

Capítulo XI

-
-
-
-
-

RECTOCELE

NUEVA VARIANTE DE TRATAMIENTO: REPARACION POR VIA ENDOANAL

Isaias Ricardo Fretes Z.

RESUMEN

Un nuevo capítulo ha aparecido en la coloproctología descrita como los problemas de la estática rectal, dentro de este capítulo se le ha dado una enorme importancia al tratamiento del rectocele por una vía totalmente diferente a la tratada en forma habitual por los ginecólogos, la vía endoanal.

El rectocele por mucho tiempo considerado como una afección puramente ginecológica, puede presentarse con una expresión puramente proctológica, es decir manifestando dificultad en la evacuación, formando parte de uno de los cuadros de la constipación terminal.

Pudiendo ser identificado clínicamente, la exactitud de su diagnóstico, y la fisiopatología lo tenemos con exactitud solo a través de la defecografía.

Presento en este trabajo los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de 72 pacientes operados en exclusividad por vía endoanal, de acuerdo a la técnica personal del Dr. SARLES sobre un total de 426 defecografías realizadas entre los años 1.992 al 2.000, sobre un total de 955 pacientes que consultaron por constipación. La edad promedio ha sido de 48 años ^{17.71}. Los resultados fueron excelentes en un 94% de los casos. Todas estas pacientes recibieron tratamiento médico por automedicación o por profesionales sin resultado alguno y todas necesitaban de maniobras intra vaginales para conseguir su evacuación.

El objetivo de la presentación de este trabajo es exponer una nueva modalidad en el tratamiento quirúrgico del rectocele y del método auxiliar de diagnóstico, la defecografía.

INTRODUCCION

El rectocele es la protrucción de la pared anterior rectal que empuja la pared posterior vaginal, en forma de herniación, que como todos los otros problemas de la estática rectal es secundaria a los esfuerzos de la evacuación, durante cuyo acto se forma una verdadera bolsa vaginal, que impide la

evacuación total de la materia. El rectocele traducida con manifestación puramente proctológica, y como causa de constipación fue descrita por 1a. vez en el año 1.941 por FUNCK-BRETANO⁴⁻²³, y desde 1.965 por numerosos otros trabajos^{18.23.26.27.28}.

Para hablar de rectocele necesitamos de la conjunción de dos factores:

1. La elevación de la presión intrarectal, común en todos los sujetos constipados.
2. De una debilidad del septum rectovaginal que favorezca el proceso herniario^{6,23,24,26,27,33}.

La multiparidad por vía baja, los traumatismos perineales especialmente obstétricos con partos trabajosos y prolongados, la utilización de Fórceps^{15,20,23,26,27,28} contribuyen a la aparición del rectocele y la constipación es debida a que durante el esfuerzo de la evacuación la materia fecal no sigue un trayecto directo al canal anal sino que una parte de la misma queda atrapada en la bolsa vaginal posterior que en forma de hernia aparece durante el acto defecatorio, quedando el paciente con la sensación de evacuación incompleta.

Coincidimos con la literatura que para tipificar al rectocele como causa de constipación, clasificada actualmente como constipación terminal es de fundamental importancia la DEFECOGRAFIA, estudio que nos permite estudiar la dinámica de la defecación. Igualmente coincidimos que su tratamiento debe de ser netamente quirúrgico y por vía endoanal^{5,7,8,9,12,15,16,17,20,23,26,27,28,30,31}.

MATERIAL Y METODOS

Excluidos todos los casos de constipación por megacolon y Hirsprung, este estudio comprende solamente los rectoceles con traducción clínica puramente rectal. Entre 1.992 y 2.000 hemos asistido a 955 pacientes que consultaron por constipación, de los cuales se realizaron 426 defecografías, indicándose la cirugía en 92 pacientes, de estos fueron intervenidos quirúrgicamente 72 pacientes exclusivamente por la técnica del Prof. SARLES, es decir por vía endoanal, los demás pacientes rechazaron el tratamiento quirúrgico.

El rango de edad va de 21 a 74 años con un promedio de edad de 48 años, resalta la multiparidad y los partos trabajosos y prolongados como común denominador en todas las pacientes, echo que mas resalta en aquellas pacientes que tuvieron parto domiciliario y con empíricas.

Todos estos pacientes recibieron tratamiento medico previo consistente en medidas higiénicas dietéticas y mucílagos, sin resultado favorable alguno.

Los pacientes fueron sometidos rutinariamente a un protocolo pre-establecido de estudio de la constipación consistente en:

1. Examen físico proctológico, semiológico e instrumental, la anoscopia y rectosigmoidoscopia fueron hechos en forma rutinaria para descartar patologías asociadas y signos indirectos de otras patologías de la estática rectal.

- 2-Radiografía de colon por doble contraste con el objetivo de estudiar la anatomía colónica y patologías asociadas.

3. Colonoscopia: realizada en todos los pacientes de mas de 45 años en forma rutinaria y en los de menor edad bajo indicaciones precisas.

- 4-Tiempo de transito colónico, cuyo objetivo es diferenciar la constipación por inercia colónica de la constipación terminal, el método utilizado es el de DEVROEDE, este método consiste en hacer ingerir al paciente 20 fragmentos de tubo plástico radio opaco de 5mm de circunferencia, de una sola vez, y se le realiza radiografías simples de abdomen sin preparación durante 8 días, y día a día va contándose y observándose la progresión de dichos fragmentos a través del colon para posteriormente compararlos con una tabla pre-establecida de valores normales.¹⁻²⁻²³⁻²⁵⁻²⁸⁻³³⁻³⁵

- 5-Defecografía, estudio radiológico estático y dinámico del recto, este examen estudia las modificaciones morfológicas de la ampolla rectal y del canal anal durante los esfuerzos de la defecación y de la retención, y nos aporta los datos referentes a:

- a) al ángulo anorectal, en fase de reposo y esfuerzo;
- b) el aspecto de la pared rectal anterior y posterior;
- c) la situación del suelo pélvico con respecto a la línea pubococcigea;
- d) la presencia de una imagen de invaginación;
- e) La evacuación completa o no del recto; y finalmente la abertura del canal anal⁵⁻⁹⁻¹⁶⁻¹⁷⁻

El tratamiento quirúrgico: consistente en la miografía por vía puramente endoanal, la vía vaginal es reservada exclusivamente para los rectoceles que se acompañan de otra variedad de prolapso genital o vesical y cuyo motivo de consulta no ha sido la puramente rectal lo cual no es el motivo de nuestra presentación. La cirugía es una variedad quirúrgica personal del Prof. Dr. Jean Claude Sarles, que pasamos a describir en detalle.

Los pacientes son preparados como para una cirugía colónica es decir con lavado mecánico del colon utilizando Polietilén Glycol, utilizamos profilaxis antibiótica, una hora antes de la cirugía se indica 1 gramo de metronizol y cefotaxima.

Paciente en posición ginecológica, es fundamental la utilización del retractor anal de Parks, para obtener una buena abertura rectal, ya que la cirugía es puramente endoanal, limpieza rectal con iodopovidona, inyección submucosa de solución de adrenalina diluida en suero 1/200.0000, posteriormente se realiza una incisión horizontal a un centímetro por encima de la línea pectínea, incluyendo únicamente la mucosa rectal, repaire con pinzas de Allis de los bordes mucosos, y se procede a la disección mucosa cuidadosamente para no perforar el recto y crear una fístula rectovaginal, complicación descrita en la literatura¹⁰⁻¹¹⁻¹⁴⁻¹⁵⁻²³⁻²⁷, el campo exangüe indica el buen plano, la disección se facilita con un pequeño tapón montado en pinza, la disección debe de realizarse en sentido craneal en una extensión de 7-9 cts.

Se procede posteriormente a la miografía consistente en colocar 6-8 puntos de hilo absorbible preferiblemente de poliglicato 2/0 en sentido vertical anclando esa pared muscular débil deshilachada al borde muscular esfinteriano, formándose así un nuevo y resistente tabiquen rectovaginal.

Resección del excedente mucoso, y posterior cierre de la brecha mucosa con hilo absorbible 3/0.

La exoneración es retardada por 3 o 4 días con imodiun. El alta es dada en promedio al 5to o 6to.día, con facilitadores de la exoneración por un periodo corto. El seguimiento de los pacientes ha sido realizado en un 70% durante un periodo de 3 años.

Los resultados de la cirugía fueron clasificados como:

1.Excelentes: cuando la paciente refiere desaparición de sus síntomas rectales y un cambio radical en su habito defecatorio, con exoneraciones fáciles sin necesidad de utilizar facilitadores de la evacuación.

2.Buenos: cuando la paciente refiere una diferencia significativa en sus evacuaciones comparando su periodo pre-quirúrgico, pero que necesita de mucílagos para obtener mejor confort.

3.Malos: cuando no hubo ninguna mejoría.

RESULTADOS

El motivo de consulta de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente fue la dificultad evacuatoria, pacientes con sensación de evacuación, pero que manifestaban dificultad para expulsar el contenido rectal, el 95% de los pacientes recurrían a maniobras digitales intra vaginales para facilitar su evacuación constituyéndose este dato en un signo prácticamente patognomónico de la constipación terminal, el 95% presentaban una historia de larga data de ingesta de laxantes de diversas variedades y en dosis crecientes, el 50% recurrieron a la consulta después de 10 años del inicio de sus síntomas, y todos recibieron tratamiento medico previo consistente en medidas higiénico dietéticas, mucílagos, lubricantes, y inductores de la motilidad con poca variación de sus sintomatologías.

El gran porcentaje de estos pacientes presentan un antecedente de multiparidad, partos trabajosos y prolongados desgarros perineales y la utilización del fórceps.

El examen físico de todos los pacientes reveló la presencia de la debilidad del septum rectovaginal que permitía fácilmente la protrucción de la pared rectal anterior ala vaginal posterior en forma de herniación.

La rectosigmoidoscopia practicada sistemáticamente en todos los pacientes buscando otras patologías de la estática rectal reveló úlcera solitaria del recto en 8 pacientes.

El tiempo de tránsito colónico practicado en 226 de estos pacientes demostró un tránsito dentro de límites normales y se constató un solo caso de inercia colónica que no recibió tratamiento quirúrgico alguno.

La defecografía practicada en los 72 pacientes operados ha sido el estudio de capital importancia para decidir el tratamiento quirúrgico, el mismo reveló presentar rectocele en forma aislada en 70% de los casos, y otras patologías asociadas como periné descendente en 15% de los casos, hipertonia del pubo rectalis en 8%, y procedencia interna en 8%.

Para el tratamiento quirúrgico fue utilizado en todos los casos hilo absorbible, Poliglactina 910, el dolor post operatorio fue mínimo y fácilmente solucionable con analgésicos por vía parenteral, como complicación no tuvimos ninguna fístula rectovaginal, tuvimos 3 casos de infección de la herida con supuración de la misma por 3 semanas los cuales fueron resueltos con antibióticos, se realizó control defecográfico post operatorio solo en 22 pacientes.

Tuvimos un excelente resultado en el 85% de los casos, y buenos resultados en los casos restantes, todos estos pacientes no se arrepintieron por haberse sometido a cirugía pues notaron cambios significativos en sus hábitos evacuatorios.

DISCUSION

Durante el acto defecatorio el esfínter externo se relaja, el ángulo anorectal se abre, se produce una verticalización rectal, aumenta la presión intraabdominal y se produce la defecación, en la constipación por rectocele como hay una fragilidad del septum rectovaginal parte de esa fuerza evacuatoria es perdida hacia la herniación que aparece hacia la vagina es decir sigue un camino equivocado, de ahí la presencia de evacuación incompleta que describen estos pacientes y la utilidad de la maniobra intravaginal para enderezar el septum rectovaginal y facilitar la exoneración¹⁻³⁻⁷⁻²⁴.

El rectocele es una patología femenina de relativa frecuencia, frecuentemente tratada en forma exclusiva por vía vaginal por los ginecólogos⁴⁻²¹⁻²²⁻²³⁻²⁶⁻²⁷, y considerada por mucho tiempo como parte del prolapso genital, cuyo motivo de consulta principal es la presencia de tumor, los casos aquí presentados concurren a la consulta exclusivamente por constipación.

Considero que la alimentación típica del ciudadano Paraguayo pobre en fibras, así como el alto índice de multiparidad, aun manejado en muchos lugares de nuestro país por empíricas, con sus consiguientes complicaciones, así como que algunos obstetras siguen utilizando el fórceps, contribuyen a que la constipación sea una causa frecuente de consulta en la consulta proctológica..

Clásicamente podemos distinguir tres tipos de rectoceles, **los rectoceles bajos**, aparecen a nivel o por debajo del plano de los elevadores y que son secundarias a traumatismos perineales, **los rectoceles altos**, asociados a un prolapso genital y **los rectoceles del nivel medio** que son los mas frecuentes situados por encima del plano del plano de los elevadores, los cuales tienen características normales, a menudo asociados a otras afecciones de la estática rectal, según Jouravleff y Robert el 23% de los rectoceles están asociados a un enterocele, y el 11% a una presidencia interna. Para Mahieu el 61% de las presidencias internas se acompañan de un rectocele¹³⁻²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸. Nuestro trabajo trata netamente de los **rectoceles medios**,

que son las de mayor frecuencia e importancia dentro de los problemas de la estática rectal, de ahí nuestro interés particular; la fragilidad del septum rectovaginal supraelevador se produce durante los partos trabajosos y prolongados o muy traumáticos donde la cabeza fetal desgarró el plano muscular recto vaginal, afinándolo y realizando así el lecho del rectocele, el cual aumenta con el tiempo producto de la constipación crónica que determina los esfuerzos defecatorios, para otros la hernia es producto de un obstáculo funcional debido a una disfunción anorectal, que obliga a unos constantes esfuerzos

defecatorios sobre la estructura de la región menos sólida cual es el septum rectovaginal²³⁻²⁸.

El diagnóstico se realiza primeramente por la clínica donde el interrogatorio es de capital importancia, refieren una constipación de larga data, con sensación constante de evacuación incompleta, tenesmo rectal, refieren de que precisan de maniobras vaginales o perineales para evacuar, dolores tipo pesadez y emisión de gleras especialmente cuando hay concomitancia de úlcera solitaria del recto; el examen físico revela a través del tacto rectal la debilidad de la pared rectal anterior, el dedo intrarectal hace proclinar el rectocele a la vagina y a veces a la vulva.

Por el examen físico se puede determinar fácilmente un rectocele pero la presencia del mismo no necesariamente implica que deba haber constipación, igualmente la presencia del rectocele en un paciente con constipación no necesariamente implica que la causa sea producto de una anomalía anatómica, de ahí que ciertos puntos son importantes que concluyan para definir el rol del rectocele como factor preponderante en la constipación, **primero**, la necesidad de que la paciente realice maniobras intra vaginales o perineales para evacuar la bolsa del rectocele y así ayudar a la defecación, el cual es un test terapéutico y patonogmonico, **y segundo**, la defeco grafía es de capital importancia para decidir la cirugía, no solo debe de demostrar la presencia del rectocele sino también la presencia de resto de producto de contraste o aire en el saco del rectocele luego de terminar la evacuación; no hay relación entre el volumen del rectocele y la sintomatología clínica, de ahí que la visualización dinámica del rectocele por defeco grafía es de capital importancia, por lo que este examen es verdaderamente indispensable para afirmar el diagnóstico⁵⁻⁸⁻⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

No hemos realizado manométrica intrarectal, la literatura es concluyente que la misma no aporta criterios para el diagnóstico, las presiones en el rectocele son normales bajas o disminuidas y tiene solo el interés de buscar una disfunción anorrectal acompañante.²³⁻²⁶⁻²⁷

La reparación endoanal fue inicialmente descrita por Sullivan en 1.968²³⁻³⁵, y fue recomendada por Shepayak y Khubchndani¹⁴⁻²⁹ en 1.983 y 1.985 para el tratamiento de la constipación. Igualmente Nichols y Genadry²² y otros autores recomiendan la vía endoanal por los siguientes motivos:

1-Se cita en la literatura la persistencia de síntomas anorrectales después de la reparación por vía vaginal sola, ya que en origen el motivo de la consulta ha sido puramente proctológico y no ginecológico¹⁰⁻¹⁴⁻²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

2-Se considera importante la extirpación del exceso de mucosa rectal que en forma de cortina como solemos verlo en el fecaloma por megacolon Chagásico también contribuye al no paso de las heces 3-La reparación combinada rectal y vaginal no es recomendable por el peligro de fístula rectovaginal iatrogénica y

4- Se cita con frecuencia la presencia de dispareunía post reparación vaginal²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Todas las técnicas de reparaciones endónales descritas en la literatura tienen como principio una rectorrafia horizontal que es ilógica, pues teniendo las fibras musculares una disposición horizontal no se puede conseguir una buena plicatura y por ende una solidez verdadera del septum rectovaginal a ese nivel, es por eso que adopto la técnica endo anal descrita por el Prof. Jean Claude Sarles, , quien preconiza su técnica basado en dos parámetros, primeramente, una sutura en sentido vertical a las fibras musculares anclando las fibras al borde superior esfinteriano dándole así al septum rectovaginal la solides necesaria para evitar la producción del fenómeno herniario y finalmente suprimir el saco herniario, resecano la mucosa en exceso, que solo la vía endoanal puede permitirlo²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸. Todos nuestros pacientes fueron operados por esta técnica y los resultados han llenado nuestras expectativas y la de nuestros pacientes.

Para la reparación por vía endoanal es de fundamental importancia el retractor anal de Parks, pues se necesita un buen campo para realizar la reparación.

El tratamiento medico debe de intentarse de inicio todos nuestros pacientes lo recibieron sin resultado alguno, y en este tipo de pacientes con constipación pertinaz sin respuesta al tratamiento medico el único tratamiento curativo es la cirugía y aconsejamos la vía endoanal con miografía vertical.

Si la defecografía informa de la presencia de una presidencia interna importante concomitante al rectocele puede modificarse el esquema terapéutico, una rectopexia por vía abdominal solucionará ambos problemas¹¹⁻²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

CONCLUSION

1-El rectocele es una patología femenina encuadrada dentro del capitulo de los problemas de la estática rectal, nuevo capitulo dentro de la proctología y puede manifestarse por signos y síntomas puramente anorectales.

2-La presencia del rectocele no implica necesariamente constipación, igualmente la presencia de constipación en un paciente con el rectocele no implica la presencia de una anomalía anatómica.

3-No hay paralelismo entre el volumen del rectocele y la sintomatología clínica.

4-Para decidir la conducta quirúrgica debe de concurrir 3 factores, la poca o nula respuesta al tratamiento medico, la necesidad de recurrir a maniobras intra vaginales para conseguir la evacuación y a la defecografía debe de notarse resto de producto de contraste en la bolsa del rectocele una vez terminada la evacuación.

5-La defecografía es de fundamental importancia para decidir el tratamiento quirúrgico, pues es el único estudio que nos demuestra la dinámica de la defecación, y certifica la presencia de una constipación terminal.

6-La vía de elección es la vía endoanal por el método de Sarles, y esta es modificada solamente cuando en la defecografía se informa de la presencia de una presidencia interna importante, y en este caso la vía abdominal solucionara los 2 problemas¹¹⁻²³⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻³³.

7- La vía vaginal es recomendable cuando hay una asociación con otras patologías como el prolapso⁸ genital, cistocele, enterocele, o desgarros vaginales post traumáticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Colin R., Denis P. et Ph Ducrotte: Constipation Morbide: interpretation Physiopathologique et bases du traitement medical. A.F. Chirurgie. 88 Congres. p.49-54-1.984.
- 2- Chaussade S.; Abdallah Khyari, Herve Roche, marc Garret, Marianne Gaudric, Daniel Couturier: Determination of total and segmental transit time in constipated patients. Digestive Diseases and Sciences, Vol.34.N°8(August 1.989)pp.1168-172.
- 3- Denis Ph., Chevallier B., Galmiche J.P. et Pasquis P.: La defecation: Aspect Physiologique, La Constipation Terminale: Aspect Physiopathologique et exploration fonctionnelle: Les fonctions colo-rectales et leurs perturbations-R.P., 1982, 32, 43-44- Octobre 1.982. Tome XXXII. N° 43-44.
- 4- Funck-Bretano P., Tanner A.: La rectocele isolee. Gynecol. Obstet., 1.951, 50, 11-18.
- 5- Felt-Bersma R.J., Luth W.J., Janssen J.J., Meuwissen S.G.: Defecography in patients with anorectal disorders: which findings are clinically relevant?.. Dis Colon Rectum. 1.990; 33: 277-84.
- 6- Goldberg Stanley, Gordon H. Philip, Nivatvongs Santhat: Fundamentos de cirugia anorectal. Ed. Limusa. 1986.
- 7- Gooszen, Hoedemarker, Weterman, Keighley: disordered defecation. Nijhoff 1, vol. Publiher 1987.
- 8- Helslop John H.: Piles and Rectoceles. Aust. N.Z.; J. Surg., 1.987, 57, 935-38.
- 9- Hutchinson R., Mostafa A.; et al: Scintigraphic Defecography: Quantitative and Dynamic Assessment of Anorectal Function. Dis Colon Rectum. Vol 36. N° 12. p.1.132-38-1.993
- 10- Irving R Block M.D.: Transrectal repair of rectocele using obliterative suture: Dis Colon Rectum. Vol 29. N° 11 707-11
- 11- Janssen Lucas W.M., M.D., Cornelis F. Van Dijke, M.D.: Selection criteria for anterior rectal wall in symptomatic rectocele and anterior rectal wall prolapse.: Dis Colon Rectum. November 1.994. V.37. N°11. p.1100-107.
- 12- Johansson C., Ilre T, Ahlback S.O.: Disturbances in the defecation mechanism with special reference to intussusception of the rectum (internal procidencia). Dis Colon Rectum. 1985; 28: 929-24.
- 13- Jouravleff M., Robert H.G.: Problemes therapeutiques des rectoceles a la lumiere des resultats des rectopexies.: Entretiens de Bichat, Paris (Chirurgie). Masson et Cie edit, Paris, 1.980.
- 14- Khubchandani I.T., Sheets J.A., Stasik J.J., Hakki A.R.: endorectal repair of rectocele. Dis Colon Rectum, 1983, 26, 792-796
- 15- Maurel J. Gignoux M.: Traitement chirurgical des rectoceles sus-levatoriennes. Interet de l'excision par voie trans-anale a la pince a agrafes lineaires. Ann Chir, 1993, 47, N° 4, 326-330.
- 16- Mahieu P., Pringot J., Bodart P.: Defecography: I. Description of a new procedure and results in normal patients. Gastrointest. Radiol., 1984, 9, 247-251.
- 17- Mahieu P., Pringot J., Bodart P.: Defecography II: Contribution to the diagnosis of defecation disorders. Gastrointest. Radiol., 1.984, 253-261.
- 18- Marks M.M.: The rectal side of the rectocele. Dis Colon Rectum, 1.967, 10, 387-388.
- 19- Mark W. Arnold, M.D., William R., C. Stewart, M.D., Pedro S. Aguilar, M.D.: rectocele repair, four years experience. Dis Colon Rectum. August 1990. 684-87.
- 20- Mellgren A., Bremmer S., Johansson C., et al.: Defecography, results of investigations in 2826 patients. Dis Colon Rectum. 1994.
- 21- Mellgren Anders, M.D., Bo Anzen, Bengt-Yngve Nilson et al: Results of rectocele repair. A Prospective study. Dis Colon Rectum, January 1.995. p 8-13.
- 22- Nichols D.H., Randall C.I.: Vaginal surgery. 3rd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1.989.
- 23- Ninou S.: Les troubles de la statique rectale. These, Marseille, 1.990.
- 24- Pemberton J.H.: Anorectal Physiology. Abstracts, 52 nd Course. Prin Colon Rectal Surg, 1989: 12-49.
- 25- Roe A.M.; Bartolo M.S.; Mortensen M.C.: Slow Transit Constipation: Comparison between

patients with or without previous hysterectomy: Digestive Diseases and Sciences, Vol 33. N°9 (September 1.988). pp.1.159-63

26-Sarles J.C., Ninou S., Arnou A.: Rectoceles; Diagnostic et Traitement. Chirurdie, 1.991, 117, p.618-623.

27-Sarles J.C.; Arnaud A., Selezneff I., Olivier: endorectal repair of rectocele. Int.J.Colorect.Dis., 1989, 4, 167-171.

28-Sarles J.C., Cope R.: Abrege de proctologie, Vol 1, Masson, edit, Paris, 1.990 -

29-Sehapayak S: Transrectal repaire of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeon: a report of 355 cases. Dis.Colon Rectum, 1.985, 28, 422-433.

30-Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW: Defecography in normal volunteers: results and implication. Gut 1.989; 30: 1737-49.

31-Siproudhis Laurent, MD.; Dautreme Sylvie M.D.; Ropert Alain M.D. and al.: Dyschezia and rectocele. A Marriage of convenience?: Dis Colon rectum, Vol 36. N° 11-1030-36.

32-Sommaï Sehapayak, Md.: Transrectal repaire of rectocel: An extended Armamentarium of colorectal surgeons: a report of 355 cases. Dis Colon Rectum Vol. 28 N°6. p.422-33.

33-Soullard J., Contou J.F.: Coloproctologia. Massson 1987. p.155-159

34-Sullivan E.S., Leaverton G.H. Hardwick C.E.: Transrectal perineal repaire: an adjunct of improved function after anorectal surgery. Dis.Colon Rectum, 1968, 1, 106-114.

35-Watier Alain, Ghislain Devroede, Andre Duranceau, Mohamed Abdel Rahan y al: Constipation with Colonic Inertia. Digestive diseases and Sciences. Vol 28. N°11. November 1.983.

