



En Pratique : prise en charge des troubles colorectaux par atteinte neurologique

Réalisé grâce à la collaboration de :

Pr Gérard Amarenco - AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Pr Pierre Denys - AP-HP Hôpital Raymond Poincaré, Garches

Dr Alexia Even - AP-HP Hôpital Raymond Poincaré, Garches

Dr Frédérique Le Breton - AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Dr Jean-Gabriel Prévinaire - Centre Calvé Fondation Hopale, Berck-sur-mer

Dr Jean-Marc Soler - Centre Bouffard-Vercelli, Cerbère

Dr Véronique Vitton - Gastro-entérologue AP-HM Hôpital Nord, Marseille

Table des matières

Evaluation initiale des troubles colorectaux	p. 3
Traitement de première intention	p. 5
Evaluation du traitement de première intention	p. 11
Irrigations transanales avec le système Peristeen	p. 13
Annexes :	
1. Echelle de Bristol	p. 15
2. NBD score	p. 16
3. Massage abdominal	p. 17
4. Stimulation digitale du rectum	p. 17
5. Evacuation digitale des selles (au lit)	p. 18
6. Comment éliminer les contre-indications aux irrigations transanales	p. 19
7. Dépistage et Prévention du cancer colorectal	p. 22
8. Indications de l'endoscopie digestive basse	p. 22

Evaluation initiale des troubles colorectaux (TCR)

Antécédents (ATCD)

- Diagnostic neurologique et niveau fonctionnel
- ATCD gastro-intestinaux
(chirurgie digestive, maladie inflammatoire, constipation, syndrome de l'intestin irritable...)
- ATCD gynécologiques
(parité, forceps, poids naissance)
- ATCD chirurgicaux proctologiques
(fistule, hémorroïdes, prolapsus rectal ou autre trouble de la statique pelvienne)
- Sévérité des troubles colorectaux et évolution des troubles

Evaluation des symptômes

- Catalogue des selles sur une semaine
- Consistance des selles :
 - Echelle de Bristol [cf Annexe 1]
- Sévérité des symptômes :
 - NBD score [cf Annexe 2]
- Gêne ressentie liée aux troubles colorectaux et à leur gestion au quotidien :
 - Echelle Visuelle Analogique (EVA) de 0 (aucune gêne) à 10 (gêne extrême)
- Traitement en cours (habitudes alimentaires, laxatifs, suppositoires, manœuvres digitales) et habitudes de vie (lieu et horaires des exonérations ; dépendance d'une tierce personne...)
- Troubles vésico-sphinctériens et génito-sexuels associés

Poser au minimum ces quelques questions :

- *Nombre de selles par semaine et consistance des selles*
- *Difficultés d'exonération (0-10) et temps d'exonération*
- *Gêne ressentie liée aux TCR et à leur gestion au quotidien (0-10)*
- *Episodes de fuites fécales incluant les fuites de gaz*
- *Episodes d'HRA, fissure anale, hémorroïdes, fécalomes à répétition*

Examen clinique

- Examen périnéal neurologique : atteinte périphérique ou centrale, complète ou incomplète
 - sensibilité (pic touche de la "petite selle")
 - tonus anal
- Examen périnéal proctologique
 - hémorroïdes
 - fissure anale
 - prolapsus rectal ou autre trouble de la statique pelvienne
 - fécalome
- Evaluation fonctionnelle
 - dextérité / motricité / spasticité
 - posture / équilibre assis et debout / coordination
 - transferts
- Evaluation cognitive
 - compatible avec l'utilisation du matériel ? (Oui/Non)
 - pour définir si l'éducation du geste va se faire auprès du patient uniquement ou aussi d'une tierce personne
- Evaluation environnementale
 - accessibilité des toilettes / aides techniques
 - nécessité de l'assistance d'une tierce personne / mode de vie

Traitement de première intention

La régulation du transit et de la consistance des selles représente la première étape dans la prise en charge des TCR, via la mise en route d'un traitement préventif.

Double Objectif :

- *Consistance des selles* : moulées, score 3-4 sur l'échelle de Bristol
- *Exonérations** régulières : de préférence ± 3 selles / semaine

* Définition d'une exonération = vidange rectale complète + vidange d'une partie du côlon gauche.

Règles hygiéno-diététique

- Régime équilibré riche en fruits et légumes à adapter au transit et à la tolérance aux fibres
- Apport hydrique : environ 1,5 l / jour
- Favoriser l'exercice physique
- La consommation ou l'adjonction de fibres alimentaires ou de mucilages peut être recommandée lorsque les selles sont molles ou liquides
- Supprimer les médicaments constipants non indispensables (en particulier, remplacer la morphine si possible)

Consistance des selles

Le traitement par laxatifs est conditionné par la fréquence et la consistance des selles et la gêne du patient

Objectif du traitement :

- *selles bien moulées*
- *vidange rectale complète et régulière (± 3 selles/semaine)*

- Si selles dures :
 - Laxatifs osmotiques et/ou de lest, pour améliorer la consistance des selles, à prendre de manière régulière, en traitement de fond. Préférer les laxatifs osmotiques de type PEG (les laxatifs sucrés comme le lactulose entraînent plus fréquemment des ballonnements) si ballonnements associés (les laxatifs de lest pouvant entraîner des ballonnements à certaines doses),
 - Les laxatifs lubrifiants sont rarement prescrits du fait du risque important de suintements anaux.

- Si selles molles/liquides :
 - Diminuer (ou arrêter) les laxatifs osmotiques. Poursuivre les laxatifs de lest en adaptant la posologie à l'échelle de Bristol et à la tolérance (ballonnements)
 - Se méfier d'une fausse diarrhée sur fécalome (temps de transit aux pellets radio-opaques)
- Si alternance constipation / diarrhée :
 - Se méfier d'une fausse diarrhée sur fécalome (toucher rectal+++)
- Si fréquence des selles trop importante :
 - Médicaments adsorbants de type Smecta
 - Médicaments de type argiles ou charbon actif
 - Médicaments à effet probiotique qui agissent sur la consistance des selles comme le Lactéol
 - Médicaments ralentisseurs du transit de type Imodium à utiliser à faible dose voire un jour sur 2 ou sur 3

Exonération

- Règles :
 - Mise aux toilettes régulière, lorsque réalisable ; si possible repose-pieds pour augmenter la flexion des hanches et l'ouverture de l'angle colorectal
 - Adopter une routine en post prandial, à heures régulières
 - Eviter les poussées abdominales excessives
 - Massage abdominal éventuellement associé après l'insertion du suppositoire

Si difficultés à l'exonération :

poussées abdominales, sensation de mauvaise vidange, temps excessif aux toilettes

- Suppositoires :
 - Eductyl :
 - . Couramment utilisé dans les pathologies neurologiques pour faciliter le déclenchement du réflexe d'exonération, lorsqu'il existe.
 - . Provoque la défécation 20 à 30 min après l'introduction.
 - Suppositoires de glycérine : lubrifie l'ampoule rectale
 - Dulcolax :
 - . Irritatif pour la muqueuse rectale.
 - . A éviter en traitement de fond, sans être dogmatique. Limiter l'utilisation à 8 jours du fait du risque possible de troubles hydro-électrolytiques, et d'accoutumance. A discuter néanmoins au cas par cas car lorsque le traitement est bien toléré il peut parfois être poursuivi au-delà de 8 jours.
- Manœuvres digitales :
 - Evacuation digitale des selles :
 - . Couramment pratiquée chez les blessés médullaires, rarement chez les patients SEP (sensibilité périnéale préservée)
 - . L'utilisation d'un doigtier lubrifié est conseillée.
 - Manœuvre de stimulation digitale du rectum ou distension douce de la marge anale pour faciliter le déclenchement du réflexe d'exonération.
- Micro-lavements :
 - A réserver généralement aux épisodes aigus de constipation terminale. Utilisation prolongée à discuter au cas par cas après avis du gastro-entérologue.
 - Ne pas utiliser en traitement de fond. Risque de douleurs et de rectite. A discuter avec le gastro-entérologue si utilisation prolongée envisagée.

Si incontinence fécale (IF) :

- Mécanismes : principalement par mauvaise vidange. L'IF peut être liée à une hypotonie anale (périnée flasque ; IF fréquente) ou une hyperréflexie périnéale (périnée spastique, IF plus rare)
- Les laxatifs et suppositoires (traitement de la constipation) restent adaptés, en cas d'IF à rectum plein essentiellement
- Le tampon obturateur anal Obtal peut être proposé, en présence de fuites fécales par atteinte neurologique

Signes associés

Tout signe associé et tout particulièrement la présence rapportée ou constatée de sang dans les selles doit impérativement faire discuter un avis spécialisé colo-proctologique.

A noter : Toutes ces techniques (laxatifs, suppositoires, manœuvres digitales) peuvent être associées.

Gestion du transit selon le type de lésion

Périnée spastique

- Réflexe anal positif : contraction visible de l'anus en réponse à la piquûre de la peau environnante
- Réflexe bulbo-anal positif : contraction de l'anus en réponse à la pression sur le gland du pénis / clitoris
- Traumatisme ou lésion médullaire/cérébrale, sur ou au-dessus de D12 (lésion supra-sacrée), paralysie spastique, tonus anal normal ou élevé

Périnée flasque

- Réflexe anal absent
- Réflexe bulbo-anal absent
- Traumatisme ou lésion du cône médullaire ou de la queue de cheval, sur ou au-dessous de L1 (lésion sacrée), paralysie flasque, tonus anal faible

A NOTER

Les laxatifs oraux ne peuvent pas remplacer la fonction des déclencheurs de l'exonération. Chez les patients avec dysfonctionnement intestinal neurogène, qui n'ont pas le plein contrôle de leur défécation, l'utilisation des laxatifs oraux **sans avoir planifié l'évacuation des selles** [évacuation réflexe ± suppositoire, ou évacuation digitale si intestin aréflexique], peut conduire à **une incontinence fécale**.

Périnée flasque : pour **faciliter l'évacuation digitale** des selles et pour **réduire le risque d'incontinence fécale** à l'effort -ou lors des transferts- dû à un sphincter anal hypotonique, aréflexique, il est recommandé d'obtenir une **consistance des selles bien ferme type 3** sur l'échelle de Bristol (Ash et al 2006, Consortium for Spinal Cord Medicine, 1998).

Manœuvres de Valsalva / Poussées abdominales :

Elles sont associées à un haut degré d'incontinence, de constipation et autres difficultés à l'exonération (Yim 2001) et doivent être déconseillées comme méthode principale d'exonération (Coggrave 2005). De plus, elles peuvent entraîner des complications rénales et cardiovasculaires graves et perturber le bon fonctionnement des dispositifs médicaux implantés (comme les pompes à baclofène).

Les poussées abdominales sont par ailleurs impliquées dans le développement des hémorroïdes et d'un prolapsus rectal mais aussi de prolapsus génitaux et de risque de reflux vésico-rénal.

Chez les patients ayant une maladie de Parkinson ou autre affection neurologique centrale, 'forcer' peut conduire à une contraction paradoxale du sphincter ou 'anisme', et majorer les problèmes d'exonération et de constipation (Sakakibara et al 2010), il est alors contre-productif.

L'hyperréflexie autonome pendant la gestion de l'exonération est souvent associée à la présence d'une impaction fécale, constipation, hémorroïdes ou fissures, elle doit être connue du patient. **La revue de la gestion de routine du transit intestinal et l'évaluation de ses résultats** peut identifier la cause du problème, la gestion du transit intestinal doit être adaptée afin de prévenir la survenue d'autres épisodes.

Gestion du transit - Périnée spastique

Tous les jours ou tous les deux jours, à heures régulières

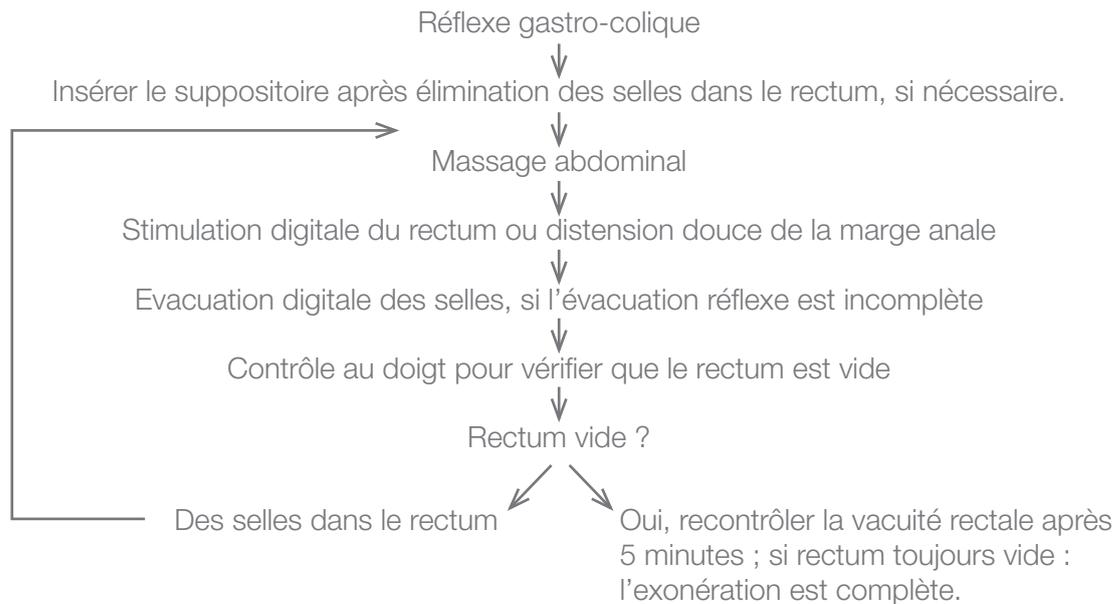
Attention à la diététique

Médication régulière par voie orale pour ajuster la consistance des selles, si nécessaire

Objectif : Consistance des selles = 4 sur l'échelle de Bristol

Laxatif osmotique 8-12 heures avant le soin prévu, si nécessaire

Boisson chaude et/ou nourriture, 20-30 minutes avant le soin



Gestion du transit - Périnée flasque

Une ou deux fois par jour, à heures régulières

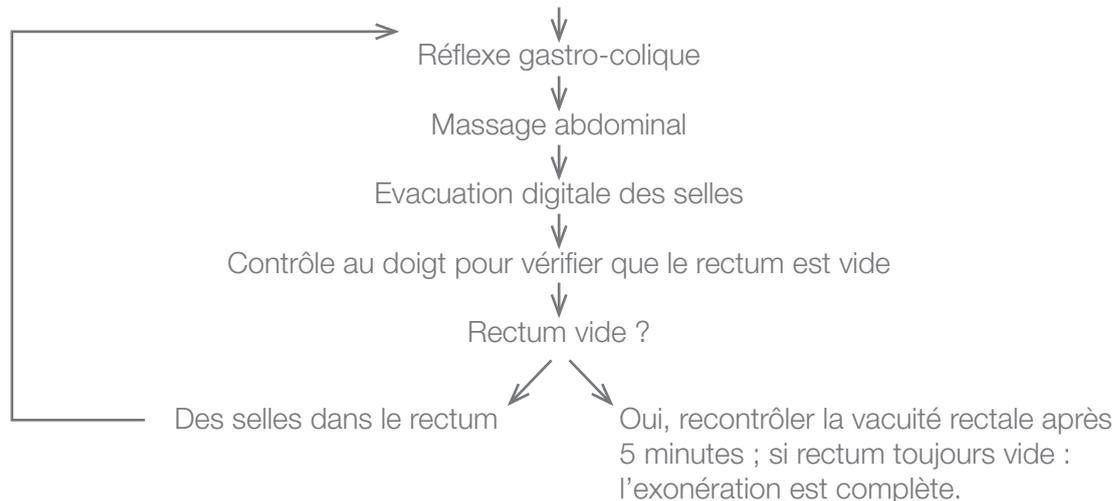
Attention à la diététique

Médication régulière par voie orale pour ajuster la consistance des selles, si nécessaire

Objectif : consistance des selles = 2-3 sur l'échelle de Bristol

Laxatif osmotique 8 à 12 heures avant le soin prévu, si nécessaire

Boisson chaude et/ou nourriture, 20-30 minutes avant le soin





Evaluation du traitement de première intention

L'adaptation du traitement de fond pour arriver à un régime de croisière tiendra compte de :

- *la régularité des selles,*
- *la consistance des selles,*
- *une exonération aisée*
- *l'absence de fuites,*
- *et la satisfaction du patient.*

* Une exonération =

vidange rectale complète + vidange d'une partie du contenu du côlon gauche

L'objectif de ce traitement est de :

- permettre une exonération efficace, à une fréquence régulière et de durée acceptable
- afin de réduire l'impact sur la qualité de vie de l'incontinence fécale et de la constipation,
- de réduire la morbidité associée,
- et de faciliter les soins requis lorsqu'ils sont nécessaires (éducation du patient, adaptation de son environnement, recours à une tierce personne).

Evaluation régulière de ce traitement, à l'aide de :

- Catalogue des selles (sur une semaine)
- Echelle de Bristol
- NBD Score
- EVA de 0 à 10 (ou PGI-S) évaluant la gêne liée aux TCR et à leur gestion au quotidien

L'échec du traitement peut être prononcé raisonnablement au bout de 3 mois

- si ces objectifs ne sont pas atteints et/ou les patients ne sont pas satisfaits de l'équilibre actuel.

L'irrigation transanale est alors recommandée

- Elle peut être légitimement envisagée par les cliniciens en prenant en compte la sévérité des plaintes.

- *La rééducation périnéale peut être proposée en cas d'anisme (biofeedback de relaxation), mais aussi en cas d'IF associée à une insuffisance sphinctérienne.*
- *La stimulation tibiale postérieure peut être associée en cas d'IF et même parfois de constipation, bien qu'il n'existe pas de données d'évidence sur cette utilisation*
- *Les irrigations colique antégrades (Malone ou bouton de Chait) peuvent être envisagées en cas d'échec des irrigations transanales.*



Irrigations transanales (ITA) avec le système Peristeen

L'irrigation colique transanale permet à la fois :

- de stimuler l'activité réflexe du côlon
- et d'agir comme un lavage mécanique du rectum et du côlon.

L'irrigation transanale est efficace aussi bien chez les patients présentant un périnée spastique qu'un périnée flasque.

L'irrigation doit se conformer à la nécessité de régularité et de fréquence décrites dans le consensus [au moins 3 fois par semaine].

Bilan initial

- Eliminer les contre-indications absolues et relatives aux ITA : détaillées dans l'**Annexe 6**.
 - Examen clinique minutieux incluant un examen abdominal et proctologique
 - Interrogatoire détaillé à la recherche d'ATCD personnel ou familial de cancer colorectal, de chirurgie digestive ou pelvienne récente, de maladie inflammatoire de l'intestin.
 - Si positif : Demander l'avis du gastro-entérologue.
- Indications de l'endoscopie (rectosigmoïdoscopie flexible ou colonoscopie) : [cf Annexes 7, 8].

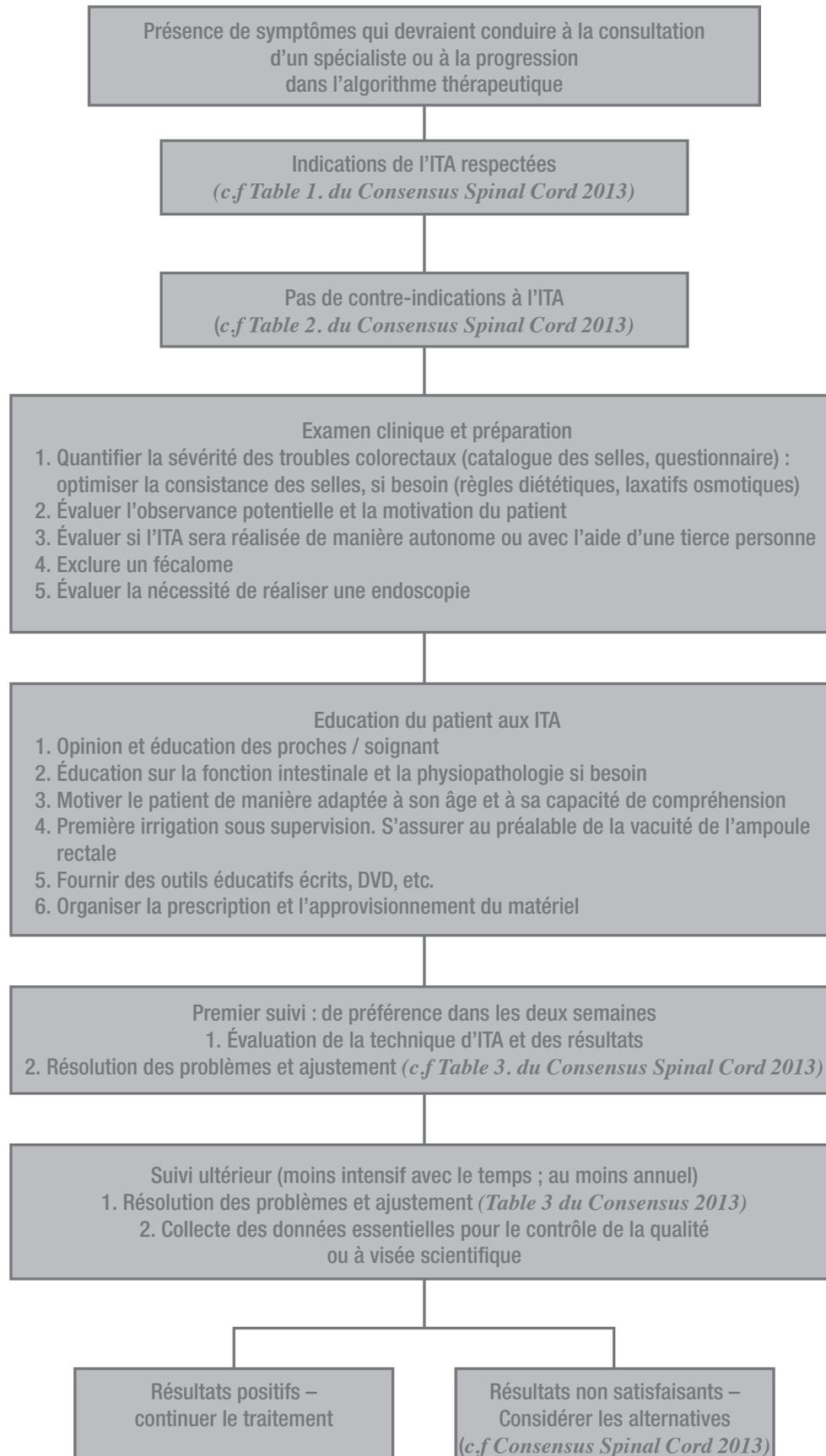
Education des patients

- L'éducation du patient est nécessaire, pour une utilisation sûre et efficace des ITA au long cours.
- Il est utile de prendre le temps d'expliquer au patient (*c.f Protocole de Soins édité par Coloplast*) :
 - Comment l'ITA fonctionne, pourquoi il l'utilise et comment l'ITA peut lui être utile. Ceci est important pour l'encourager à poursuivre les ITA jusqu'à l'obtention d'une évacuation régulière.
 - Lui expliquer les risques et les avantages de la technique, les difficultés qu'il peut rencontrer et lui proposer une ou deux séances d'éducation à la procédure
 - Lui expliquer l'anatomie normale du canal anal, l'angulation anorectale physiologique, la longueur du canal anal et les conditions d'une introduction non traumatique de la canule
 - Mettre l'accent sur la sécurité et l'efficacité pratique (*c.f Table 3 du Consensus Spinal Cord 2013*).
 - Les patients sans sensibilité ano-rectale doivent vérifier au doigt que le rectum est vide avant d'insérer la sonde. Si des selles sont présentes, les évacuer de sorte que la sonde puisse être insérée en toute sécurité et correctement. Ceci est particulièrement important dans le premier mois d'utilisation du système ou lorsque les ITA sont réalisées <3/semaine. Habituellement, le rectum est vide lors de la réalisation des irrigations.
- La première irrigation doit en règle générale être effectuée sous supervision.

Suivi des patients

- Il est essentiel de prévoir un suivi téléphonique dans les 15 jours après le début des ITA :
 - Evaluer l'efficacité et la tolérance des irrigations
 - Si des difficultés sont identifiées lors de ce suivi : reconvoquer le patient pour réévaluer le traitement de fond ainsi que la technique de l'irrigation avec l'infirmière
- Ainsi qu'une visite de suivi systématique avec le médecin, 2-3 mois après la mise en route.

Suggestion d'une approche pas-à-pas du traitement et suivi des patients sous ITA



Annexe 1 • Echelle de Bristol

Type de selles	Description
	1. Selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles).
	2. Selles en forme de billes collées.
	3. Selles en forme de boudin, structure friable.
	4. Selles en forme de boudin, structure douce et lisse.
	5. Selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles).
	6. Selles molles à très molles aux contours imprécis.
	7. Selles aqueuses sans structure (totalement liquides).

Annexe 2 • NBD score

Date : ____/____/____

NOM : _____ Prénom : _____



Score fonctionnel digestif des malades neurologiques¹ (Score NBD)

	Score
1. A quelle fréquence allez-vous à la selle? <input type="radio"/> Chaque jour (score 0) <input type="radio"/> 2 à 6 fois par semaine (score 1) <input type="radio"/> Moins d'une fois par semaine (score 6)	
2. Quel temps passez-vous en moyenne à chaque défécation ? <input type="radio"/> Moins de 30 minutes (score 0) <input type="radio"/> De 30 à 60 minutes (score 3) <input type="radio"/> Plus d'une heure (score 7)	
3. Ressentez-vous une sensation de malaise, des maux de tête ou transpirez-vous au moment de la défécation (signes évocateurs d'hyperréflexie autonome) ? <input type="radio"/> Oui (score 2) <input type="radio"/> Non (score 0)	
4. Prenez-vous des médicaments en comprimés pour la constipation ? <input type="radio"/> Oui (score 2) <input type="radio"/> Non (score 0)	
5. Prenez-vous des médicaments en sachets pour la constipation ? <input type="radio"/> Oui (score 2) <input type="radio"/> Non (score 0)	
6. Avez-vous besoin de mettre le doigt dans l'anus pour aller à la selle ? <input type="radio"/> Moins d'une fois par semaine (score 0) <input type="radio"/> Plus d'une fois par semaine (score 6)	
7. Avez-vous des pertes incontrôlées de selles par l'anus ? <input type="radio"/> Moins d'une fois par mois (score 0) <input type="radio"/> 1 à 4 fois par mois (score 6) <input type="radio"/> 1 à 6 fois par semaine (score 7) <input type="radio"/> Quotidiennes au moins (score 13)	
8. Prenez vous des médicaments pour l'incontinence fécale (perte incontrôlée de selles) ? <input type="radio"/> Oui (score 4) <input type="radio"/> Non (score 0)	
9. Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ? <input type="radio"/> Oui (score 2) <input type="radio"/> Non (score 0)	
10. Avez-vous des problèmes de peau autour de l'anus ? <input type="radio"/> Oui (score 3) <input type="radio"/> Non (score 0)	
Total score (entre 0 et 47)	

Satisfaction générale

Merci d'évaluer votre satisfaction générale concernant votre prise en charge actuelle des troubles colo-rectaux en cochant la case correspondante de l'échelle ci-dessous.
(Mécontentement total - 0 / Grande satisfaction - 10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Interprétation du score NBD

0 à 6 : Très minime
 7 à 9 : Minime
 10 à 13 : Modérée
 14 et plus : Sévère

Les malades rapportant un score modéré ont trois fois sur quatre un retentissement sur la qualité de vie et ceux rapportant un score important ont un retentissement plus de neuf fois sur dix.

1. Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. Spinal Cord 2006;44:625-631

Annexe 3 • Massage abdominal

- Le massage abdominal se fait habituellement dans le sens des aiguilles d'une montre.
- Utilisation de l'arrière ou de la paume de la main ou d'une balle de tennis ou analogue
- La pression est appliquée et relâchée fermement mais doucement dans une progression continue autour de l'abdomen.
- Des mouvements d'effleurage légers peuvent également être utilisés, ce qui peut déclencher des réflexes somato-viscéraux.
- Le massage peut être réalisé avant et après la stimulation digitale du rectum, l'insertion de suppositoires ou l'évacuation digitale des selles pour faciliter l'exonération (Coggrave 2005).

Annexe 4 • Stimulation digitale du rectum

- Expliquer la procédure au patient (si nécessaire) et obtenir le consentement. Assurer un environnement privé
- Observer le patient tout au long de la procédure, être vigilant aux signes de d'hyperréflexie autonome (HRA) ou autre événement indésirable (Addison et Smith , 2000)
- Si non contre-indiquée (exemple : traumatisme médullaire non stabilisé), positionner le patient en position latérale gauche avec les genoux fléchis. La flexion des genoux favorise la stabilité du patient et contribue à exposer l'anus (Campbell, 1993). **Cette procédure peut également être effectuée sur les toilettes ou la chaise douche par le soignant ou le sujet lui-même.** Placer un coussin de protection sous le patient, si besoin
- Se laver les mains, mettre deux paires de gants jetables et un tablier
- Si la personne souffre d'inconfort local ou des symptômes d'hyperréflexie autonome au cours de cette procédure, du gel anesthésique local peut être instillé dans le rectum avant l'intervention (Furasawa 2008, Cosman 2005). Ce dernier agit au bout de 5-10 min et pendant 90 minutes. Lubrifier le doigt ganté avec un gel hydrosoluble
- Informer le patient que vous êtes sur le point de commencer
- Insérer un seul doigt ganté et lubrifié (Addison et Smith, 2000) lentement et doucement dans le rectum
- Tourner le doigt afin que la partie inférieure rembourrée soit en contact avec la paroi du rectum.
- Tourner le doigt dans le sens des aiguilles d'une montre pendant au moins **10 secondes** (Stiens 1997), en maintenant le contact avec la paroi du rectum tout au long (Consortium for Spinal Cord Medicine 1998, Weisel and Bell 2004)
- Retirer le doigt et attendre l'exonération réflexe
- **Répéter toutes les 5-10 minutes** jusqu'à ce que le rectum soit vide ou que l'activité réflexe a cessé
- Retirer le gant sale, et le remplacer en le relubrifiant le cas échéant, entre les insertions
- Si aucune activité réflexe ne se produit au cours de la procédure, ne pas le répéter plus de 3 fois. Procéder à l'évacuation digitale des selles si des selles sont présentes dans le rectum
- Au cours de la procédure, le soignant peut effectuer un massage abdominal
- Une fois que le rectum est vide à l'examen, procéder à une vérification finale au doigt de la vacuité de l'ampoule rectale après 5 minutes pour s'assurer que l'exonération est complète (et éviter ainsi incontinence fécale ou inconfort)
- Mettre les matières fécales dans un récipient approprié et jetez-les dans un sac adéquat pour l'élimination des déchets
- Lorsque la procédure est terminée, laver et sécher les fesses et la région anale du patient et le positionner confortablement avant de le laisser
- Retirer les gants et tablier et se laver les mains .
- Consigner les résultats et noter la consistance des selles à l'aide de l'échelle de Bristol (Norgine 1999, Heaton 1993). Pour que cette technique fonctionne de manière optimale, les selles doivent être type 4 sur l'échelle de Bristol
- Consigner et rapporter les anomalies éventuelles.

Annexe 5 • Evacuation digitale des selles (au lit)

- Expliquer la procédure au patient (si nécessaire) et obtenir le consentement. Assurer un environnement privé
- Observer le patient tout au long de la procédure, être vigilant aux signes d'hyperréflexie autonome ou autre événement indésirable (Addison et Smith , 2000)
- Si non contre-indiquée (exemple : traumatisme médullaire non stabilisé), positionner le patient en position latérale gauche avec les genoux fléchis. La flexion des genoux favorise la stabilité du patient et contribue à exposer l'anوس (Campbell, 1993). Cette procédure peut également être effectuée sur les toilettes ou la chaise douche par le soignant ou le sujet lui-même.
- Placer un coussin de protection sous le patient, si besoin
- Se laver les mains, mettre deux paires de gants jetables et un tablier
- Si la personne souffre d'inconfort local ou des symptômes d'hyperréflexie autonome au cours de cette procédure, du gel anesthésique local peut être instillé dans le rectum avant l'intervention (Furasawa 2008, Cosman 2005). Ce dernier agit au bout de 5-10 min et pendant 90 minutes.
- Lubrifier le doigt ganté avec un gel hydrosoluble
- Informer le patient que vous êtes sur le point de commencer
- Insérer un seul doigt ganté et lubrifié (Addison et Smith, 2000) lentement et doucement dans le rectum
- Si les selles sont une masse solide, pousser le doigt au centre pour les fragmenter puis enlever les petites fragments, un à la fois, jusqu'à ce qu'aucun ne reste. Si les selles sont en petits morceaux durs distincts, enlever un morceau à la fois. Un grand soin doit être pris pour éliminer les selles de manière à ne pas léser la muqueuse rectale et les sphincters anaux, c'est à dire ne pas trop étirer les sphincters en utilisant un doigt crochu pour éliminer les gros morceaux de selles qui peuvent aussi léser la muqueuse. Lorsque les selles sont dures, impactées ou difficiles à évacuer, d'autres approches devraient être utilisées en combinaison avec l'évacuation digitale. Si le rectum est plein de selles molles, un geste continu, doux, encerclant du doigt peut être utilisé pour enlever les selles.
- Au cours de la procédure, le soignant peut effectuer un massage abdominal
- Quand le rectum est vide à l'examen, procéder à une vérification finale au doigt de la vacuité de l'ampoule rectale après 5 minutes, pour s'assurer que l'exonération est complète (et éviter ainsi incontinence fécale ou inconfort)
- Mettre les matières fécales dans un récipient approprié et jetez-les dans un sac adéquat pour l'élimination des déchets
- Lorsque la procédure est terminée, laver et sécher les fesses et la région anale du patient et le positionner confortablement avant de partir
- Retirer les gants et tablier et se laver les mains
- Consigner les résultats et noter la consistance des selles à l'aide de l'échelle de Bristol (Norgine 1999, Heaton 1993). Pour que cette technique fonctionne de manière optimale, les selles doivent être type 2-3 sur l'échelle de Bristol
- Consigner et rapporter les anomalies éventuelles.

Annexe 6 • Comment éliminer les contre-indications aux irrigations transanales

Les contre indications absolues

ATCD connu de sténose anale ou rectale

- Interrogatoire : ATCD de Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin (MICI), ATCD de chirurgie anale ou colo-rectale, selles fines ou fragmentées
- Examen Clinique : toucher rectal à la recherche d'une sténose accessible au doigt
- Paraclinique: en cas d'ATCD de MICI ou de chirurgie colo-rectale avec forte suspicion de sténose anastomotique : coloscopie courte (rectosigmoïdoscopie)
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

Cancer colo-rectal

- Interrogatoire : ATCD personnel ou familial de cancer colo-rectal ou de cancers épidémiologiquement liés (cancers gynécologiques), recherche de signes d'alerte: rectorragie, maelena, modification récente du transit, altération de l'état général
- Examen Clinique : examen de l'abdomen, palpation des aires ganglionnaires, toucher rectal à la recherche d'une lésion accessible au doigt
- Paraclinique : en cas de signes d'alerte ou d'ATCD personnel ou familial de cancer colo-rectal : coloscopie complète à la recherche d'une lésion néoplasique selon les recommandations de la HAS.
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

Affection inflammatoire de l'intestin aigüe et chronique active

- Interrogatoire : ATCD personnel de MICI, diarrhée récente, douleur abdominale, fièvre, traitement en cours
- Examen Clinique : examen de l'abdomen, toucher rectal à la recherche d'une lésion accessible au doigt
- Paraclinique : en cas de doute sur une poussée de MICI et selon la topographie intestinale de l'atteinte : échographie digestive et/ou scanner et/ou IRM, à discuter (cela dépend des équipes, du contexte et du patient)
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

Diverticulite aigüe

- Interrogatoire : Age, ATCD personnel de diverticules connus, ATCD de poussées douloureuses abdominales fébriles non expliquées.
- Examen Clinique : examen de l'abdomen, empâtement voire défense abdominale.
- Paraclinique : en cas de suspicion sur une poussée de diverticulite en cours ou récente le scanner est l'examen de référence. La coloscopie sera réalisée à distance (2 mois environ) en raison d'un risque de perforation au moment de la poussée.
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

ATCD de chirurgie anale ou colorectale au cours des trois derniers mois

- Interrogatoire : il est généralement suffisant
- Examen Clinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant
- Paraclinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant.
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

Au-delà de 3 mois : Discuter l'intérêt d'une coloscopie courte si doute sur une sténose anastomotique
→ avis gastroentérologue : oui.

ATCD de polypectomie endoscopique au cours des quatre dernières semaines

- Interrogatoire : il est généralement suffisant
- Examen Clinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant

- Paraclinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

Colite ischémique

- Interrogatoire : ce diagnostic est généralement un diagnostic d'urgence : terrain : sujet âgé ou plus jeune mais avec des troubles du rythme cardiaque, douleur abdominale aiguë, diarrhée ± sanglante, mauvaise tolérance hémodynamique,
- Examen Clinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant
- Paraclinique : N/A dans la mesure où l'interrogatoire est suffisant
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

Les contre indications relatives ou Précautions d'emploi

ATCD de diverticulose sévère ou d'abcès diverticulaire

- Interrogatoire : Age, ATCD personnel de diverticules connus, ATCD de poussées douloureuses abdominales fébriles non expliquées, ATCD d'abcès diverticulaire connu ou de complication liée à la pathologie diverticulaire
- Examen Clinique : L'examen clinique est généralement pauvre en dehors des poussées aiguës
- Paraclinique : scanner et/ou coloscopie complète
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

ATCD de prise de stéroïdes au long cours

- Interrogatoire : Seul l'interrogatoire pourra renseigner
- Examen Clinique : N/A
- Paraclinique : pas d'examen lié à la prise de stéroïdes
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

ATCD de radiothérapie pelvienne

- Interrogatoire : ATCD de radiothérapie ou curiethérapie, rectorragies, ténesmes, épreintes, selles fragmentées
- Examen Clinique : Touchers pelviens, recherche de sang au toucher rectal, tonus du canal anal, douleur provoquée, irritation locale
- Paraclinique : à discuter au cas par cas mais une coloscopie courte (rectosigmoïdoscopie) peut permettre de rechercher une rectite radique
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

ATCD de chirurgie rectale

- Interrogatoire : ATCD de chirurgie rectale, type de chirurgie (compte rendu opératoire à récupérer)
- Examen Clinique : Examen proctologique complet incluant une anoscopie
- Paraclinique : à discuter au cas par cas selon le type de chirurgie mais une coloscopie courte peut permettre d'apprécier la hauteur d'une anastomose par rapport à la marge anale et l'absence de sténose ou de fibrose anastomotique
- Avis gastroentérologue nécessaire : oui

Impaction fécale

- Interrogatoire : ATCD d'impaction fécale, constipation, troubles de l'évacuation
- Examen Clinique : toucher rectal à la recherche d'un fécalome
- Paraclinique : en fonction de l'âge, des ATCD personnels et familiaux, du contexte clinique : coloscopie courte ou complète selon les recommandations de la HAS
- Avis gastroentérologue nécessaire : selon le contexte pour programmer les explorations

Douleur anale

- Interrogatoire : douleur anale spontanée ou lors du passage des selles
- Examen Clinique : examen proctologique complet incluant une anoscopie. Recherche d'une pathologie hémorroïdaire, d'une fissure, d'un abcès, d'une hypertonie sphinctérienne
- Paraclinique : en fonction du contexte clinique, en l'absence de cause évidente à l'examen clinique : coloscopie courte ou complète, échographie endoanale, manométrie ano-rectale
- Avis gastroentérologue nécessaire : selon le contexte pour programmer les explorations

Grossesse en cours ou planifiée

- Interrogatoire : seul l'interrogatoire est nécessaire
- Examen Clinique : N/A
- Paraclinique : N/A
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

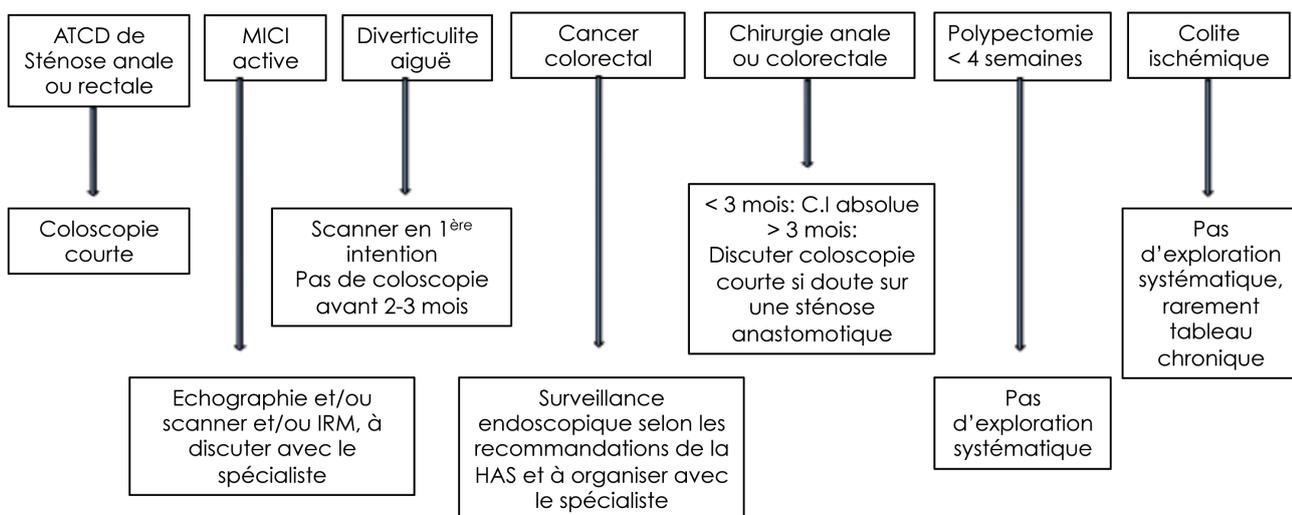
Traitement anti-coagulant (aspirine et clopidogrel non inclus)

- Interrogatoire : Traitement en cours, ATCD de saignement digestif
- Examen Clinique : pas d'examen spécifique
- Paraclinique : pas d'exploration systématique en dehors d'ATCD de saignement digestif mais à adapter au contexte clinique
- Avis gastroentérologue nécessaire : non

Hyperréflexie autonome sévère

COMMENT ELIMINER LES CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES aux ITA

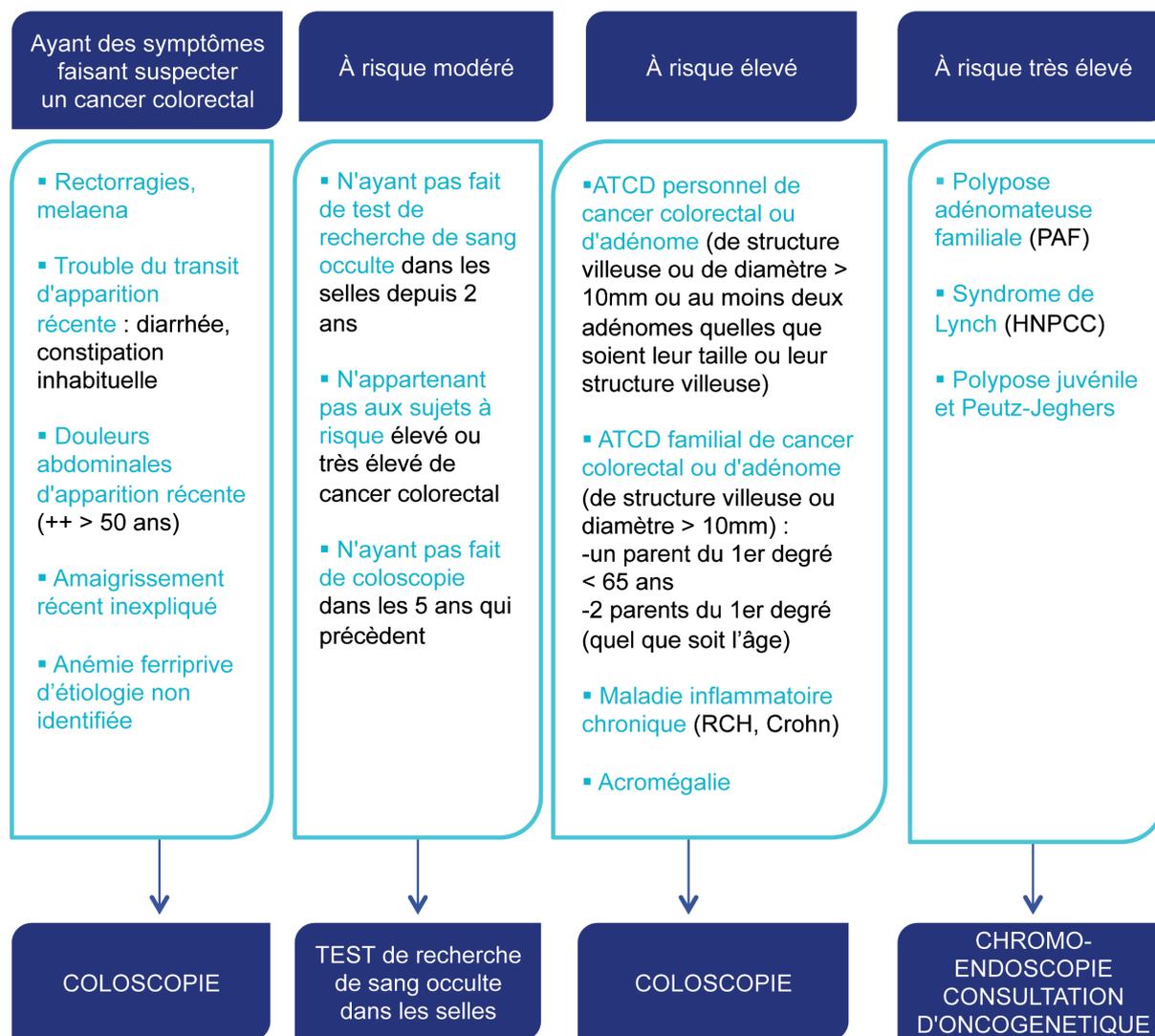
Dans tous les cas: interrogatoire détaillé et examen clinique incluant l'examen de l'abdomen et un examen proctologique



Annexe 7 • Dépistage et Prévention du cancer colorectal

Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) - Recommandations de la HAS, juin 2013.

Homme ou femme âgé de 50 à 74 ans



Annexe 8 • Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population

Ce résumé reprend les principaux messages des recommandations de l'ANAES, avril 2004, disponible sur le site www.has-sante.fr.

Thème de la recommandation et Population Concernée

L'objectif de ces recommandations est de préciser la place de l'endoscopie digestive basse pour le

diagnostic de lésions néoplasiques chez des sujets à risque élevé et très élevé de cancer colorectal (CCR) et dans des situations cliniques particulières pour les sujets à risque moyen de cancer colorectal.

Recommandations principales

Indications de l'endoscopie digestive basse chez les patients à risque moyen de CCR (cancer colorectal)

1. En présence de symptômes digestifs isolés : douleurs abdominales et/ou diarrhée et/ou constipation

Une coloscopie totale est recommandée en cas de survenue des symptômes :

- a. après 50 ans
- b. avant 50 ans, en l'absence de réponse à un traitement symptomatique

2. En présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes

Une coloscopie totale est recommandée :

- a. en cas de rectorragie chronique (itérative, rouge foncé, quel que soit l'âge du patient)
- b. en cas de rectorragie chronique isolée rouge vif, après 50 ans
- c. en cas de rectorragie aiguë abondante, dès que l'état clinique du patient le permet

Le choix entre une rectosigmoidoscopie souple ou une coloscopie totale de première intention est possible : en cas de rectorragie chronique isolée rouge vif, avant 50 ans.

3. En cas d'endocardite

Une coloscopie totale est recommandée : en cas d'endocardite à *Streptococcus bovis* ou du groupe D.

4. Avant ou après transplantation d'organe chez un patient asymptomatique

Données insuffisantes pour proposer une recommandation.

5. En cas de diverticulose colique symptomatique

Une coloscopie totale est contre-indiquée : lorsque le diagnostic d'une inflammation aiguë d'une diverticulose colique a pu être posé par d'autres moyens diagnostiques.

Une coloscopie totale est recommandée : à distance d'une complication aiguë, en cas d'indication opératoire ou de doute diagnostique avec une pathologie néoplasique.

Indications de l'endoscopie digestive basse chez les patients à risque élevé

Surveillance des MICI (maladie de Crohn et RCH)

Une coloscopie totale avec biopsies (tous les 10 cm, au minimum 30 prélèvements) est recommandée :

- a. en cas de pancolite, après 10 ans d'évolution, puis tous les 2-3 ans
- b. en cas de colite gauche, après 15 ans d'évolution, puis tous les 2-3 ans

Si dysplasie incertaine : contrôle endoscopique et biopsies à 6 mois

Si dysplasie de bas grade ou de haut grade (catégories 3 et 4 de la classification de Vienne) : prendre un deuxième avis anatomopathologique avant la décision thérapeutique

Si dysplasie sur lésion en relief : biopsie de la lésion et de la muqueuse plane adjacente

Indication des biopsies coliques et/ou iléales (aspect macroscopique normal)

1. En cas de diarrhée chronique à la recherche :

- a. d'une infection opportuniste chez les sujets immunodéprimés : biopsies iléo-coliques
- b. d'une colite microscopique chez les sujets non immunodéprimés : biopsies rectales et sigmoïdiennes.

2. À la recherche de MICI (biopsies nombreuses, étagées et bien répertoriées)

L'histoire de Coloplast commence en 1954 au Danemark.

Elise Sørensen est infirmière. Sa soeur Thora vient juste d'être opérée d'une colostomie et refuse de sortir de chez elle de crainte que sa stomie ne fuit en public. Pour répondre aux problèmes de sa soeur, Elise crée la première poche de stomie adhésive au monde. Une poche de recueil qui ne fuit pas, donnant à Thora, et à des milliers de personnes comme elle, la chance de reprendre une vie normale.

Une solution simple mais qui peut changer une vie.

Aujourd'hui, notre activité concerne les soins des stomies, l'urologie, la continence et les soins des plaies. Nous continuons de suivre l'exemple d'Elise : nous écoutons, nous apprenons et nous développons, en étroite collaboration avec les utilisateurs, des produits et services qui facilitent la vie des personnes souffrant de troubles physiques intimes.

Coloplast développe des produits et des services afin d'améliorer la qualité de vie des personnes affectées par des troubles intimes. Nous travaillons étroitement avec les utilisateurs de nos produits afin de créer des solutions spécialement adaptées à leurs besoins. Nous appelons cela les soins médicaux intimes. Notre activité concerne les soins des stomies, l'urologie et la continence, ainsi que les soins des plaies. Nous employons plus de 7000 personnes à travers le monde.

Soins des stomies / Continence / Soins des plaies / Urologie interventionnelle

