



- Maladie bénigne, chronique et rare du rectum,
- Incidence 1 / 100 000 par an, mais il est probablement sous-diagnostiqué,
- Principalement chez l'adulte jeune (30–40 ans),
- Physiopathologie imparfaitement comprise, mais fait principalement intervenir un prolapsus rectal et une contraction paradoxale du muscle pubo-rectal lors de la défécation,
- Parfois associé à des troubles du comportement,
- Diagnostic fait sur un ensemble de critères cliniques, endoscopiques et histologiques.

Éléments clés

- Syndrome rectal avec douleurs, faux besoins, évacuations glairo-sanglantes, rectorragies
- Constipation et/ou dyschésie,
- L'association de ces troubles de la défécation avec un aspect endoscopique en général très évocateur,
- Toutefois, un quart de formes peu symptomatiques ou asymptomatiques de découverte endoscopique,
- Principaux diagnostics différentiels : cancer du rectum, maladies inflammatoires intestinales, rectite infectieuse, endométriose, ulcération traumatique ou iatrogène (valeur des biopsies et prélèvements bactériologiques +++).

! Gravité

- Aucune mais est souvent très invalidant,
- Seul risque de complication : hémorragie parfois importante.

Examens complémentaires

- Bilan endoscopique retrouvant le classique ulcère de la face antérieure du rectum à fond nacré, mais autres aspects possibles : aussi rectite congestive ou pseudo-polypoïde, ou encore ulcérations multiples voire circonférentielles,
- Histologie : l'anatomopathologiste doit être orienté pour rechercher les éléments évocateurs du diagnostic. Hyperplasie glandulaire régénérative et déformation des cryptes associée à une diminution de la mucosécrétion. Le chorion est le siège d'une prolifération de cellules musculaires lisses et de fibroblastes au niveau de la lamina propria. Les fibres musculaires et la fibrose sont désorientées, ascensionnées entre les cryptes,
- Manométrie anorectale : recherche d'un anisme (indication à une rééducation par biofeedback),
- IRM dynamique (voire défécographie) : peut mettre en évidence un prolapsus rectal interne ou un trouble de la statique pelvienne associé (fera discuter une chirurgie de correction).

👍 Grandes lignes du traitement (difficile et non consensuel)

- ✓ Régularisation du transit, mesures d'hygiène défécatoire,
- ✓ Rééducation ano-périnéale en cas d'anisme,
- ✓ Rectopexie en cas de prolapsus rectal,
- ✓ En cas d'échec, discuter le traitement par Plasma Argon (Études encourageante, mais peu de données sur l'efficacité à long terme).

Photo 1 : ulcération à l'emporte-pièce à fond nacré (très évocatrice), bordée par un gros pli œdématisé et érodé. Le reste de la muqueuse rectale est normale.



Photo 2 : même patient. Le gros pli odémato-érosif est lui aussi bordé par une ulcération à fond nacré, moins profonde.



Photo 3 : aspect de rectite sévère avec, au sein de gros plis oedématiés et d'érosions non spécifiques, une ulcération très évocatrice.



Pour en savoir plus :

Spindler L, Fathallah N, Benfredj P, Soudan D, Duchatelle V, Morel MP, de Parades V. L'ulcère solitaire du rectum : pour rompre l'isolement. . . Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 605-615. doi : 10.1684/hpg.2019.1797