

L'ulcère solitaire du rectum : pour rompre l'isolement. . .

Solitary rectal ulcer syndrom: Break out of isolation. . .

Lucas Spindler¹
Nadia Fathallah¹
Paul Benfredj¹
Damien Soudan¹
Véronique Duchatelle²
Marie-Pascale Morel³
Vincent de Parades¹

¹ Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, Service de proctologie médico-chirurgicale, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris

² Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Service d'anatomo-pathologie, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris

³ Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Service d'imagerie médicale, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris

@ Correspondance : L. Spindler
lspindler@hpsj.fr

▼ Résumé

Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) est une maladie bénigne, chronique et rare du rectum. On estime l'incidence à 1/100 000 par an mais il est probablement sous-diagnostiqué. Il touche le plus souvent l'adulte jeune, autour des 3^e et 4^e décennies. Toutefois, des cas ont été rapportés chez le sujet âgé et chez l'enfant. Sa physiopathologie est imparfaitement comprise mais fait principalement intervenir un prolapsus rectal et une contraction paradoxale du muscle pubo-rectal lors de la défécation. Le diagnostic repose sur l'association de critères cliniques, endoscopiques et histologiques. Les rectorragies sont le symptôme le plus fréquent, volontiers associées à une constipation et/ou à une dyschésie, des douleurs et l'émission de glaires par l'anus. Le classique ulcère de la face antérieure du rectum est inconstant et finalement peu fréquent. Le SUSR se présente volontiers sous la forme d'une rectite congestive ou pseudo-polypoïde ou encore d'ulcérations multiples voire circonférentielles. Les principaux diagnostics différentiels sont le cancer du rectum, les MICI et les rectites infectieuses. Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique. Les examens complémentaires, manométrie ano-rectale et explorations pelviennes dynamiques, précisent le mécanisme et peuvent orienter la prise en charge. L'évolution du SUSR est aléatoire et imprévisible. Son retentissement social peut être majeur particulièrement chez des patients jeunes. Le traitement est souvent difficile. En cas de prolapsus rectal complet, une chirurgie de correction du prolapsus peut être proposée d'emblée. Dans le cas contraire, le traitement associe en première intention la régularisation du transit, les mesures d'hygiène défécatoire et la rééducation ano-périnéale par biofeedback mais leur efficacité est inconstante. La coagulation au plasma argon des ulcères hémorragiques est une technique prometteuse de « dernier recours ». Dans tous les cas, la prise en charge doit être pluridisciplinaire. Le risque de récurrence est important.

• **Mots clés** : Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum, prolapsus rectal, dyschésie, muscle pubo-rectal, biofeedback, rectopexie ventrale

▼ Abstract

Solitary rectal ulcer syndrome (SRUS) is a benign, chronic and rare rectal disease. The incidence is estimated at 1/100,000 per year but SRUS is probably underdiagnosed. It most often affects the young adult, around the 3rd and 4th decades. However, cases have been reported in the elderly and in children. Its pathophysiology is not fully understood but mainly involves rectal prolapse and abnormal contraction of the puborectalis muscle during defecation. The diagnosis is based on the combination of clinical, endoscopic and histological criteria. Bleeding is the most common symptom, often associated with constipation and/or dyschesia, pain and mucus emission from the anus. The classic ulcer located on the anterior wall of the rectum is inconstant. SRUS may

Pour citer cet article : 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

appear as a congestive or pseudopolypoidal proctitis or multiple or even circumferential ulcerations. The main differential diagnoses are cancer, IBD and infectious proctitis. Histological findings assess the diagnostic. Complementary examinations, anorectal manometry and dynamic pelvic explorations, specify the mechanism and can guide the treatment. The evolution of the SUSR is unpredictable. Its social repercussions can be significant, especially for young adults. The management of the SRUS is difficult. In cases of complete rectal prolapse, surgery for the correction of prolapse can be proposed. Otherwise, the treatment combines first-line transit regularization, defecatory hygiene measures and biofeedback, but their effectiveness is inconsistent. Argon plasma coagulation of haemorrhagic ulcers is a promising "last resort" technique. In all cases the management must be multidisciplinary. The rate of recurrence is high.

• **Key words:** solitary rectal ulcer syndrom, rectal prolapse, dyschezia, puborectalis muscle, biofeedback, ventral rectopexy

Abréviations

APC	Argon Plasma Coagulation
IST	infection sexuellement transmise
MAR	manométrie anorectale
MICI	maladies inflammatoires chroniques intestinales
STARR	Stapled Trans-Anal Rectal Resection
SUSR	syndrome de l'ulcère solitaire du rectum

Introduction

Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) est une maladie bénigne, chronique et rare. On estime l'incidence à 1/100 000 par an [1] mais il est probablement sous-diagnostiqué. Il existe une discrète prédominance féminine et touche le plus souvent l'adulte jeune, autour des 3^e et 4^e décennies. Toutefois, des cas ont été rapportés chez le sujet âgé et chez l'enfant [2]. Au-delà de la classique mais inconstante ulcération du rectum, d'autres entités ont rejoint le cadre nosologique du SUSR. Il s'agit de l'hamartome inversé du rectum, de la colite kystique profonde, du kyste entérogène ou encore du polype cloacogénique [3]. L'évolution du SUSR est capricieuse et son retentissement social est important [4] particulièrement chez des patients jeunes. Le diagnostic et le traitement sont souvent difficiles. Nous détaillerons dans cette revue les aspects diagnostiques et thérapeutiques du SUSR.

Physiopathologie : le doute est permis

La physiopathologie du SRUS est imparfaitement comprise et sans doute multifactorielle [5].

L'hypothèse principale repose sur l'association d'un prolapsus rectal et d'une contraction paradoxale lors de la poussée du muscle pubo-rectal (l'un des trois faisceaux du muscle élévateur de l'anus avec les faisceaux ilio-coccygien et pubo-coccygien) que l'on nomme également *anisme* [4-8].

La physiopathologie de l'ulcère solitaire du rectum est imparfaitement comprise. Elle ferait intervenir un prolapsus rectal et une contraction paradoxale des muscles releveurs de l'anus lors de la poussée

Au moment de la défécation, la paroi du rectum serait ainsi soumise à deux forces opposées aboutissant à une augmentation de la pression intrarectale. Les efforts de poussée répétés conduiraient à un traumatisme local (la paroi rectale venant alors buter sur un plancher pelvien immobile), à des phénomènes ischémiques et in fine à la constitution de l'ulcère.

Cependant, cette hypothèse présente plusieurs limites. D'une part, le prolapsus rectal interne est fréquent même chez des patients asymptomatiques alors que le SUSR est rare. D'autre part, les patients avec un prolapsus rectal n'ont pas forcément de SUSR et réciproquement [9, 10]. Enfin, les patients présentant un SUSR n'ont pas forcément une contraction paradoxale du muscle pubo-rectal lors de la poussée [7]. Ainsi d'autres facteurs interviendraient comme les manœuvres digitales endo-rectales (traumatisme local) et l'hypersensibilité rectale. Cette hypersensibilité majorerait la sensation de besoin et ainsi le nombre et l'intensité des efforts de poussée [11].

Enfin, certains auteurs ont suggéré que le prolapsus rectal extériorisé et le SUSR étaient deux entités distinctes [9] avec des mécanismes physiopathologiques différents [8]. Cela amènerait à distinguer le SUSR des lésions muqueuses banales que l'on peut observer en cas de prolapsus rectal extériorisé.

Il apparaît en tout cas que la physiopathologie du SUSR repose sur une double composante, fonctionnelle (anisme et/ou hypersensibilité rectale) et anatomique (troubles de la statique rectale). La prise en charge doit en tenir compte.

Le diagnostic positif : l'habit ne fait pas le moine

La première description du SUSR remonte à 1829 par le médecin, chirurgien, anatomiste et pathologiste français Jean Cruveilhier (1791-1874) [12]. Pourtant, il reste encore

aujourd'hui sous-diagnostiqué avec un délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic pouvant atteindre cinq ans [13]. Le tableau clinique et l'aspect macroscopique des lésions du rectum peuvent orienter à tort vers un cancer ou une MICI [13]. Le diagnostic est suspecté sur un faisceau d'arguments cliniques et endoscopiques et est confirmé par l'histologie [3, 5].

Le diagnostic est suspecté sur un faisceau d'arguments cliniques et endoscopiques et est confirmé par l'histologie

Les signes cliniques sont variables et résumés dans le *tableau 1*. Les rectorragies sont le symptôme le plus fréquent, liées à l'ulcère du rectum. Elles peuvent parfois aboutir à la constitution d'une véritable anémie ferri-prive. L'ulcère peut également être responsable d'un syndrome rectal et/ou d'émissions glaireuses. Une dyschésie est fréquemment observée [14], parfois en lien avec un prolapsus rectal ou un anisme. L'incontinence anale est plus rare. Enfin, les formes asymptomatiques concerneraient jusqu'à un patient sur quatre [10].

Les rectorragies sont le symptôme le plus fréquent mais la présentation clinique est variable

L'endoscopie, rectosigmoïdoscopie et/ou coloscopie, est essentielle au diagnostic positif et permet d'éliminer un diagnostic différentiel (*tableau 2*). L'aspect endoscopique peut être trompeur (*tableau 3*). En effet, la dénomination même de « syndrome de l'ulcère solitaire » prête à confusion. L'ulcération unique suspendue de la muqueuse rectale n'est trouvée que chez 30 % à 70 % des patients selon les séries [1, 10, 15] (*figure 1*).

L'ulcération unique suspendue de la muqueuse rectale est inconstante

Les ulcérations peuvent être multiples, étendues (*figure 2*) ou au contraire il peut s'agir d'une simple

TABLEAU 1 • Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) : signes cliniques.

– Rectorragies
– Dyschésie, manœuvres endorectales
– Douleurs ano-rectales
– Émissions glaireuses
– Polychésie
– Prolapsus rectal
– Incontinence anale
– Aucun

TABLEAU 2 • Principaux diagnostics différentiels.

– Maladie inflammatoire chronique intestinale
– Cancer
– Rectite infectieuse (IST* principalement : chlamydia notamment la LGV*, gonocoque, syphilis secondaire ; parasitaire)
– Ulcération traumatique
– Ulcération iatrogène
– Endométriose (forme nodulaire/pseudo-polypoïde)
– Rectite ischémique (rare)

*IST : infections sexuellement transmises. *LGV : lymphogranulomatose vénérienne.

rectite érythémateuse (*figure 3*). Les formes pseudo-polypoïdes ou nodulaires sont également fréquentes (25 à 44 % des cas) [1, 10, 15] (*figure 4*). Enfin, des formes sténosantes sont possibles [16] (*figure 5*).

L'atteinte siège préférentiellement à la face antérieure du moyen rectum. L'ulcération si elle est présente mesure de quelques millimètres à plusieurs centimètres (en moyenne 1 à 1,5 cm) [3, 5, 17]. Le fond de l'ulcère est granuleux, recouvert d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre. Les limites sont nettes et les berges érythémateuses.

Il est nécessaire de réaliser des biopsies, plutôt au niveau des berges. L'examen histologique confirme le diagnostic [3, 5]. Les anomalies histologiques, décrites par Madigan et Morson il y a 50 ans [18], sont typiques (*figure 6*). On observe principalement une hyperplasie glandulaire régénérative et une 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 apparaissent ascensionnées entre les cryptes.

Les examens complémentaires : pour essayer de comprendre

Les examens complémentaires, explorations pelviennes dynamiques et manométrie ano-rectale, ont pour but d'identifier un trouble de la statique rectale et/ou un anisme. Ils permettent de préciser la physiopathologie du SUSR et de guider la prise en charge. Un trouble de la statique rectale est le plus souvent accessible à une correction chirurgicale. *A contrario*, un anisme est une

TABLEAU 3 • Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) : principales lésions endoscopiques.

– Ulcère unique
– Ulcérations multiples
– Lésions pseudo-polypoïdes/nodulaires
– Rectite érythémateuse

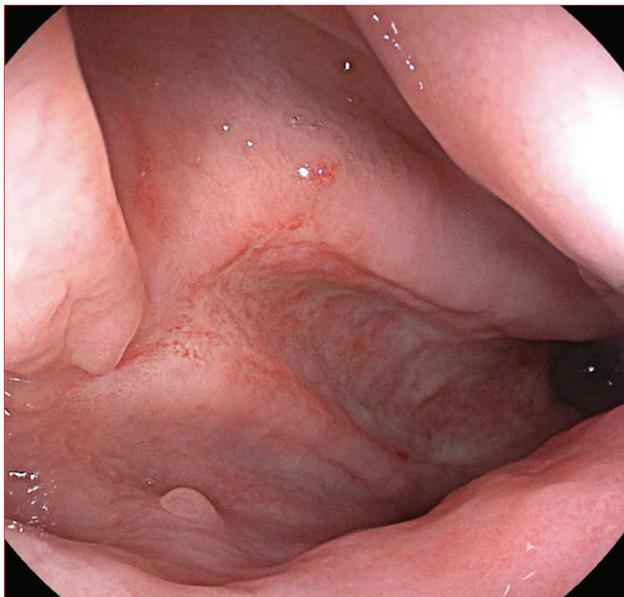


Figure 1 • Ulcère de la face antérieure du rectum vu en rectosigmoidoscopie (récidive après rectopexie) (coll. Dr E. Pommaret).

bonne indication de rééducation ano-périnéale par biofeedback.

/// Les examens complémentaires, explorations pelviennes dynamiques et manométrie ano-rectale, ont pour but d'identifier un trouble de la statique rectale et/ou un asynchronisme abdominal-pelvien et de guider la prise en charge ///

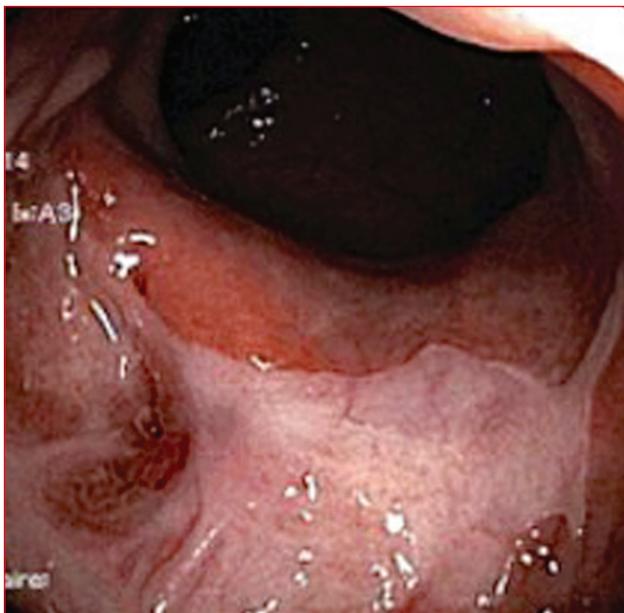


Figure 2 • Ulcère solitaire du rectum, ulcération hémicirconférentielle (coll. Dr M. Lévy).

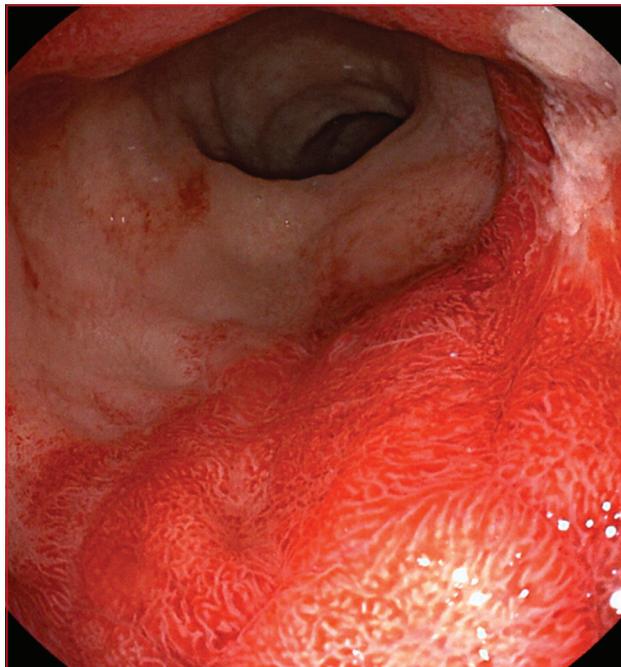


Figure 3 • Ulcère solitaire du rectum, aspect de rectite congestive sans ulcération (coll. Dr V. de Parades).

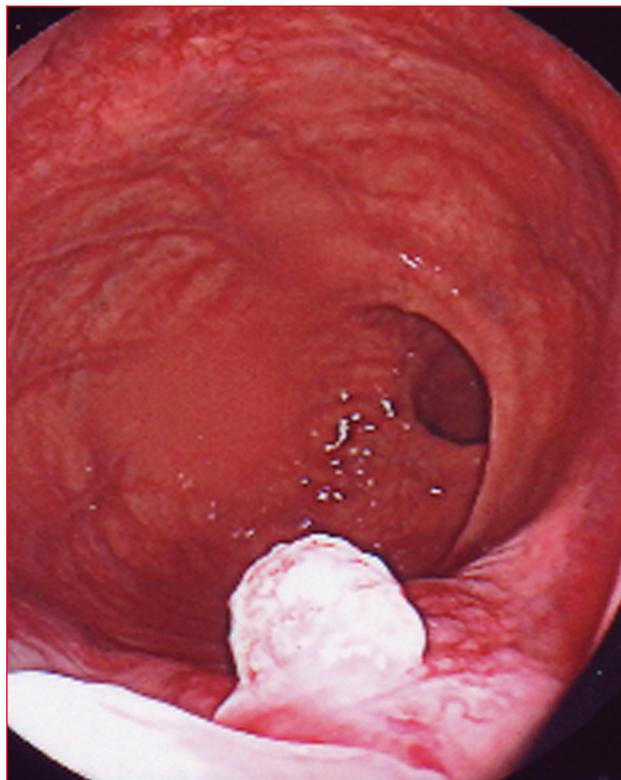


Figure 4 • Ulcère solitaire du rectum, forme pseudo-polypoïde (coll. Dr V. de Parades).

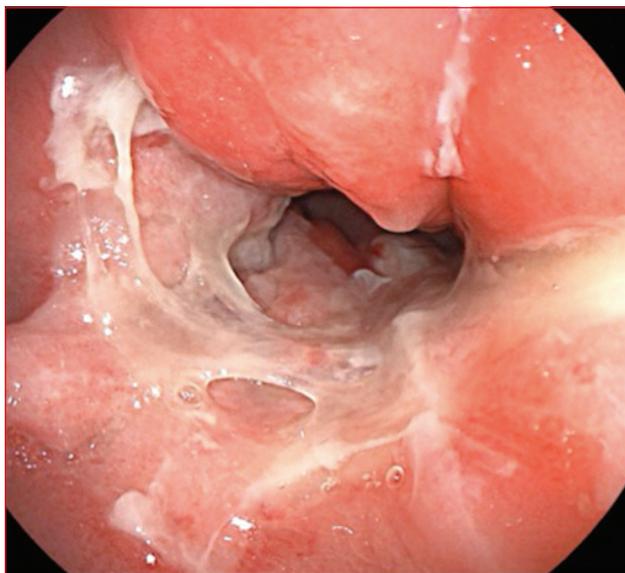


Figure 5 • Ulcère du rectum circonférentiel avec sténose débutante vu en rectosigmoïdoscopie (coll. Dr N. Fathallah).

Les explorations pelviennes dynamiques, colpo-cysto-défécographie et déféco-IRM, sont inutiles au diagnostic de prolapsus rectal complet car celui-ci est clinique. En revanche, elles peuvent objectiver un prolapsus rectal interne (*figures 7 et 8*) associé ou non à d'autres anomalies de la statique pelvienne [3, 5] et faire suspecter un anisme (absence d'ouverture de l'angle ano-rectal et empreinte marquée du muscle pubo-rectal à la poussée) (*figure 9*). Toutefois, les troubles de la statique ne sont présents que chez un peu plus de la moitié des patients [14]. Un examen radiologique normal n'exclut donc pas le diagnostic de SUSR. D'autre part, l'existence d'un trouble de la statique rectal ne justifie pas forcément d'un traitement chirurgical. En effet, les résultats de la chirurgie pour la correction d'un prolapsus interne, particulièrement de « bas grade », sont aléatoires. L'apport des explorations pelviennes dynamiques apparaît donc modeste en dehors du bilan pré-opératoire.

En pratique, le choix de l'un ou l'autre, colpo-cysto-défécographie ou déféco-IRM, est débattu. Leur disponibilité et les habitudes du praticien interviennent également dans la décision.

La manométrie ano-rectale (MAR) est l'exploration fonctionnelle de référence pour l'évaluation des fonctions ano-rectales : pressions sphinctériennes, sensibilité et compliance rectales. Elle évalue le système résistif constitué par le sphincter anal, les réflexes ano-rectaux et le système capacitif constitué par l'ampoule rectale.

La MAR mesure la pression de repos et l'amplitude de la contraction volontaire du sphincter anal. Elle mesure

également les variations de pressions lors des efforts de poussée volontaire.

À ce titre, elle permet d'objectiver l'absence de relâchement voire la contraction paradoxale du sphincter anal et du muscle pubo-rectal à la poussée parfois observée en cas de SUSR. À l'instar des troubles de la statique, la présence d'un asynchronisme abdomino-pelvien est inconstante et la prévalence variable selon les études, 25 à 80 % [5, 7, 11]. Par ailleurs, la MAR permet d'apprécier les capacités adaptatives du rectum inaccessibles à l'examen clinique. Une diminution des volumes seuils de sensibilité rectale traduit une hypersensibilité rectale qui a été décrite dans le SUSR [11].

L'échoendoscopie rectale n'est pas nécessaire au diagnostic. Cependant elle est parfois réalisée devant la découverte à l'endoscopie d'une ulcération ou d'une « masse » faisant craindre un cancer. Elle peut alors mettre en évidence un épaissement de la sous-muqueuse et de la musculature et montrer une bande hyperéchogène entre la couche circulaire interne et la longitudinale externe. Cette bande correspondrait à de la fibrose et permet d'exclure une maladie tumorale infiltrante [19, 20]. Enfin, l'échoendoscopie peut également montrer un épaissement du sphincter anal interne [14].

Le traitement : le bon, la brute et ?

Le SUSR est une maladie bénigne. En revanche, il impacte lourdement la qualité de vie des malades [4]. Les facteurs prédictifs d'une meilleure qualité de vie seraient la présence d'une contraction paradoxale du muscle pubo-rectal, l'absence de descente périnéale et de prolapsus, un âge inférieur à 40 ans et un traitement uniquement laxatif [4].

/// L'ulcère solitaire du rectum est une maladie bénigne. En revanche, il impacte lourdement la qualité de vie des malades ///

Le traitement du SUSR est difficile et non consensuel. À ce jour, il n'existe aucune recommandation internationale sur sa prise en charge, principalement par manque de preuves. En effet, la littérature est pauvre. Les études ayant évalué les différents traitements du SUSR souffrent de nombreuses limites (petits effectifs, hétérogénéité des populations étudiées et des traitements, courte durée de suivi, études observationnelles, rétrospectives, etc.). La prise en charge dépend de la sévérité des symptômes et de l'existence ou non d'un prolapsus rectal. Nous proposons un algorithme de traitement établi à partir des résultats d'une récente revue de la littérature [21] (*figure 10*). On peut ainsi distinguer le traitement médical et la rééducation ano-périnéale, le traitement endoscopique et le traitement chirurgical.

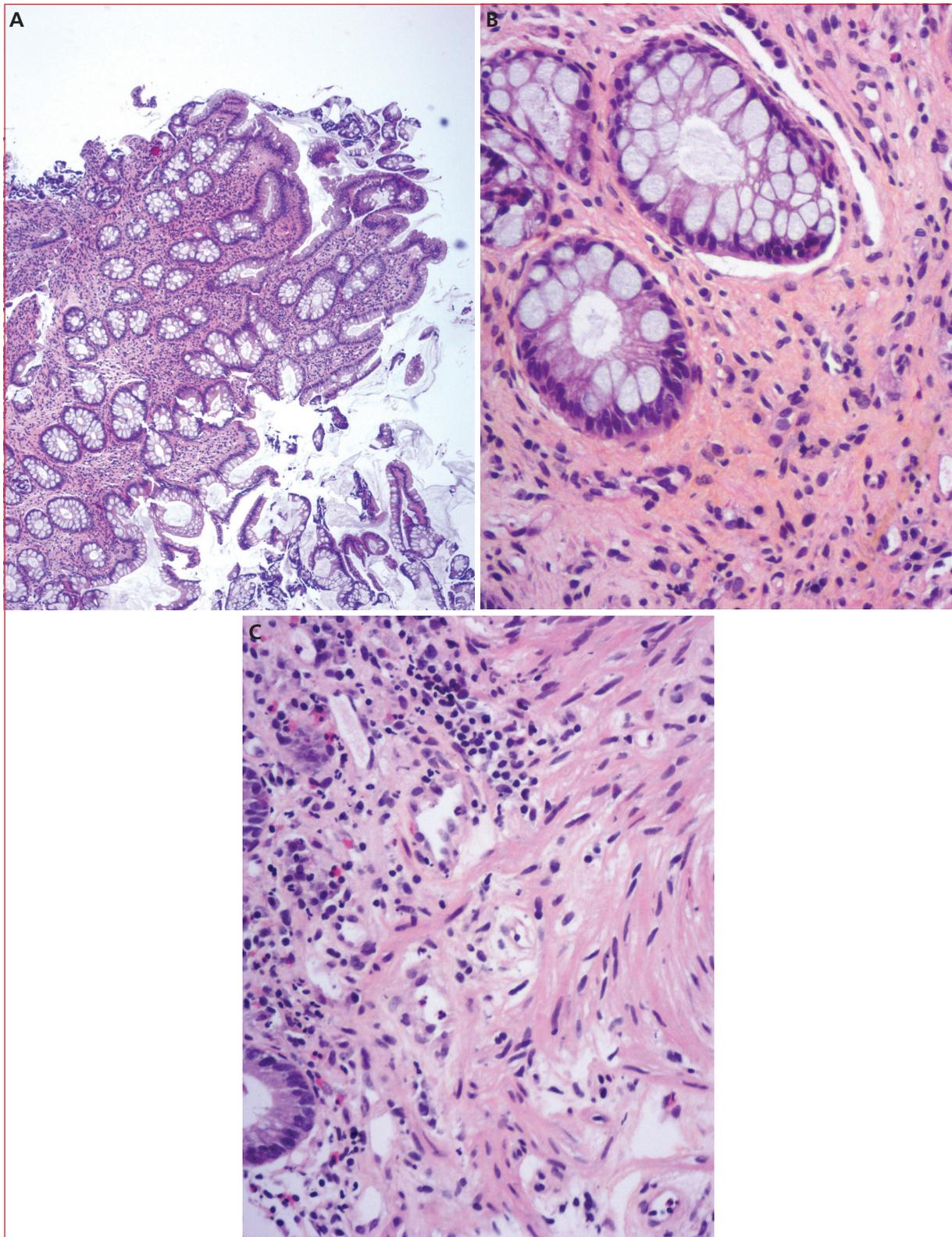


Figure 6 • Ulcère solitaire du rectum, aspects histologiques : glandes hyperplasiques (A), chorion fibreux (B) et fibres musculaires lisses ascensionnées entre les glandes (C) (coll. Dr V. Duchatelle).

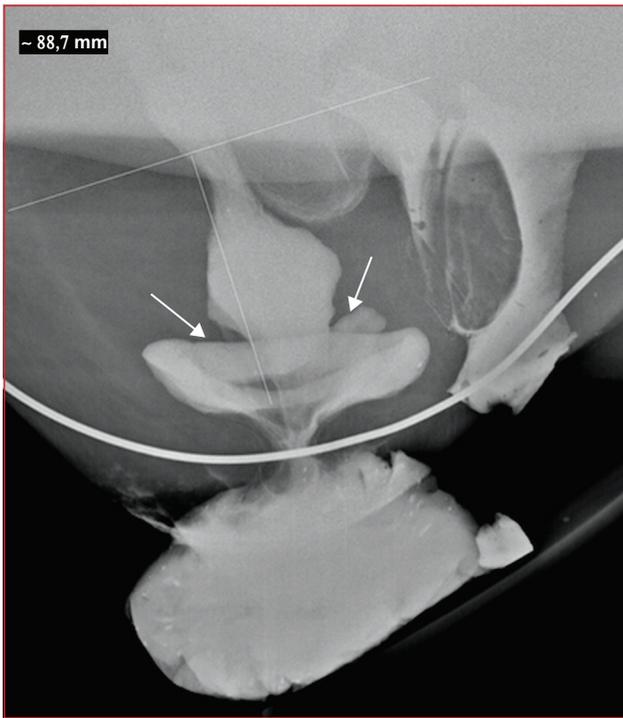


Figure 7 • Prolapsus rectal interne (flèche) vu en colpo-cysto-défégraphie (coll. Dr M.P. Morel).

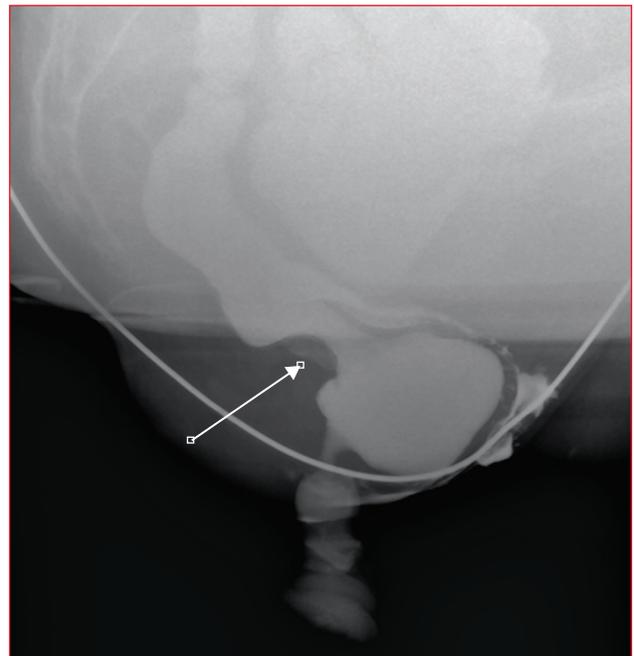


Figure 9 • Empreinte du muscle pubo-rectal à la poussée vue en colpo-cysto-défégraphie (coll. Dr M.P. Morel).



Figure 8 • Prolapsus rectal interne (flèche) vu en déféco-IRM (coll. Dr M.P. Morel).

/// Le traitement de l'ulcère solitaire du rectum est difficile et non consensuel. On distingue classiquement le traitement médical conservateur proposé en première intention et le traitement chirurgical ///

Les objectifs du traitement sont avant tout d'améliorer les symptômes et la qualité de vie des patients. La cicatrisation des lésions est l'objectif idéal, malheureusement pas toujours atteint en pratique.

Le traitement médical a pour objectifs d'améliorer la vidange rectale, de diminuer les efforts de poussée et de faire cesser les manœuvres digitales endo-rectales [3, 5, 21, 22]. Il repose sur la régularisation du transit (fibres et laxatifs), les mesures d'hygiène défécatoire avec apprentissage de la poussée correcte (surélévation des jambes lors de la défécation, limiter l'intensité et la durée des efforts de poussée). Le niveau de preuve est faible, une seule étude (ancienne) ayant évalué les laxatifs dans le traitement du SUSR [23].

La rééducation ano-périnéale par biofeedback est indiquée pour corriger un anisme [3].

Au total, le traitement conservateur permet d'améliorer environ deux patients sur trois et d'obtenir une cicatrisation de la muqueuse rectale chez un patient sur trois [21]. En revanche l'efficacité sur le long terme, au moins pour le biofeedback, n'est pas démontrée [24].

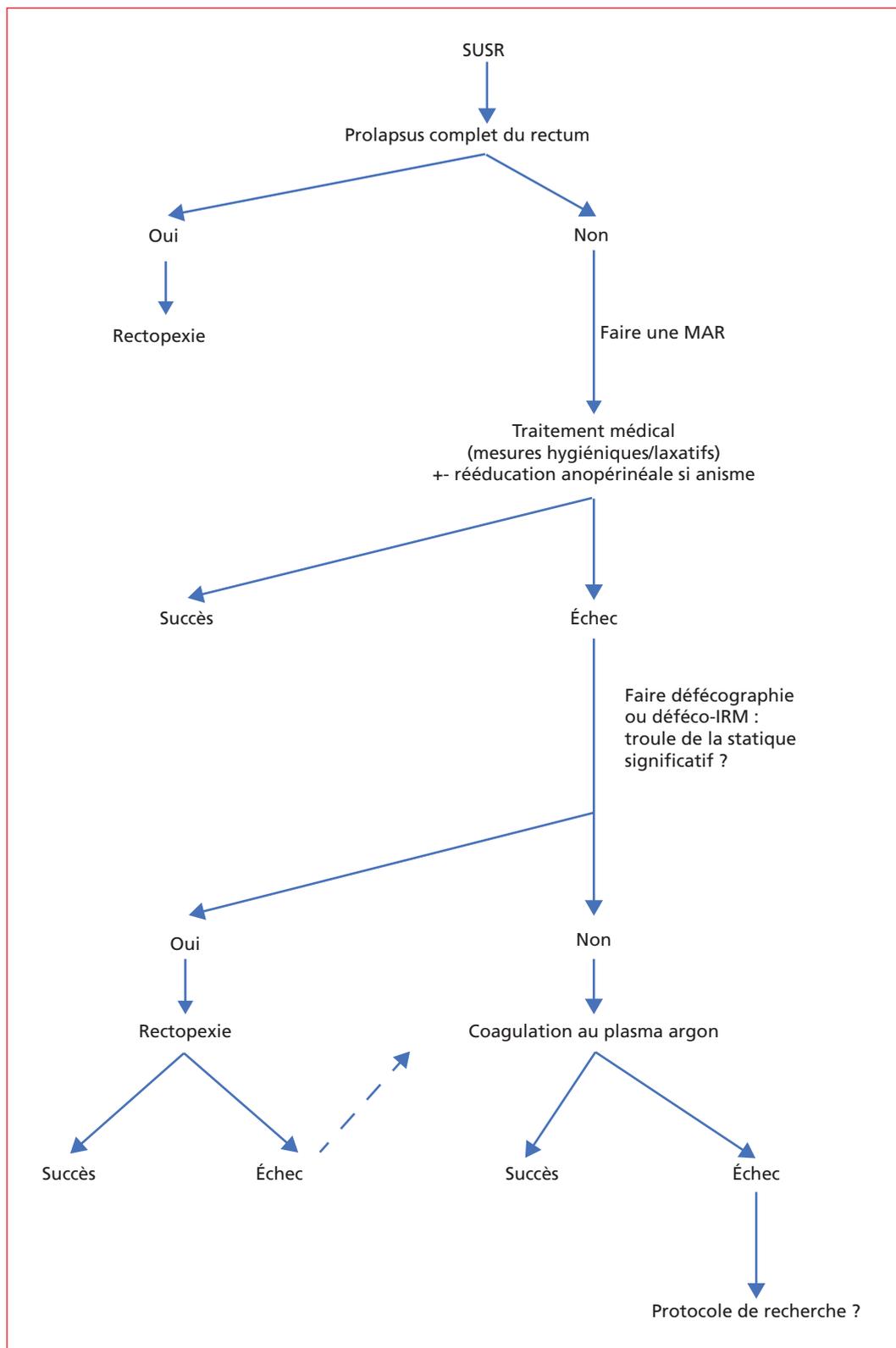


Figure 10 • Syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) : algorithme de prise en charge. MAR : manométrie anorectale.

/// Le traitement conservateur repose sur la régularisation du transit (fibres et laxatifs), les mesures d'hygiène défécatoire avec apprentissage de la poussée correcte et la rééducation ano-périnéale par biofeedback en cas d'anisme ///

L'abord endoscopique a été proposé pour traiter les lésions rectales. Le laser YAG a montré des résultats intéressants dans une série de 14 cas de SUSR sans prolapsus rectal avec 93 % des patients traités améliorés sur le plan des symptômes. Cependant, il s'agissait d'une petite étude ouverte qui n'a pas été réévaluée [25]. Dans le même ordre d'idée, la coagulation au plasma d'argon a été récemment évaluée par plusieurs études randomisées contrôlées [26, 27]. Les patients présentaient un SUSR avec des saignements répétés. Ils étaient randomisés en deux groupes, l'un traité par APC (*Argon Plasma Coagulation*) et traitement médical (53 patients en tout), l'autre sous traitement médical seul (laxatifs, mesures comportementales, lavements de sucralfate). Près de trois patients sur quatre ont montré une amélioration de leurs symptômes et une cicatrisation des lésions rectales après plusieurs séances d'APC, résultat bien supérieur au groupe contrôle. Le suivi était court (trois mois) ce qui pose la question de l'efficacité à moyen et long terme de la procédure. Ces résultats sont néanmoins encourageants.

/// En cas d'ulcère rectal hémorragique le traitement par coagulation au plasma argon apparaît prometteur ///

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de prolapsus rectal complet et/ou en cas d'échec du traitement conservateur [3, 5, 21, 22]. Plusieurs interventions ont été étudiées, visant soit à corriger un trouble de la statique rectale soit à traiter directement l'ulcère du rectum. Les résultats des traitements chirurgicaux sont très variables, diversement appréciés dans la littérature et il est difficile d'en évaluer l'efficacité respective [21].

La rectopexie ventrale avec promontofixation par voie coelioscopique est actuellement le traitement de référence pour la correction d'un trouble de la statique rectale. Cette technique consiste à réaliser une incision ou une résection du péritoine pelvien, à fixer une ou deux bandelettes (synthétique le plus souvent ou biologique) sur la face antérieure du bas rectum totalement dépéritonisé, et à en attacher la partie supérieure sur le ligament prévertébral, devant le promontoire (figure 11). Elle a été peu étudiée dans le SUSR [28, 29]. Dans la série de Badrek-Amoudi *et al.* incluant 48 patients, le taux de cicatrisation muqueuse était de 100 % à trois mois avec une amélioration significative des scores de dyschésie et de qualité de vie. Le taux de récurrence était de 8 % (médiane de 22 mois) pour la dyschésie et 4 % pour l'ulcère [29]. Toutefois le nombre

de perdus de vue était important, près de 50 % à trois ans. Dans la série d'Evans *et al.* parmi les 29 patients ayant bénéficié d'une rectopexie ventrale, 30 % ont dû être réopérés, principalement une intervention de STARR (*Stapled Trans-Anal Rectal Resection*) [28].

/// Le traitement chirurgical est indiqué en cas de prolapsus rectal complet et/ou en cas d'échec du traitement conservateur ///

/// La rectopexie ventrale par voie coelioscopique est l'intervention de référence pour la correction du prolapsus rectal ///

Les techniques par voie transanale comme les interventions de Delorme et d'Altemeier ainsi que la technique de STARR ont été proposées. Pour certains, l'intérêt est qu'elles permettent de réséquer l'ulcère contrairement à la rectopexie. Cependant la littérature est pauvre, les résultats plutôt décevants (environ 50 % d'amélioration) et elles exposent à un risque plus élevé de récurrence du prolapsus que la rectopexie [30-32]. Aujourd'hui, les interventions par voie trans-anale, pour la correction d'un trouble de la statique rectale, sont en général réservées aux patients âgés et fragiles (interventions possibles sous anesthésie locorégionale) et/ou multi-opérés avec un risque d'adhérences gênant la dissection lors de l'abord abdominal (« abdomen hostile ») ou après échec de la rectopexie.

Au total, toutes techniques confondues, le traitement chirurgical permettrait d'améliorer trois patients sur quatre avec cependant un risque de récurrence non négligeable [21].

/// Le traitement chirurgical permettrait d'améliorer trois patients sur quatre avec cependant un risque de récurrence non négligeable ///

Les traitements à (probablement) oublier

Les lavements principalement à base de sucralfate, de 5-ASA et de corticoïdes souffrent d'un faible niveau de preuve [5, 21, 22]. L'efficacité est variable sur de petites séries et n'a pas été démontrée sur le long terme [33].

La suture ou encore l'exérèse localisée de l'ulcère du rectum sont des traitements « historiques ». Leur efficacité apparaît limitée et à l'instar des traitements locaux ils ne traitent pas la cause [7, 21, 34].

Concernant la colostomie, Sitzler *et al.* rapportent un taux de colostomie de près de 30 % dans leur série (66 patients opérés) [31]. Cependant, les symptômes peuvent

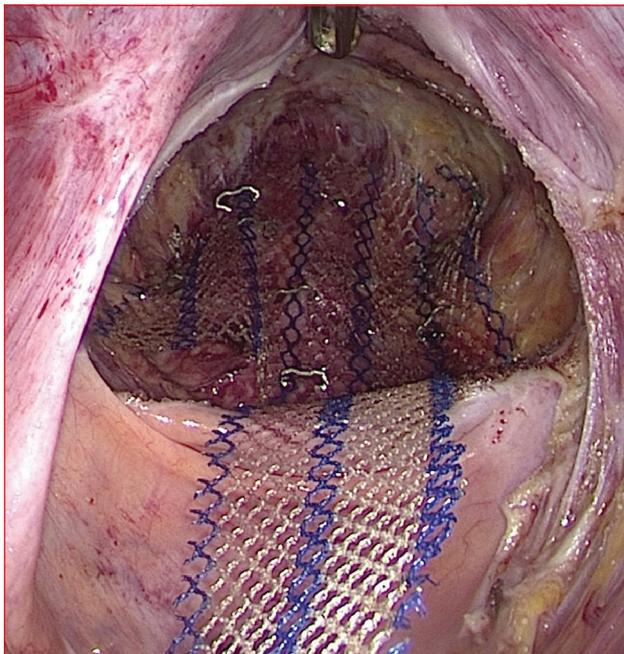


Figure 11 • Rectopexie ventrale (coéloscopie). Bandelette à la face antérieure du rectum (Coll. Dr R. Amato).

persister au décours [34] et l'impact psychologique n'est pas négligeable.

Enfin, les résections étendues du rectum et la proctectomie totale sont exceptionnellement discutées. Leurs indications (principalement l'échec de la rectopexie et du traitement médical) sont fortement limitées par la morbidité chirurgicale et des résultats fonctionnels déce-



TAKE HOME MESSAGES

- Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum est une maladie bénigne, chronique et rare du rectum. Il touche volontiers l'adulte jeune et impacte lourdement la qualité de vie.
- Le diagnostic est suspecté sur des arguments cliniques et endoscopiques et est confirmé par l'histologie.
- L'ulcère rectal classiquement décrit est inconstant.
- Les examens complémentaires visent à préciser le mécanisme physiopathologique et à orienter la prise en charge.
- La prise en charge est pluridisciplinaire. Le traitement repose sur la régularisation du transit +/- la rééducation et/ou la cure chirurgicale du prolapsus rectal. Les résultats sont globalement décevants et le risque de récurrence élevé.

vants [3, 31]. En effet, le SUSR est une maladie bénigne pour laquelle une chirurgie aussi lourde et morbide paraît excessive alors même que la chirurgie de conservation du rectum est en plein essor pour le cancer du rectum.

Conclusion

Le SUSR est une entité clinique singulière. C'est une maladie rare du rectum, chronique et bénigne mais qui peut être particulièrement invalidante. Bien que connue depuis le début du XIX^e siècle, des interrogations demeurent sur sa physiopathologie. Son diagnostic et la prise en charge sont multidisciplinaires tant le diagnostic est parfois trompeur et la prise en charge difficile. Et même à l'heure de l'*Evidence-Based Medicine*, son traitement demeure sur bien des points empirique.



Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Martin CJ, Parks TG, Biggart JD. Solitary rectal ulcer syndrome in Northern Ireland. 1971-1980. *Br J Surg* 1981 ; 68 : 744-7.
- 2 • Urganci N, Kalyoncu D, Eken KG. Solitary rectal ulcer syndrome in children: A report of six cases. *Gut Liver* 2013 ; 7 : 752-5.
- 3 • Meurette G, Regenet N, Frampas E, *et al.* The solitary rectal ulcer syndrome. *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ; 30 : 382-90.
- 4 • Meurette G, Siproudhis L, Regenet N, *et al.* Poor symptomatic relief and quality of life in patients treated for "solitary rectal ulcer syndrome without external rectal prolapse". *Int J Colorectal Dis* 2008 ; 23 : 521-6.
- 5 • Zhu QC, Shen RR, Qin HL, *et al.* Solitary rectal ulcer syndrome: Clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. *World J Gastroenterol* 2014 ; 20 : 738-44.
- 6 • Womack NR, Williams NS, Holmfield JH, Morrison JF. Pressure and prolapse - The cause of solitary rectal ulceration. *Gut* 1987 ; 28 : 1228-33.
- 7 • Vaizey CJ, van den Bogaerde JB, Emmanuel AV, *et al.* Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998 ; 85 : 1617-23.
- 8 • Morio O, Meurette G, Desfourneaux V, *et al.* Anorectal physiology in solitary ulcer syndrome: A case-matched series. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48 : 1917-22.
- 9 • Kang YS, Kamm MA, Nicholls RJ. Solitary rectal ulcer and complete rectal prolapse: One condition or two? *Int J Colorectal Dis* 1995 ; 10 : 87-90.
- 10 • Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM, *et al.* Clinical conundrum of solitary rectal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1992 ; 35 : 227-34.
- 11 • Rao SS, Ozturk R, De Ocampo S, Stessman M. Pathophysiology and role of biofeedback therapy in solitary rectal ulcer syndrome. *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 613-8.
- 12 • Cruveilhier J. Ulcer chronique du rectum. In : Bailliere JB. *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1829.
- 13 • Tjandra JJ, Fazio VW, Petras RE, *et al.* Clinical and pathologic factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 : 146-53.
- 14 • Sharma A, Misra A, Ghoshal UC. Fecal evacuation disorder among patients with solitary rectal ulcer syndrome: A case-control study. *J Neurogastroenterol Motil* 2014 ; 20 : 531-8.
- 15 • Abid S, Khawaja A, Bhimani SA, *et al.* The clinical, endoscopic and histological spectrum of the solitary rectal ulcer syndrome: a single-center experience of 116 cases. *BMC Gastroenterol* 2012 ; 12 : 72.
- 16 • Gruber M, Füglistaler I, Zettel A, *et al.* An unusual cause of rectal stenosis. *Case Rep Gastroenterol* 2016 ; 10 : 406-9.

- 17 • Sharara AI, Azar C, Amr SS, *et al.* Solitary rectal ulcer syndrome: Endoscopic spectrum and review of the literature. *Gastrointest Endosc* 2005 ; 62 : 755-62.
- 18 • Madigan MR, Morson BC. Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 1969 ; 10 : 871-881.
- 19 • Sharma M, Somasundaram A. Endoscopic ultrasonography for an ulcer in the rectum. *Gastroenterology* 2011 ; 141 : e7-8.
- 20 • Sharma M, Somani P, Patil A, *et al.* Endoscopic ultrasonography of solitary rectal ulcer syndrome. *Endoscopy* 2016 ; 48(Suppl. 1 UCTN) : E76-7.
- 21 • Gouriou C, Chambaz M, Ropert A, *et al.* A systematic literature review on solitary rectal ulcer syndrome: Is there a therapeutic consensus in 2018? *Int J Colorectal Dis* 2018 ; 33 (12) : 1647-55.
- 22 • Forootan M, Darvishi M. Solitary rectal ulcer syndrome: A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2018 ; 97 : e0565.
- 23 • Van den Brandt-Grädel V, Huibregtse F K., Tytgat GN. Treatment of solitary rectal ulcer syndrome with high-fiber diet and abstention of straining at defecation. *Dig Dis Sci* 1984 ; 29 : 1005-8.
- 24 • Malouf AJ, Vaizey CJ, Kamm MA. Results of behavioral treatment (biofeedback) for solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 2001 ; 44 : 72-6.
- 25 • Rau BK, Harikrishnan KM, Krishna S. Laser therapy of solitary rectal ulcers: A new concept. *Ann Acad Med Singap* 1994 ; 23 : 27-8.
- 26 • Zergani FJ, Shaieathe AA, Hajjani E, *et al.* Evaluation of argon plasma coagulation in healing of a solitary rectal ulcer in comparison with conventional therapy : a randomised controlled trial. *Przegląd Gastroenterol* 2017 ; 12 : 128-34.
- 27 • Somani SK, Ghosh A, Avasthi G, *et al.* Healing of solitary rectal ulcers with multiple sessions of argon plasma coagulation. *Dig Endosc* 2010 ; 22 : 107-11.
- 28 • Evans C, Ong E, Jones OM, *et al.* Laparoscopic ventral rectopexy is effective for solitary rectal ulcer syndrome when associated with rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2014 ; 16 : O112-6.
- 29 • Badrek-Amoudi AH, Roe T, Mabey K, *et al.* Laparoscopic ventral mesh rectopexy in the management of solitary rectal ulcer syndrome: A cause for optimism? *Colorectal Dis* 2013 ; 15 : 575-81.
- 30 • Goede AC, Glancy D, Carter H, *et al.* Medium-term results of stapled transanal rectal resection (STARR) for obstructed defecation and symptomatic rectal-anal intussusception. *Colorectal Dis* 2011 ; 13 : 1052-7.
- 31 • Sitzler PJ, Kamm MA, Nicholls RJ, *et al.* Long-term clinical outcome of surgery for solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998 ; 5 : 1246-50.
- 32 • Catanzarite T, Klaristenfeld DD, Tomassi MJ, *et al.* Recurrence of rectal prolapse after surgical repair in women with pelvic organ prolapse. *Dis Colon Rectum* 2018 ; 61 : 861-7.
- 33 • Zargar SA, Khuroo MS, Mahajan R. Sucralfate retention enemas in solitary rectal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1991 ; 34 : 455-7.
- 34 • Torres C, Khaikin M, Bracho J, *et al.* Solitary rectal ulcer syndrome: Clinical findings, surgical treatment, and outcomes. *Int J Color Dis* 2007 ; 22 : 1389-93.