et le transit colique.

Si lésion SNC => CONSTIPATION (2causes*)



T.D.BAS/NEURO
~~SPECIFICITE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES T.D.BAS CHEZ LE~~
NEUROLOGIQUE

Résumé du malade neurologique :

- * mécanisme princeps de la constipation : +++ colon >> anorectum*
(↗ activité antipéristaltique + ↘ activité péristaltique)

 - * différence : le SN extrinsèque contrôle la vessie, son innervation intrinsèque existe, mais sans importance fonction. Si lésion nerfs pelviens => paralysie vésicale vrai (ce n' est pas vrai au niveau coloanorectal)

 - * paraplégique + att.sacré => hypertonie anale + Cvo. Si toucher anal (pénétration) => réflexe d' ouverture (RRAI), indépendant de la stimulation.....Donc impression clinique /sphincter strié +++.

 - * Quasi ts ont des tr. Digestifs et tr. Vésico-sphinctériens (SEP, médullaire, AVC, Parkinson, neuropathies périphériques - diabète...).
- Constipation = symptô. fréquence +++. On retrouve la Cons. Transit et la Cons. Distale sujet non neuro (pf préalable ancienne), mais alors pour des raisons neuro . => Pb! rapporter le tr.Coloanorectal à la maladie neuro.

T.D.BAS/NEURO TYPOLOGIE

- * CONSTIPATION
- * INCONTINENCE ANO-RECTALE (IAR)
- * Tr. de STATIQUE PELVIPERINEALE POSTERIEURE/contexte mixte
MULTIELEMENTAIRE :
 - colpo(-cèle/dérroulement) postérieure : Rectocèle, Elytrocèle
(si habitée par 1 anse intestinale en avt Entéroçèle, si en arrière
Hédrocèle (tj. Habitée et associé au prolapsus rectal)
 - prolapsus rectal (interne muqueux : procidence ponctuelle radiaire
ou circum intussusception ; ou PR total extériorisé ou –sable)
 - périnée descendant ou –du (syndrome)*.
- * DOULEURS (difficile de faire la part des chose – être pragmatique)
- * MALADIE HEMORROIDAIRE (maxi conservation/coussins de continence)
- * Tr. du COMPORTEMENT vis à vis de la sphère AR ou périnéale globale
 - Toilettes excessives extra ou intra anales
 - Essuyage méticuleux obsessionnel (distinct du long pénible/ qualité des selles)
 - Conduites d' évitements intimes.

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – moins Spécifique*

- Tr. fonctionnel Symptôme le + fréquent /patho. Digestive ----> état Maladie/neuro (car retentissement physique et psychologique +++)
- 2 mécanismes physiopathologiques princeps le + svt intimement liés :
 - 1- Tr. de progression => C./inertie colique (de transit ou qualitative)
 - - < 3 selles/sem., pf x j. d'absence de besoin défécatoire, selles dures
 - - svt. ancienne, justifiable d'1 ttt. médical (évitant de 1^{ère} intent. les anthraquinoniques destructeurs)
 - +++ ↗ TTC (t. de transit colique) : stagnation des pellets radioopaques / l'ensemble du cadre colique ou sectorisé
 - causes : organique, iatrogène, mais le + svt. 1 déterminisme fct. plurifactoriel (déséquilibre hygiéno-diététique, facteurs psychoaffectifs, éducation de la propreté, traumatismes, facteurs constitutionnels...)

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – moins Spécifique

2- Tr. D' évacuation => C. terminale (50% des non neuro.) 2 types :

* Dyschésie :

- besoin d' aller à la selle + (B. rectal vrai : Brv) : ! Distinguer (B. exonérateur vrai, de la volonté de soulager 1 inconfort abdomino-intestinal : douleurs, ballonnements, flatulences...)
- ne peut évacuer ou évacue avec de gd difficultés => efforts expulsifs +++ péjoratifs, +/- sensation de vidange rectale incomplète*, +/- manœuvres d' évacuation digitale x (endoanorectale, vaginale, contre appui/NFCP), +/- selle intarectale post exonératrice / TR*.
- +++ TTC : accumulation pellets ds l' aire recto-sigmoïdienne voire reflux vers le colon droit.

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – moins Spécifique

- Dyschésie : causes (identification/interrogatoire fouillé, ex. clinique complet
manométrie, emg, rectocolpocystodéfécographie + opacificati. Intestinale) :
 - Organiques
 - Et/ou dysfct. de l' appareil ano-rectal :
 - sphincter : - hypertonie,
 - tr. de modulation du RRAI (neuro.),
 - dyssynergie AR strié (asynchronisme abdomino-sphinctérien ou anisme) voire lisse.
 - réservoir : - tr. de sensibilité (seuil de perception consciente)
 - tr. de compliance (mégarectum)
 - Tr. de statique périnéale postérieure (prolapsus rectal, intussusception, rectocèle, entérocele voire hédrocele, syndrome du périnée descendant.
 - Et/ou tr. du comportement exonérateur isolé (refus de satisfaire le besoin, recul exagéré) = selles recto-sigmo. +++ dures impactées
- ➔ ts les cas polymormisme ttt. (tj. ttt. médico-rééducatif comportemental premier de la constipation mixte, souvent ttt. chirurgical 2^{ème} intention, nf rééducation comportementale proprioceptive (BFB) encadrante

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – plus Spécifique

* Constipation terminale latente (sans besoin exonérateur rectal vrai) :

Efforts de poussée magueurs délétères

- B0 + matières abondantes au TR (fécalome rectal/ tr. sensibilité, mégarec.)

- B0 + inconfort abdomino-intestinal => volonté « humaine » de le soulager à ts prix (rectum vide), non physiologique

- programmation exonératrice systématique sans aucune sensation (habitude, idées reçues, précaution - appréhension de la fuite), (rectum vide), non physiologiquepeut devenir très utile chez le neurologique si p.e.ch. encadrée (ttt. déclencheur sans poussée délétère)

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – plus Spécifique

- Chez le neuro. association quasi obligatoire de ces 2 types de constipations = constipation traumatique. La constipation de transit est accompagnée :
 - soit d' 1 dyschésie algique, satisfaite sur Brv (/ex. / 3 à 5 j), de pp billes dures (scyballes)
 - soit d' 1 obsessionnelle volonté de programmation exonératrice quotidienne à heure fixe, sans Brv ou +/- pseudobesoin (inconfort abdo-intest.) => constipation terminale latente avec poussée +++ traumatiques (/anatomie -> tr. Statique périnéale post. que sur la fct.-> tr. de continence /neuropathie), le + svt. inefficaces.

La chronicisation de ce tr. du comportement, svt. ancien, préalable au pb. neuro. acquis (induit/ habitudes, comportement environnemental, idées reçues, convictions...ignorance), mais pf conséquence du pb. neuro (précaution /appréhension de la fuite fécale) => à bas bruits tr. de statique pelvipérinéale svt. multiélémentaires (dt prolapsus rectal), source de vrais faux besoins => tentatives pseudo-dyschésiques inefficaces, aggravant les symptômes, avec la conviction légitime de raison juste « j' ai raison, j' ai envie »

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – Non Spécificité

- La Genèse des tr. du comportement exonérateur svt. retrouvée ds le passé événementiel de vie, outre le statut constitutionnel (1):
 - Habitudes pathologiques de l' enfance (instauré, cristallisées/entourage) installé/pot tant qu' aucun résultat obtenu, observation d' une « mère des heures » aux WC, nécessité de s' y présenter à heure fixe « pour rééduquer mon intestin », ds le même objectif (souvenir pénible de séances de purge, de lavement évacuateur obsessionnel) ; dysconfort des toilettes (éloignées, dehors, au froid, ds l' obscurité) et/ou rigidité éducative (Internat avec interdiction de satisfaire les « besoins » en dehors des moments imposés), peur de croiser ds la maison celui ou celle responsable « d' abus » source d' angoisse et de recul pathologique du besoin, lit de frustration anxieuse et de potentielle castration psychique.
 - Autoentretenues / profil éducatif rigide de soit disant « bien séance » : « on ne parle pas de cette « région, l' anus , le pipi; le sexe c' est tabou! » Tt les fct de cette sphère doivent être gérées rapidement, qd le sujet le décide, à l' abri de tt. regard, le + étouffé possible et ne faisant l' objet d' aucune satisfaction ou « plaisir » ss peine d' être « mal ». Contexte faisant le lit de l' anisme.

T.D.BAS/NEURO
CONSTIPATION – Non Spécificité

- Genèse des tr. du comportement exonérateur retrouvée ds le passé événementiel de vie, outre le statut constitutionnel (2):
 - l' anxiété intrinsèque générée inconsciemment lors de ces conflits éducatifs internes est potentiellement source d' expression abdomino-intestinale oro-aborale (inconfort douloureux, tr. du transit, etc...) cadre de l' intestin irritable, via une composante dysautonomique fonctionnelle.
 - Avec svt cristallisation lors de l' entrée ds la vie active « je veux être tranquille ds mon travail, dc il faut que ce soit réglé le matin avt de partir = anticipation » validé/ « comme tt. le monde, c' est normal! » ou bien pour des raisons de *promiscuité* (WC au travail ds site non protégé) ou d' *hygiène* à tort ou à raison (miction + exonération demis assis). A l' inverse ces dernières raisons peuvent => le recul chronique pathologique du besoin => adaptation physiopathologique rectale => mégarectum paresseux => constipation terminale => constipation de transit.

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

- - tj. « Métabolite actif » de la constipation chez le neuro. (Jamais première)
 - Handicap (autant ou + I.gaz qu' I. fécale)
 - Retentissement psychologique +++
 - Symptôme caché (2/3 des cas ds popu. Générale)
 - Méconnaissance de la plainte / médecins spécialistes (IAR non relevée ds 80% des cas ni/ Gastroentérologue ni / Gynécologue à l' interrogatoire)
 - =>faible demande de p.e.ch. individuelle (mais forte attente non avouée)
- Diagnostic physiopathologique du Statut identitaire psycho-comportemental du patient = comprendre comment il fonctionne : ...chronologiquement :
 - fatalité de la maladie « tt. ce qui arrive est neurologique », les mécanismes de défenses anciens de gestion de la maladie sont dépassés qd apparait l' IAR ----> patient démuni.
 - le tr. de sensibilité (dt anorectopérinéale) rend la p.e.ch. + difficile
 - le degré du handicap (sensitivo-moteur général voire neuropsychique) est un frein à la gestion de la continence (délai de sécurité raccourci en fonction (transfert - aide d' 1 tiers (nursing de 1/2plégique), alitement, indifférence...))

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

- => perturbation du comportement (alimentaire, conduites d'évitement, programmations...), recul des limites, déséquilibre son système de vie, assure seul, n'allègue pas son symptôme humiliant /honte, obsession éducative rigide, peur du regard d'autrui, ignorance.
=> auto-exclusion sociale progressive (alors que son but initial inverse lui échappe : conserver une insertion sociale à tous prix)

➔ +++ Démarche clinique = interrogatoire policier, décortiqué, mais bienveillant, à la fois empathique et pédagogique = préciser les modalités de fonctionnement de l'ensemble de la fct digestive étendue (qualité de la déglutition, de la digestion, du transit, du confort abdominal, de l'exonération...), son statut sensitif, ses habitudes alimentaires, comportementales.

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

A. Le statut sensitif du patient (1)

- Ressentez vous le besoin, l'envie d'aller à la selle ? Ne suffit pas !
- faire préciser *des mots* sur le besoin (svt différent du Brv : « sensa. de qq chose qui pousse ds les fesses »)
- « je ne ressens pas le besoin » absence ou dispar du signal d'alarme =
 - . perte de repère, pénalisant, anxiogène (car perte du contrôle continence)*
 - . Mais pas de conclu. formelle sur la réalité de cette absence de sensation, (non ressentie) d# (absence de sensation)...ce d'autant que constipa. de tj.
 - possible simple non stimulation rectale / 1 carburant fécal de bonne qualité
 - ou réelle perturbation du besoin (émoussé, lointain, différent*)
- . Nécessité de l'aiguiser, la rééduquer, limiter les algies
 - ou faux besoins rectaux itératifs polychésiques * (obsessionnels)
- . fx B. neuro. avec svt algie RA ss cause proctologique et/ou
- . de tr. Statique RA symptomatiques (Cqs de consti. terminale chronique).
Ds ce cas s'associe pseudo-polychésie et IAR intermittente => irritation

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

A. Le statut sensitif du patient (2)

- ou anesthésie rectale constituée (Sd QdCh)

. Ds certain cas 1 rééduc. Proprio. aiguïlée + ttt med. => 1 pseudobesoin d#*
(gène iliaque G, hypogastrique, paresthésie mb inf...) : le reconnaître ~
signal d'alarme exoné. => rassure + recontrôle de Fct exoné/continence.

- ou impériosité anorectale => distinguer Brv urgent (délai de sécurité
court => IAR active), de l'imminence anale (\Leftrightarrow B4 urinaire, c'est
déjà trop tard, ds l'anus en train de partir!*) = physiopathologie et
ttt. d#.....Imm.A. + Brv non stimulé = améliorer qualité des selles

..... Imm.A. sans Brv constitué = programmation exoné.

- voire la simple évocation de la possible survenue du besoin crée un
véritable état de panique périnéale ds l'urgence (pseudoagoraphobie)
anxiogène => cercle vicieux neurostimulé vagal source de débâcle
diarrhéique => ↗ IAR obligatoire

Cadre de certaines formes d'Intestin Irritable bruyant

➔ dimension socio-comportementale +++

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

B. Les habitudes alimentaires* (1)

- composition du régime *que s'impose le neuro. IAR* : but (ralentir le transit => limiter le nb des exonérations), il préfère exonérer rarement difficilement que régulièrement et aisée (limiter le risque d' IAR/Ug)

. Privilégie riz, carottes cuites, banane, chocolat...

. Restriction/suppression des stimulants : légumes verts, secs, fruits, laitages, pains, céréales...

. Restriction hydrique

➔ tj. Constipation +/-poussée d' Intestin Irritable (I.I.) (+++ si excitants : café/thé) +/- décompensation urinaire (colonisation /infection urinaire)

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

B. Les habitudes alimentaires (2)

- conduites d'évitement « être tranquille »/limiter le réfl.gastrocolique

. Suppression du pp déjeuner = confort ergonomique des soins matinaux *

. // du déjeuner = sortie ludique socialement correcte

=> 1 seul repas vespéral/j => carences délétères (malaises, gastralgies/ gastrite et/ou I.I.)*

- 1 diététique variée peut être délétère chez certains : ne supporte rien (crudités, légumes, laitages...etc) il est perdu. Le Pb! : c'est l'inconfort abdomino-intestinal (>> au pb. exonération/continence) (ballonnements, douleurs, gaz profus...) = souffrance physique + morale (ce d'autant si algies neuro. ss jacentes, ex fibromyalgie), inappétence => risque anxio-dépressif désocialisant => symptôme intestinal.

- identifier les intolérances et l'hypersensibilité digestive/I.I. (enquête diététique + biologie)

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

C. Les habitudes comportementales (1)

- la programmation exonératrice, à tort ou à raison !

. Assurer 1 exonération (ne ss entend pas assurer 1 transit pour le patient)

. Qualité qui devient un défaut (car trop anticipatoire et erronée)

. Vouloir se soulager d' 1 inconfort abdointestinal (/neuro constipé + incontinent +/- I.I.) par un syndrome de constipation terminale non physiologique est humain mais inutile, inefficace et traumatique (rectum vide, pb de transit d' amont). Idem en per mictionnel dysurique ou systématique avt. tt. sortie.

. Encore + délétère : elle cristallise le neuro. ds le « je ne sens pas le besoin, c' est la maladie! Donc j' ai raison de me programmer »

Hors cela ne préjuge pas de la réalité ou non de l' absence de percep. du B

➔ +++ du discours pédagogique éducatif ttt./praticien

. Mais intérêt de la programmation sur anesthésie rectale ou pseudobesoin rééduqué (sous réserve d' 1 ttt. du transit et de l' absence de poussée, le – possible)

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

C. Les habitudes comportementales (2)

- Se réfugier ds 1 constipation salvatrice ? un leurre !

. Hantise du neuro. IAR : ne pas ressentir la fuite et la prise de conscience par la visualisation des Cqs (gène physique, odeur, difficultés de gestion sociale, ludique ou professionnelle, humiliation) => se réfugie ds la constipation qui s' impose à lui de fait (origine mixte) :

. neurologique

. iatrogène (antalgique, opiacé, parasympholytique...)

. psychogène / vagale (anxiété liée au devenir de la maladie, aux algies invalidantes insomniantes, à l' IAR)

mais leurre : décompensation obligatoire / liquéfaction du fécalome en IAR intempestive imprévisible, ↗ le désordre comportemental (constipation + anxiété) = cercle vicieux (patient perdu)

➔ expliquer ! Pour apprendre au patient à quel endroit agir pour le rompre

T.D.BAS/NEURO
INCONTINENCE ANORECTALE - Spécificité

* Diagnostic physiopathologique du statut identitaire psycho-comportemental,
= comprendre :

C. Les habitudes comportementales (3)

- Conduites d'évitement, de désaffection péjoratives (tant sur versant digestif, urinaire et vie sociale)

- . Restriction hydrique (limite le transit et les mictions dysuriques avec IAR)
- . Volonté d'uriner à ts prix assis pour homme (compenser l'IAR/ miction)
- . Lopéramide excessif
- . Limitation des sorties
- . Restriction de l'activité sexuelle (dévalorisation, tr. de l'image du corps)
- . Laisser aller ds la couche (/confort indifférent, / handicap)

➔ tj. Obsessionnelles, anxiogènes, invalidantes + retentissement
psychologique +++ => Dépression

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

La P.e.ch. est f (DEMARCHE CLINIQUE RIGOUREUSE, EXHAUSTIVE) :

- Interrogatoire affiné sémantique + sémiologique, empathique
- Toucher AR, test expulsion du ballon intrarectal (+ ex clinique pelvipérinéal complet)
- Le résultat de l'essai ttt. Médico-diététique 1^{er*}, avec catalogue exonérateur et mictionnel
- Le TTC,
- La manométrie AR

VALEUR
. DIAGNOSTIQUE
. EDUCATIVE
. PEDAGOGIQUE

Indispensable au LIEN THERAPEUTIQUE POSITIF
MOTIVATION, ADHERENCE du patient

~~PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE~~

Comt. faire le lien : trouble coloanorectal / M. neuro. ? Est-ce important ?

Interrogatoire :

- tr. périnéaux mixtes (quasi tj + tr. Sexuels et Urinaires), constip. non isolée
- tr. sensitifs périnéaux d'installation rapidement progressive (dt sensibilité discriminative AR gaz/selle)
- + déficit sensitivo-moteur non étiqueté

Ex. Clinique Périnéal (ECP) : de type neurologique

- hypo >> hypertonie anale, spasticité (reflet tant mus. lisse que strié)
- commande volontaire ↘
- réflexes périnéaux perturbés : normalement
 - * fermeture anale **à la toux**
 - * fermeture de la marge A. **à son étirement**, +/- contraction de l' 1/2 sphincter Dt. et G.
 - * contraction sphincter A. **nociceptive / Aiguille**
 - * **bulboanal ou clitoridoanal** => contract. A.
- sensibilité (hypo. Paresthésie, hyperpathie au toucher)

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

La P.e.ch. Utile se résume bc plus globale que ne le laisserait présager le niveau spécifique discriminé de l' atteinte. Il suffit de déterminer avant tout :

atteinte centrale ou périphérique ?

- * Soit M. neuro + lésion du 1er neurone (voies motrices descendantes), du **cortex frontal** ----> **moelle sacré : SPASTIQUES**
- * Soit lésion du 2^{ème} neurone, **moelle** ----> **organe : PERIPHERIQUES**

T.D.BAS/NEURO
PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE SNC / 1er NEURONE

- ECP : - hypertonie anale : résistance à l' introduction digitale
ou gd réflexe d' ouverture
- réflexes périnéaux trop vifs (Nl : limite de la visibilité)

Statut / Avantage de l' att. Centrale :

- déclenchement possible de la contraction rectale / stimulation adéquate = possible défécation réflexe / moyen technique*. La difficulté : amener les matières au niveau rectal !
- déclenchement possible et synchrone du RRAI, mais non modulée (anormal)

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE SNC / 1er NEURONE

En pratique : 1- efficacité du suppo. à dégagement gazeux Eductyl :

- simulation d' une évacuation réflexe rectale .
- programmation exonératrice anticipée pour reprendre le contrôle de la défécation (évite l' incontinence /déclenchement réflexe spontané)
- avantage (par rapport au vésico-sphincter.) = (rectum non emplit en permanence de matières, seult. 1 à 2/J, le reste du temps vide)
=> autonomie restaurée => réassurance=> levée des conduites d' évitement
- **nécessité impérative de selle intrarectale ou proche** (+++ des selles au TR), sinon constipation de transit d' amont (sigmoïde et +) avec +/- fécalome, dt le mode transform. physiologique demeure la liquéfaction => incontinence (à ts moments du jour)

Incontinence/neurologique tj 2ère à la constipation => ttt. le transit colique.

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE SNC / 1er NEURONE

En pratique : 2-pour ttt. transit colique, utilité d' avoir une systématisation (1)

Si att. Spinale => ralentissement niv. Sigmoïde

- Evacuation du fécalome : lavement kit Peristeen ou Iriflex(sonde +/- hte, > 20 cm, +/- obturateur, assis ou couché

sinon purge : Xprep (1 ou 2 sachets) ou PEG ou Colopeg 1 à 3 l (tj efficace, possible attente 5 j (discuter l' iléocoloscopie préalable en fonction du contexte)

- Eviter sa reformation (combinaison de ttt. Laxatif, souvent efficace) :

Ralentissement gauche (TTC)

* Mucilages (Psyllium, Spagulax, Normacol...) efficace avec peu ou pas d' inconfort >>Duphalac (ballonnements, gaz excessifs).

* Diététique indispensable. Modulation quantitative et qualitative des fibres f(tolérance), attention à l' excès de son. Savoir conjuguer avec céréales (blé, semoule, quinoa, boulgour...)

* *Auto* ou hétéro-lavement eau tiède moy. 1l /2 à 3 jours, pf. Utile
+++ si mauvaise tolérance aux molécules du transit --> *Autonomie**

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE SNC / 1er NEURONE

En pratique : 2-pour ttt. transit colique, utilité alors d' une systématisation (2)

Ralentissement droit ou global fréquent (TTC) /SEP

* de première intention combinaison laxatif osmotique (crée du transit) (Transipeg, Forlax, Movicol...) + mucilage (crée qualité et volume selles).

* Prostigmine* / Mestinon (parasymphomimétique
↗ activité péristaltique musculaire lisse)

* Laxatifs drastiques / Antraquinoniques de dernière intention si nécessaire (Bisacodyl* : Contalax, Dulcolax)

* 01/2012 Prokinétique colique, agoniste des récepteurs 5-HT₄ (Sérotonine) : ↗ motricité colique ++ (vidange gastrique et grêle +/-) : Prucalopride (Résolor*). De 2^{nde}

intention / femme sur constipation de transit réfractaire au

ttt laxatif exhaustif. 1Cp/j 1mg(>65 ans ou In. rénale ou In. hépatique), 2mg(<=65).

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE **ATTEINTE PERIPHERIQUE / 2ème NEURONE**

ECP : - hypotonie anale

- réflexes périnéaux abolis (= Sd. de Queue de cheval)

Statut : - pseudo-paralysie rectale, (contractilité existe tj./ plexus nx. intrinsèques, mais + difficile à déclencher), ralentissement recto-sigmoïdien /att. nfs. pelviens
- RRAI conservé (plexus intrinsèques), on peut tj trouver un moyen d'ouvrir l'anوس

En pratique : 1- Suppo. Eductyl (ouvrir l'anوس),
si contraction rectale insuffisante, ils poussent (péjoratif),
exonération possible que si selle intra rectale (comme les centraux)

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE
ATTEINTE PERIPHERIQUE / 2ème NEURONE

En pratique : 2- => +++ du ttt. du transit colique : idem centraux*

- Massage abdominal : pas de conclusion formelle scientifique, mais probable efficacité (en se massant, se sentent-ils mieux et de ce fait le transit s'améliore ?).

Le volume, la fréquence et le poids des selles sont f(la personnalité avec un seul critère de corrélation : l'estime de soi (*Am.Tucker 1979*))

- si béance anale, nvle. technique de lavement , avec ballon intrarectal d'étanchéité (Peristeen/Coloplast).

Différence avec l'att. centrale ou il persiste 1 contraction réflexe anale (technique avec cône et sonde Iriflex/Braun).

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE
ATTEINTE PERIPHERIQUE / 2ème NEURONE

En pratique : 3- Si att. périnéale incomplète (Sd. Q.d.Ch. incomp., neuropathie diabétique, SEP incomp.) intérêt de la rééducation périnéale : Biofeedback (réveil de commande volontaire, le max. de ce qui reste).

Electrostimulation prudence (théoriquement nocive si dénervation ; mais possible si règles strictes : à distance de l' épisode aigüe, courant basse fréquence voire à pente progressive, t. de stimulation court, t. de récupération long. x 3-4 le t. de travail. (sur bc de périnéés descendants + neuropathie d' étirement, l' électrostimulation améliore la CV. *Weber 90*).

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE
ATTEINTE PERIPHERIQUE / 2ème NEURONE

En pratique : 4- complication spécifique de l' att. périph. : paralysie mixte vésicale et ano-rectale. Spontanément ils poussent fort et itératif pour uriner 6/j et déféquer 1/j → **risque périnéal majeur** rapide en qq. mois = périnée descendant ou -du + prolapsus rectal ou multi-élémentaire (femme) avec hypotonie urétrale (/neuropathie pudendale distale d' étirement NE) et anale (/prolapsus mécanique qui fait le lit et entretient l' hypotonie et / NE) indépendant de la lésion neuro. initiale.

Le prolapsus +/-complexe aggrave la dysurie → **risque urétéronéphrologique** ↗

→ * Auto-sondage urinaire exclusif idéal (psychologiquement tj. difficile)

* Pas ou peu de poussée défécatoire (programmation/ qq soit les modalités + selle intrarectale)

! Neurologique constipé → incontinent / tractions mécaniques

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE

(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (1) :

- * But : Obtenir une exonération régulière non ou pauci-traumatique =>
 - 1°) bonne vidange rectale (mettant à l'abri de l'incontinence ano-rectale, malgré les déficits locorégionaux) et
 - 2°) soulager l'inconfort abdomino-intestinal (délétère tant pour la vigilance proprioceptive du travail périnéal volontaire indispensable à la retenue/continence, que pour la gestion de l'équilibre vésico-sphinctérien).

- * Le ttt. à valeur de ttt., mais aussi d'examen complémentaire (en fonction de la réponse clinique évaluée toutes les 6 à 8 semaines, (tant que l'équilibre n'est pas atteint), on oriente le ttt. (=> modulation affinée ds le choix des molécules et leur posologie). +++ du catalogue exonérateur.

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE

(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (2) :

* une éducation patiente : hormis la prescription ordonnancière et dans la mesure du possible, il doit :

- être enseigné par le praticien (en fonction de son abord possible)
= **partager 1 certain savoir pour convaincre (x consultations)**
➔ **+++ relation de confiance patient/praticien.**

- concevoir et comprendre le fonctionnement digestif normal, la réalité de ses troubles de fct, les mécanismes d'autoentretien, ses erreurs, ses « idées reçues », les corriger, s'enrichir et se rassurer sur la base des informations du catalogue et du résultat de l'essai ttt. 1^{er}.

= **explications verbales + schémas synoptiques**

- avoir 1 vision globale de l'inter-relation digestive, urinaire et génitosexuelle*

- accepter d'être guidé vers une modalité de fonctionnement d# même si cela l'inquiète au début, dédramatiser*

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE

(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (3) :

* une éducation patiente : dans la mesure du possible il doit :

- apprendre à retrouver un signal d'alarme préexonérateur, afin de lui obéir au mieux (adéquation entre le moment physiologique de son intestin et « son moment psychocomportemental »)

= **NE PAS (ou peu) POUSSER (limite le risque pelvipérinéal : neurogène / tr. de statique / algique).**

- effectuer une programmation exonératrice juste (sous ttt. en l'absence de restitution d'1 signal d'alarme exo. et/ou présence de difficulté de relaxation sphinctérienne) : trouver le moment le plus opportun /interro. + TTC. Avec posture adaptée au WC, mucoprotecteur, suppo à dégagement gazeux.....= limite la poussée.

- savoir appliquer régulièrement le massage abdomino-intestinal // guidé par des exercices respiratoires relaxants (base de la rééducation pelvipérinéale comportementale)

- savoir utiliser le tampon obturateur anal (↗ délai de sécurité)

T.D.BAS/NEURO
PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE
ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE
(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (4) :

* Situation d'efficacité ttt. le + svt stabilisée pd plusieurs mois (3 à 6). Pf à ce terme reconstitution progressive du fécalome (1^{er} signe = incontinence) => nvlle purge (Xprep), puis même ttt. affiné, tj +/- Eductyl.

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE

(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (5) :

* Qd l' examen morphologique colique +/- digestif ht.(+/- biopsies) ? :

- devant tt passé familial ou personnel (tumeur bénigne/maligne, inflammatoire, suspicion de M. de Hirschprung (difficulté pf. de mise en évidence du RRAI qd hypotonie anale nette)
- devant des rectorragies répétitives (même si le + svt traumatiques)
- sinon pas de 1^{ère} intention pour le tr. du transit d' installation // au déficit neuro. connu (saturation vis-à-vis des bilans polymorphes itératifs, anxiogènes alors que l' on souhaite avant tout rassurer en restaurant une fonction digestive équilibrée, de ce fait pour une part autoentretenu)
- à distance, à la période d' équilibration digestive (patient rassuré)
- fibro. OGD. idem 2^{ème} intention si ttt. médical du transit insuffisamment efficace sur dyspepsie (d' a.+ si signes de RGO.....car il faut ds la mesure du possible :

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

ATTEINTE CENTRALE ou PERIPHERIQUE

(même P.e.Ch. - même combat)

Ds ts les cas (6) :

* Soulager l' inconfort abdomino-intestinal (ballonnement, gaz, douleur)
anxiogène auto-entretenant le tr. du transit : issue

1) du tr. transit installé neuro.

2) d' une éventuelle composante intestin irritable +, ancienne
(+++ chronologie anamnestique)

Moyens : . ttt. Médical du transit

. Spasmolytiques (Trimébutine, Alvérine, Siméticone,
Phloroglucinol...)

. Rassurer (explications physiopathologiques => lien de
confiance) = anxiolyse => ↘ douleurs (dominante du
contrôle neurovégétatif « émotif » sur l' intestin) = éduquer

. Exercices respiratoires relaxant (base de la rééducation)

. Probiotiques

. Diététique (pas d' évitement, petits repas, intelligent/

fibres

Domnérone Ttt du RGO

T.D.BAS/NEURO

PRISE EN CHARGE DES T.D.BAS CHEZ LE NEUROLOGIQUE

Si Mal. NEUROLOGIQUE INCONNUE

(cmt faire un diagnostic de constipation d'origine neurologique ?)

Ex. clini. : - périnéal complet (dont neuro.), soit N = stop, soit AN = alerté
mais pas d'ex. neuro. complet systématique / constipation !
- tr. urinaires et/ou génito-sexuels // ?

MAR : non spécifique mais si 3 ou ts présents, suspicion origine neuro.

- activité rectale contractile spontanée
- RRAI spontanée
- RRAI non modulée en durée
- CV ↘ ou O

BUD : hyperactivité détrusor et/ou dyssynergie VS. (suspicion neuro+++)

EMG périnée : si perturbation latence sacré bulbo-anale ou PESNHI =>
enquête neuro approfondie

IRM moelle/ cerveau