

# ULCERE SOLITAIRE DU RECTUM A PROPOS DE 5 CAS

K. AIT TALEB, M. CHARIF CHEFCHAOUNI, R. MOHSINE, S. OULBACHA,  
L. IFRINE, A. BELKOUCHI, M. EL ALAOUI, A. MAAOUNI\*

## RESUME

L'ulcère solitaire du rectum est une affection bénigne rare, son étiopathogénie reste encore obscure, mais la majorité des auteurs admet le concept ulcère solitaire et prolapsus qui font un syndrome unique dont le mécanisme responsable est l'hypertonie du faisceau pubo-rectal.

On rapporte une série de cinq cas colligés sur une période de 29ans de 1969-1998.

C'est une affection caractérisée par son évolution chronique, se manifestant principalement par des rectorragies qui sont le signe le plus fréquent.

La rectoscopie et l'histologie constituent la clé du diagnostic, la biopsie doit porter sur les berges de l'ulcère et sa périphérie, permettant ainsi de distinguer l'ulcère solitaire du rectum du cancer ulcéré .

Son évolution peut être émaillée par des complications qui sont rares: hémorragies et sténoses. La perforation reste exceptionnelle.

Le traitement est avant tout hygiéno-diététique avec éducation de la défécation chez ces patients dont le profil psychologique est souvent perturbé. Le recours à la chirurgie se fait dans les cas d'USR compliqués ou associés au prolapsus évident.

*Mots clés : Ulcère solitaire, prolapsus, rectum.*

## SUMMARY

The solitary ulcer of the rectum is a rare disorder with characteristic clinical and investigative findings. The pathogenesis is likely to vary in different patients. But the same authors admit the commonly concept of the solitary rectal ulcer syndrome and the common physiological mechanism is the hypertony of the pubo-rectal sphincter.

We report five cases performed over period of 29 years (1969-1998). This affection is characterised by his

chronic evolution, the rectal bleeding and disorder of defecation

The diagnosis is based on the rectoscopy signs and histo-logical features.

SRUS is a benign condition. Rarely it is associated with massive rectal bleeding or complicated with rectal stricture.

The treatment is based on behavioural therapy with defecatory reeducation. Surgical approach should be reserved to the complicated USR with evidence of prolapse and to the unsuccessful medical therapy.

*Key words: solitary rectal ulcer, rectum, prolapse.*

## INTRODUCTION

L'ulcère solitaire du rectum est une affection qui reste encore mal connue et rare, son évolution chronique est toujours bénigne. Décrit pour la première fois par CRUVEILHIER (1), il doit son appellation d'ulcère solitaire aux travaux de LOYD en 1937 (2). Son étiopathogénie est restée longtemps discutée, le prolapsus rectal en est le mécanisme générateur le plus admis par la plupart des auteurs, d'où la proposition du concept unitaire «syndrome du prolapsus muqueux ano-rectal» (3, 4). Le diagnostic de cette affection repose sur trois critères essentiels : cliniques, endoscopiques, histologiques. Son traitement est controversé et doit être prudent du fait des incertitudes physiopathologiques.

Notre travail se propose de faire le point de cette pathologie à travers l'étude de cinq observations colligées sur une période de 29 ans entre 1969 et 1998 et revue de la littérature.

## OBSERVATIONS

**Observation 1 :** H. âgé de 39 ans, consulte pour rectorragie et anémie. Dans ses antécédents, on note une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire en 1970.

Le début de sa maladie remonte au mois de juin 1980 par des douleurs abdominales, ténésmes, des rectorragies abondantes qui précèdent, accompagnent et suivent les selles ayant nécessité une transfusion sanguine et un prolapsus rectal lors de la défécation.

L'examen clinique montre un malade en bon état général avec une pâleur cutanéomuqueuse.

La rectoscopie révèle un gros ulcère à 8 cm de la marge anale sur la face antéro-latérale gauche qui ne saigne plus. La biopsie montre l'absence de processus néoplasique. Le patient est opéré par voie abdominale, il bénéficie d'une rectopexie directe (promonto-fixation latérale du rectum) par 3 points de fil non résorbable sur les 2 faces latérales. Les suites opératoires ont été simples.

Une rectoscopie faite 8 mois plus tard a noté la disparition de l'ulcère.

**Observation 2 :** F. âgée de 27 ans, célibataire, sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisée au service le mois juillet 1997 pour tumeur rectale.

La patiente se plaint depuis 2 ans de rectorragies minimales avec douleurs abdominales diffuses, ténésmes, épreintes et faux besoins avec parfois des écoulements muco-glaireux.

L'examen clinique à l'admission trouve une patiente en assez bon état général, les conjonctives légèrement décolorées. Le toucher rectal objective une sténose annulaire avec des granulations de la muqueuse rectale à 8 cm de la marge anale. La rectoscopie objective à 7 cm de la marge anale ; la présence d'un large ulcère entre de gros plis congestifs, à bord surélevé sur la face antéro-latérale. La biopsie montre une infiltration lympho-plasmocytaire du chorion muqueux.

Le traitement chirurgical a consisté en une résection limitée de la partie sténosée avec anastomose termino-terminale et promonto-fixation de l'ampoule rectale dilatée. Les suites opératoires sont simples.

**Observation 3 :** H. âgé de 70 ans, hospitalisé le mois septembre 1996 pour ulcère solitaire du rectum.

Dans ses antécédents, le patient a été opéré pour perforation d'ulcère duodénale en 1970.

Le début de la symptomatologie remonte à une vingtaine d'année par des rectorragies récidivantes minimales avec exacerbation du saignement, il y a 4 mois ayant nécessité une transfusion sanguine. Par ailleurs, le patient se plaint aussi de brûlures mictionnelles avec pollakiurie et amaigrissement non chiffré.

Le toucher rectal note une ampoule rectale souple, un prolapsus rectal minime et une prostate augmentée de volume à surface lisse. La rectoscopie montre la présence à 15 cm de la marge anale d'un ulcère de 1,5 cm de diamètre siégeant sur la face postérieure du rectum.

La biopsie objective le bloc fibrino-leucocytaire de voisinage témoignant d'une ulcération étendue. Cette ulcération repose sur 1 bord fibreux dense avec attraction verticale de fibres musculaires lisses et raréfaction des glandes avec absence de signe de malignité. Ces lésions sont évocatrices d'un ulcère solitaire du rectum. Le lavement baryté est évocateur d'un processus tumoral d'allure maligne siégeant au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. L'exploration chirurgicale trouve après rectotomie un ulcère de la face postérieure dont l'aspect macroscopique est suspect de malignité. On décide alors de réaliser une résection antérieure avec anastomose colo-rectale basse protégée par une colostomie latérale sur le colon iliaque. Les suites opératoires ont été marquées au 3ème jour post-opératoire par une rétention aiguë d'urine qui a nécessité un sondage. Au 5ème jour post-opératoire on note la présence d'un abcès péri anastomotique fistulisé au niveau de l'anastomose. Le toucher rectal objective la déhiscence du versant postérieur de l'anastomose et le lavement à la gastrografine confirme ce lâchage postérieur par la fuite du produit vers la cavité pelvienne. Le simple drainage de l'abcès et la colostomie de protection ont permis un cloisonnement de la déhiscence et une bonne évolution. La fermeture de la colostomie a été faite 3 mois plus tard. L'étude anatomo-pathologique de la pièce a montré qu'il s'agit d'un ulcère solitaire du rectum. Le patient est revu en consultation 3 ans après, il présente une bonne continence anale et un transit normal à raison d'une selle par jour.

**Observation 4 :** H. âgé de 37 ans, hospitalisé au service le 20/7/98 pour ulcère solitaire du rectum. Dans ses antécédents, le patient a été opéré pour hernie inguinale gauche en 1988. La symptomatologie a commencé depuis 7 ans par une constipation chronique et rectorragies minimales justifiant une exploration endoscopique qui objective un ulcère solitaire du rectum. Le patient a été mis sous traitement médical et Biofeed-Back pendant 3 ans mais sans amélioration clinique ni endoscopique. Le malade est confié au chirurgien, le toucher rectal est normal, le reste de l'examen clinique est sans particularités. La rectoscopie montre une ulcération rectale à 6cm de la marge anale sur la face antérieure, la biopsie est en faveur d'un ulcère solitaire du

rectum. Le lavement baryté note une mauvaise expansion du recto sigmoïde qui présente un aspect tubulé avec de vastes ulcérations postéro-latérales droites. La manométrie a montré un asynchronisme abdomino-pelvien.

L'exploration chirurgicale trouve un dolichocôlon et une rigidité avec infiltration de la face antérieure de la paroi rectale qui correspondrait à la zone de l'ulcère. On décide de faire une promonto-fixation directe au promontoire par 5 points à la soie n°0. Les suites opératoires sont marquées par la persistance de la constipation et l'apparition d'une incontinence anale. Une rectoscopie de contrôle montre une fistule anale, des hémorroïdes et un rétrécissement rectal à 9 cm de la marge anale qui ont nécessité 2 séances de dilatation. La biopsie de contrôle note la présence d'un fond d'ulcération non spécifique.

**Observation 5 :** F. âgée de 29 ans, célibataire, sans profession, sans antécédents pathologiques particuliers hospitalisée le 28/12/98 au service pour ulcère rectal. Le début remonte à 6 ans par des rectorragies minimales et douleurs abdominales diffuses. Le patient rapporte l'exagération de la symptomatologie, il y a 1 an. L'examen clinique ne décèle aucune particularité et le toucher rectal est normal.

La rectoscopie montre une ulcération ovalaire, large, étendue sur 3 cm, à pourtour inflammatoire siégeant sur la paroi antérieure du rectum, située à 10cm de la marge anale et anite congestive. La biopsie est en faveur d'un ulcère solitaire du rectum. La manométrie révèle une contraction anale volontaire courte. Le traitement a consisté en une rectopexie indirecte au promontoire par l'intermédiaire de deux bandelettes latérales prothétiques selon la technique d'Orr-Loygue. Les suites opératoires sont simples.

## RESULTATS ET COMMENTAIRES

L'ulcère solitaire est resté longtemps méconnu, sa fréquence a récemment augmenté ces dernières années grâce à une meilleure connaissance des troubles de la statique pelvienne (2, 3, 4). Son étiopathogénie est controversée. Tous les auteurs s'accordent sur le prolapsus rectal comme facteur déterminant dans la genèse de l'ulcère solitaire. Cependant l'ulcère solitaire a été retrouvé même dans les troubles de la statique rectale sans prolapsus (descending perineum, rectocèle)(3, 4). En effet c'est l'hypertonie paradoxale du faisceau pubo-rectal du sphincter externe qui est à l'origine de la dyschésie rectale responsable de la contraction inappropriée entre la musculature striée du sphincter et le péris-

taltisme rectal (3, 5, 6) dont la conséquence essentielle en est le prolapsus interne qui peut se compliquer d'ulcération au point de plissement de la muqueuse par micro-traumatisme et ischémie. Dans notre série, le prolapsus a été évident chez 3 patients. Parfois, le prolapsus peut ne pas être patent et doit être mis en évidence par la défécographie (3, 7, 8). L'ulcère solitaire représente une complication du prolapsus, il peut survenir à tout âge surtout au jeune âge (20-30 ans), avec une prédominance féminine en raison de la fréquence des troubles de la statique pelvienne chez la femme. L'incidence diagnostique est de 1 par 100.000 par an (3). Dans notre série, on note 3 hommes pour 2 femmes. La symptomatologie clinique est polymorphe, représentée essentiellement par douleurs abdominales, rectorragies, constipation et syndrome dysentérique. Tous nos malades ont présenté une rectorragie, 2 fois nous avons relevé une douleur abdominale, 2 fois un syndrome dysentérique et une fois une constipation chronique. Le diagnostic a été posé tardivement chez la totalité de nos malades avec un délai moyen de 7,6 ans [2 - 20 ans].

Ce diagnostic repose sur la rectoscopie qui objective l'ulcère, précise son siège par rapport aux parois rectales et permet de faire des biopsies afin d'éliminer un éventuel cancer. La biopsie rectale doit être réalisée même en dehors de la zone ulcérée à la recherche des remaniements de la muqueuse rectale. C'est l'examen histologique qui affirme le diagnostic. Les principaux remaniements de l'ulcère siègent dans la muqueuse et la lésion la plus caractéristique est l'oblitération progressive du chorion par une prolifération des fibroblastes et de fibres musculaires lisses caractéristiques de l'USR (9, 10). Tous nos malades ont bénéficié d'une rectoscopie et biopsie, aucune dégénérescence maligne n'est relevée.

L'ulcère solitaire siège souvent sur de la face antérieure du rectum entre 6 à 15 cm de la marge anale (2, 10, 11), parfois sur les faces latérales et paroi postérieure du rectum. Il peut exister au niveau du bas rectum ou au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne. Dans notre série, on note 2 cas d'ulcère solitaire sur la face antérieure à 8 cm et à 10 cm de la marge anale, 2 cas sur la face postérieure à 6 cm et à 15 cm et une fois l'ulcère s'est compliqué d'une sténose annulaire à 8 cm de la marge anale.

La défécographie permet de mettre en évidence le prolapsus rectal et l'évacuation rectale prolongée et incomplète.

Certains auteurs ont montré l'intérêt de l'échographie endo-rectale dans le diagnostic de cette affection (11). La manométrie ano-rectale et l'électromyographie qui sont d'un intérêt physiopathologique s'avèrent parfois indispensables pour l'étude de la fonction sphinctérienne à la recherche de l'hypertonie ou d'une incontinence associée d'origine neurogène (3, 7, 10, 12).

Le traitement de l'ulcère solitaire dépend du degré des troubles de la statique rectale associés. En effet, plusieurs méthodes thérapeutiques sont proposées :

Les mesures hygiéno-diététiques basées sur un régime alimentaire riche en fibre et mucilages pour les USR sans prolapsus évident et ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

Le biofeedback est une méthode de rééducation pour l'apprentissage de la défécation par conditionnement et la synchronisation besoin - contraction. Elle s'adresse aux USR non compliqués et aux dyschésies rectales (13).

Le traitement chirurgical s'adresse au prolapsus rectal véritable mécanisme générateur de l'USR. Plusieurs techniques sont proposées, toutes convergent vers la rectopexie ; la technique d'Orr-Loygue semble donner de très bons résultats(2, 5, 8, 14), elle consiste en une promonto-fixation par l'intermédiaire de deux bandelettes antéro-latérales de mersuture ou de dacron. Dans notre série nous sommes fidèles à cette technique dont les récurrences sont rares et évite la constipation post-opératoire par hypercorrection. Deux autres techniques anglo-saxonnes ; la technique de Ripstein préconisée souvent par l'école américaine, elle consiste en une rectopexie postérieure par une prothèse en dacron posée de manière circulaire autour du rectum et fixée au sacrum, son inconvénient majeur c'est qu'elle entraîne une striction du rectum et une constipation source

de récurrence post-opératoire (5, 14). La technique de Wells prônée par les Anglais permet une fixation seulement de la paroi postérieure du rectum par une prothèse en ivalon. La technique de Nicholls qui consiste en une rectopexie antéro-postérieure par deux prothèses en ivalon reste une très bonne indication au prolapsus interne et donc répond aux insuffisances des deux dernières techniques (5).

La rectopexie seule permet la cicatrisation spontanée de l'ulcération(8). En cas de sténose rectale sur USR, la dilatation avec traitement du prolapsus peuvent suffire, parfois on a recours à une résection du rectum sténosé quand la sténose est trop serrée et longue(15). Les complications hémorragiques sont contrôlées par électrocoagulation ou photo-coagulation au laser rarement on a recours à des excrèses hémostatiques (16).

Dans notre série, on a préconisé 3 promonto-fixations selon la technique d'ORR-LOYGUE et deux résections rectales avec anastomose colo-rectale basse. Les suites opératoires sont marquées par la persistance d'une constipation avec apparition d'une incontinence dans un cas, un abcès pelvien après résection rectale et un cas de sténose rectale post-opératoire ayant nécessité deux séances de dilatation. A long terme, les résultats ont été bons avec disparition de l'ulcère après les 3 cas de promonto-fixation. Notre recul moyen est de 5,5 ans.

## CONCLUSION

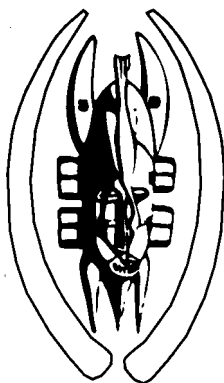
L'ulcère solitaire du rectum est une affection bénigne qui ne dégénère jamais il survient chez des patients dont le profil psychologique est particulier, son polymorphisme clinique, histologique et endoscopique fait de lui un syndrome de l'ulcère solitaire du rectum qui fait l'unanimité de tous les auteurs. Son traitement nécessite une bonne connaissance des mécanismes étiopathogéniques.

## BIBLIOGRAPHIE

1 - J. CRUVEILHIER.  
Ulcère chronique du rectum, maladies du rectum.  
In: Anatomie pathologie humaine, 1829-1842, 25- J.P. Baillière ed., Paris  
1. P.HONORE, M. MEURISSE, J. LOLY  
L'ulcère solitaire du rectum et son traitement chirurgical.  
Rev.Méd. de LIEGE, Vol XL-N°6, p:209-214  
2 - CJ -VAIZEY, JB VANDEN BOGAERDE, A.V. EMMANUEL, I.C  
TALBOT, RJ NICHOLLS, MA KAMM  
Solitary rectal ulcer syndrome.

St Mark's Hospital, Harrow, Middlesex, London UK.  
British J.Surgery, 1998, 85, 1617-1623.  
3 - F. POTET, W.V BOGOMOLETZ, A. FENZY  
Syndrome du prolapsus muqueux anorectal : un concept moderne et unitaire de l'ulcère solitaire du rectum et lésions du même type.  
Gastro-entérol., clin., biol., 1985, 9, n°8-9 Août-sept.  
4 - G. COSTALAT, M-CARRIGUES, Y. ALQUIER, P. LOPEZ, M. VEYRAC, J. BALDET, A. YOUSFI, J. VERNHET  
Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum à propos de 22 cas.

- Ann. Chir., Vol.44 n°10, 1990, p:807-816.
- 5 - YS KANG, MA KAMM, RJ NICHOLLS  
Solitary rectal ulcer and complete rectal prolapse : one condition or two?  
St. Mark's Hospital, London, UK.
- Int. J Colorectal-Dis. 1995 ; 10 (2) : 87-90.
- 6 - S. HALLIGAN, RJ NICHOLLS, CI BARTRAM.  
Evacuation proctography in patients with solitary rectal ulcer syndrome: anatomic abnormalities and frequency of impaired emptying and prolapse.  
Department of Radiology, St. Mark's Hospital for Diseases of the Colon and Rectum, London, England.
- AJR-Am-J-Roentgenol. 1995 Jan; 164 (1) : 91-5.
- 7 - FA FRIZELLE, GA SANTORO, S. NIVATVONG  
Solitary rectal ulcer syndrome : stopping the prolapse heals the ulceration.  
Department of Surgery, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minnesota, USA.
- G-Chir. 1996 Jun-Jul; 17(6-7): 320-2
- 8 - MR MADIGAN, BC MORSON.  
Solitary ulcer of the rectum.  
Gut., 1969, 10, 871-881.
- 9 - M. MELANGE, R. VANHEUVERZWYN, P. MAHIEU, R. DETRY, Y. HEUCHAMPS, J. HAOT et CH. DIVE  
L'ulcère solitaire du rectum : un syndrome.  
Acta. Gastro-enterologica, Belgica, Vol.XLVIII, Mars-Avril 1985
- 10 - S. HALLIGAN, A. SULTAN, G. ROTTENBERG, CI. BARTRAM  
Endosonography of the anal sphincters in solitary rectal ulcer syndrome.  
Department of Radiology, St. Mark's Hospital, London, UK.  
Int-J-Colorectal-Dis. 1995; 10(2): 79-82
- 11 - WF VAN-TETS, JH KUIJPERS  
Internal rectal intussusception : fact or fancy?  
Department of Surgery, Groot Ziekengasthuis, Den Bosch, The Netherlands. Dis-Colon-Rectum. 1995 Oct ; 38 (10) : 1080-3
- 12 - CJ VAIZEY, AJ. ROY, MA KAMM  
Prospective evaluation of the treatment of solitary rectal ulcer syndrome with biofeedback.  
St Mark's Hospital, Harrow, Middlesex, UK.  
Gut. 1997 Dec ; 41 (6) : 817-20.
- 13 I- SIELEZNEFF; JC- BULGARE; B-SASTRE; JC -SARLES  
Résultats du traitement chirurgical du prolapsus rectal extériorisé de l'adulte. Une expérience de 21 ans. - Sce de Chirurgie Générale et Digestive, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille.  
Ann-Chir. 1995 ; 49 (5) : 396-402.
- 14 - Y. PANIS, H. PERRIN, B. POUPARD, P. HAUTEFEUILLE, P. VALLEUR  
Coloanal anastomosis for benign lesions: long term functional results in 11 patients.  
Department of Surgery, Hôpital Lariboisière, Paris, France.  
Eur J. Surg. 1996 Jul ; 162 (7) : 555-9.
- 15 - SR BINDEROW, R. MAYER, JS FREED  
Massive hemorrhage from solitary rectal ulcer : toward a definitive treatment.  
Department of Surgery, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA.  
Mt Sinai J. Med. 1995 Sep ; 62(4) : 308.



Retrouvez  
« Odonto-Stomatologie Tropicale »  
sur Internet  
**WWW.santetropicale.com**

ainsi que  
Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et  
Le Pharmacien d'Afrique