

Pourquoi se poser la question de l'intérêt de l'examen périnéal ?



- raisons sociétales / exemple des autres sociétés savantes gynéco

- intérêt médical / scientifique non validé :

- . Diagnostic en faveur d'une pathologie neurologique

- . Diagnostic topographique

- . Intérêt pronostique / suivi de traitement (RRF/spasticité/douleur/...)

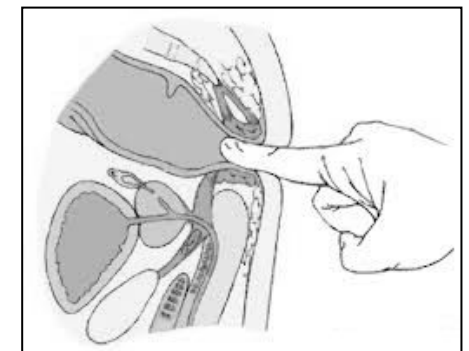
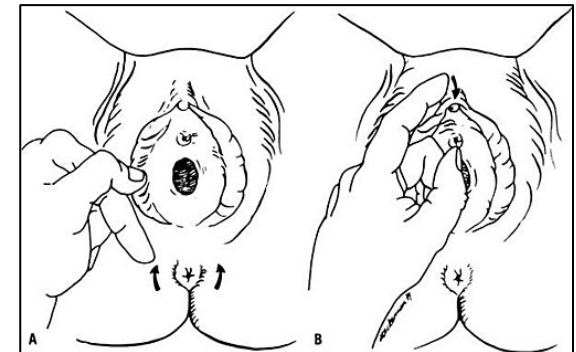
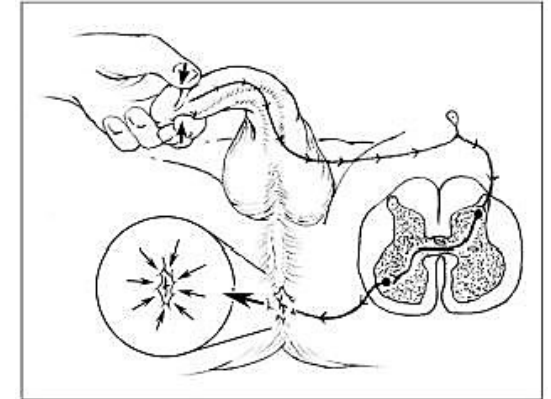
- il y a-t-il des alternatives moins « psychologiquement » invasives ?

- tous les éléments de l'examen neuropérinéal ont-ils un intérêt identique ?

- . Tonus anal/ réflexes sacrés / testing / sensibilité

- le GENULF est la société savante la plus crédible pour établir des recommandations

- intérêt d'un DELPHI ?/ d'une étude prospective ?



Quelques réflexions :

- intérêt de l'examen neuro-périnéal devant un TVS révélateurs :

- dysurie femme : oui (sensibilité / reflexe / tonus)
- dysurie homme : oui ? (valeur du TR pour HBP ?)

- IUE femme : BOF ...
- luimp femme : BOF ...

- IU homme âgé : BOF
- IU homme jeune : ±

- si TVS associé à TAR/TGS : oui ?

- intérêt au cours du suivi d'une neuro-vessie :

- SEP : BOF (sauf si pb uro-gyneco intercurrent suspecté)
- Q de C : oui (pronostic / cône ...)
- AVC/PARK/TC : BOF sauf a exclure chez l'homme HBP (mais HBP ≠ obstruction ...)

The Digital Rectal Examination Scoring System (DRESS)

Bruce A. Orkin, M.D.¹ • Svetlana B. Sinykin, B.A.² • Patricia C. Lloyd, Sc.M.²

DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME 53: 12 (2010)

TABLE 1. The Digital Rectal Exam Scoring System (DRESS)

Resting Score	
0	No discernable tone at rest, an open or patulous anal canal
1	Very low tone
2	Mildly decreased tone
3	<i>Normal</i>
4	Elevated tone, snug
5	Very high tone, a tight anal canal, difficult to insert a finger
Squeeze Score	
0	No discernable increase in tone with squeezing effort
1	Slight increase
2	Fair increase but below normal
3	<i>Normal</i>
4	Strong squeeze
5	Very strong squeeze, to the point of being painful to the examiner

Is the physician expertise in digital rectal examination of value in detecting anal tone in comparison to anorectal manometry?

Rodrigo Ambar **PINTO**, Isaac José Felipe **CORRÊA NETO**, Sérgio Carlos **NAHAS**, Ilario **FROEHNER JUNIOR**, Diego Fernandes Maia **SOARES** and Ivan **CECCONELLO**

TABLE 5. Agreement between resting pressures at Digital Rectal Examination – DRE and Anorectal manometry – ARM.

Examiner	Gamma	IC 95%	Interpretation
Senior examiners	0.7	0.32–1.0	Moderate to strong agreement
Beginner examiner	0.52	0.09–0.96	Poor, moderate or strong agreement

TABLE 6. Agreement between squeeze pressures at digital rectal examination – DRE and anorectal manometry – ARM.

Examiner	Gamma	IC 95%	Interpretation
Senior attendees	0.96	0.87–1.0	Strong agreement
Beginner attendee	0.52	0.16–0.89	Poor, moderate or strong agreement

How reliable is digital examination of anal sphincter tone?

V. F. Eckardt, G. Kanzler

Gastroenterologisches Institut Wiesbaden, Germany

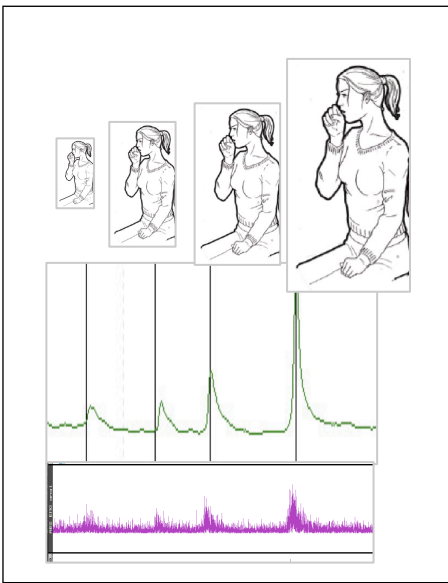
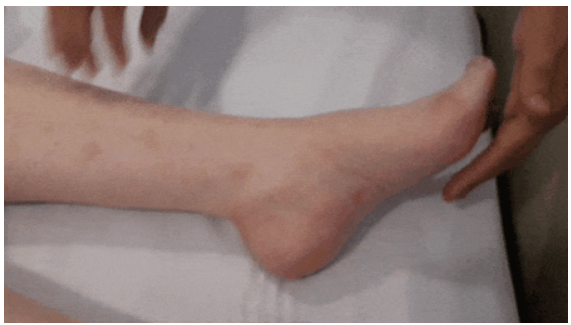
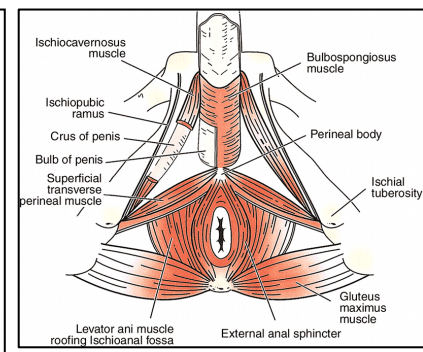
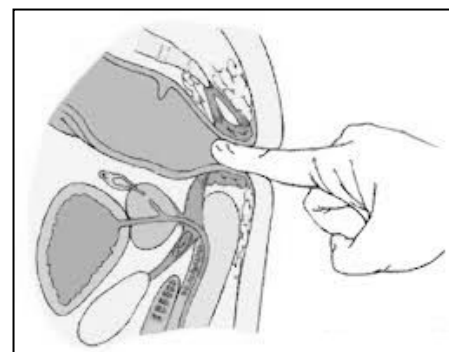
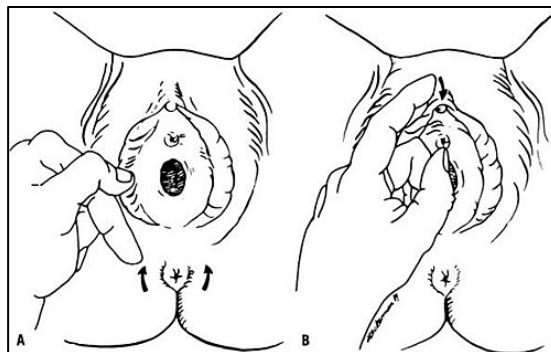
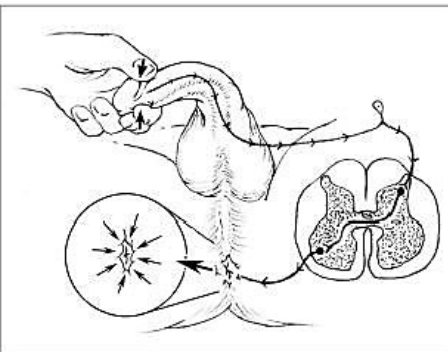
Received: 2 November 1992; accepted: 10 February 1993

Abstract. This study investigates whether digital examination of the anal canal can differentiate reliably between competent and incompetent sphincters. Digital examinations were performed by an experienced proctologist who was blinded with regard to the patient's history as well as manometric and endoscopic findings. There was poor correlation between manometric findings and digital assessment of anal sphincter tone. The sensitivity of digital examination for diagnosing incompetent sphincters ranged from 63% to 84%, whereas specificity was calculated as only 57%. It is concluded that even the experienced examiner needs to use more sophisticated methods than digital examination for the evaluation of anal sphincter competence.

Comparison of digital and manometric assessment of anal sphincter function

Br. J. Surg. 1989, Vol. 76, September, 973–975

R. I. Hallan*,
D. E. M. M. Marzouk,
D. J. Waldron,
N. R. Womack and
N. S. Williams



Clinique « périnéale »

Réflexes vifs, diffusés, polycinétiques :

- Vivacité RBA
- Hypertonie anale
- Ref étirement marge exacerbé
- Diffusion zone reflexogene R. Cut anal

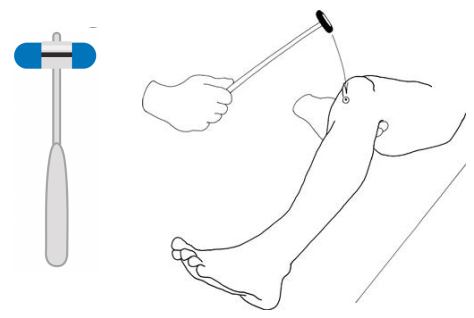
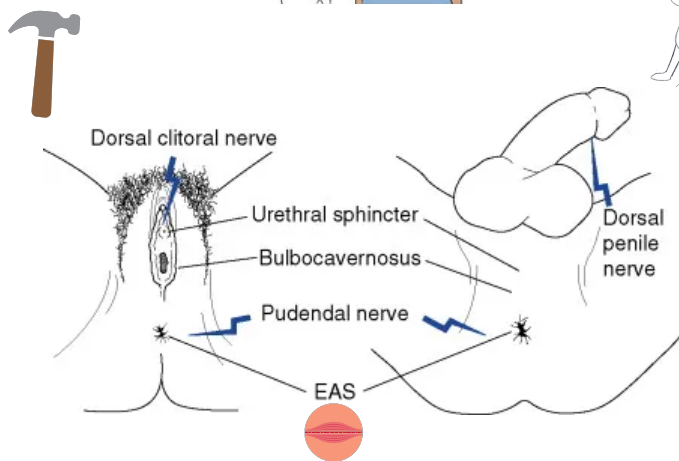
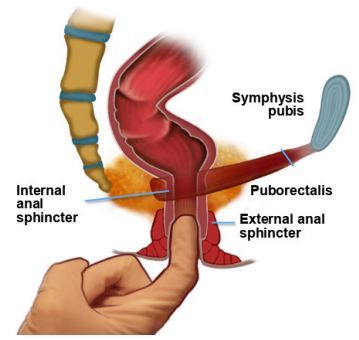


TABLEAU I. — Échelle d'Ashworth modifiée.
TABLE I. — Modified Ashworth scale.

0	Tonus musculaire normal
1	Augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minime en fin de mouvement
1+	Augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
2	Augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
3	Augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
4	L'articulation concernée est fixée en flexion ou extension, abduction ou adduction



The Digital Rectal Examination Scoring System (DRESS)

Bruce A. Orkin, M.D.¹ • Svetlana B. Sinykin, B.A.² • Patricia C. Lloyd, Sc.M.²

DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME 53: 12 (2010)

TABLE 1. The Digital Rectal Exam Scoring System (DRESS)

Resting Score	
0	No discernable tone at rest, an open or patulous anal canal
1	Very low tone
2	Mildly decreased tone
3	Normal
4	Elevated tone, snug
5	Very high tone, a tight anal canal, difficult to insert a finger
Squeeze Score	
0	No discernable increase in tone with squeezing effort
1	Slight increase
2	Fair increase but below normal
3	Normal
4	Strong squeeze
5	Very strong squeeze, to the point of being painful to the examiner

ECHELLE CLINIQUE D'EVALUATION SEMI-QUANTITATIVE DU TONUS PERINEAL ET DES REFLEXES DU CONE MEDULLAIRE (STARS : Sacral Tone And Reflexes Scale)

Conditions techniques :

- position : sujet en décubitus dorsal, jambes en flexion ou en décubitus latéral avec un membre reposant sur le plan du lit, en extension, et l'autre en triple flexion ; vessie vide, absence de fécalome.
- concernant le tonus anal : 3 efforts de contraction volontaire et relâchement préalables sont demandés.
- concernant la recherche du réflexe bulbo-anal : la cotation ne doit pas être réalisée avec un doigt intrarectal ; la stimulation chez la femme est réalisée par un pincement rapide de la base du clitoris avec le pouce et l'index disposés de façon latéro-latérale ; chez l'homme un pincement latéro-latéral rapide du gland est réalisé.
- concernant l'extension de la zone réflexogène : grattage à l'aide d'une aiguille sens disto-proximal, comme pour la recherche du réflexe crémasterien pour L3 face interne de cuisse, pour S2 face postérieure de cuisse, et pour S1 sur la plante comme pour la recherche du signe de babinski. Eviter d'étirer la marge anale pour exposer l'anus. Essayer des 2 côtés et entourer les réponses obtenues, barrer le tableau si aucune réponse obtenue.

-en cas de doute entre deux cotations, choix de la cotation la plus élevée.

1) tonus anal au retrait du doigt

	Cotation de T
anus flasque, sphincter anal non réactif	0
ébauche de résistance au retrait du doigt	2
réaction vive, tonique, rapide, circulaire au retrait du doigt, non vitesse-dépendante	5
hypertonie du sphincter anal avec résistance exagérée, vitesse-dépendante	6
contraction du sphincter anal diffusée aux autres muscles striés périnéaux avec contraction de l'ensemble du périnée en entonnoir, ascension du périnée, sensation d'une ascension du doigt en intrarectal	8

II-Cotation de la vivacité du réflexe bulbo-anal :

	Cotation de R
pas de contraction	0
début de contraction visible, de faible vivacité, ou non reproductible	3
contraction « normale » : assez immédiate, globale, de bonne vivacité et reproductible	5
contraction forte, immédiate, rapide, tonique, persistante avec un relâchement retardé de la contraction	7

III-Recherche d'une extension de la zone réflexogène du réflexe cutané-anal

	Cotation de E
contraction anale lors de la stimulation milieu de la face postérieure de cuisse (S2)	4
contraction anale lors de la stimulation de la plante du pied (S1)	8
contraction anale lors de la stimulation de la face interne de cuisse, tiers moyen (L3)	10

Interprétation :

Score total= T + R + E

=

(0-25)

Périphérique Grade 2		Périphérique Grade 1		Normal					Spastique Grade 1					Spastique Grade 2											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

⇒ cut-off ?
⇒ Quantification ?

