

5. Proctologie

5.1. Symptômes

5.1.1. Remplacer, après interrogatoire, le mot "hémorroïde" par un signe fonctionnel plus précis

Les malades qualifient souvent d'"hémorroïdes" la plupart des symptômes anaux ou rectaux. On fera préciser duquel il s'agit parmi les suivants :

- de pertes anormales (sang, pus, glaires, mucus);
- suintements tachant le slip ;
- l'impossibilité de retenir les gaz ou les selles (incontinence) ou au contraire la difficulté à les évacuer (dyschésie);
- douleurs anales ;
- des démangeaisons;
- perception d'une tuméfaction anale permanente ou survenant lors de la défécation.

Les symptômes les plus fréquents sont les rectorragies et les douleurs.

5.2. Anatomie du canal anal

5.2.1. Connaître les structures anatomiques de l'anus et du canal anal

Le canal anal est le segment périnéal et terminal du rectum. La muqueuse qui le tapisse est divisée en deux étages par la ligne pectinée située à sa partie moyenne (Fig.1 Anatomie du canal anal).

La ligne pectinée est formée par les valvules anales, replis transversaux semi-lunaires. Les valvules forment avec la paroi du canal anal les cryptes de Morgagni au fond desquelles s'ouvrent les glandes anales.

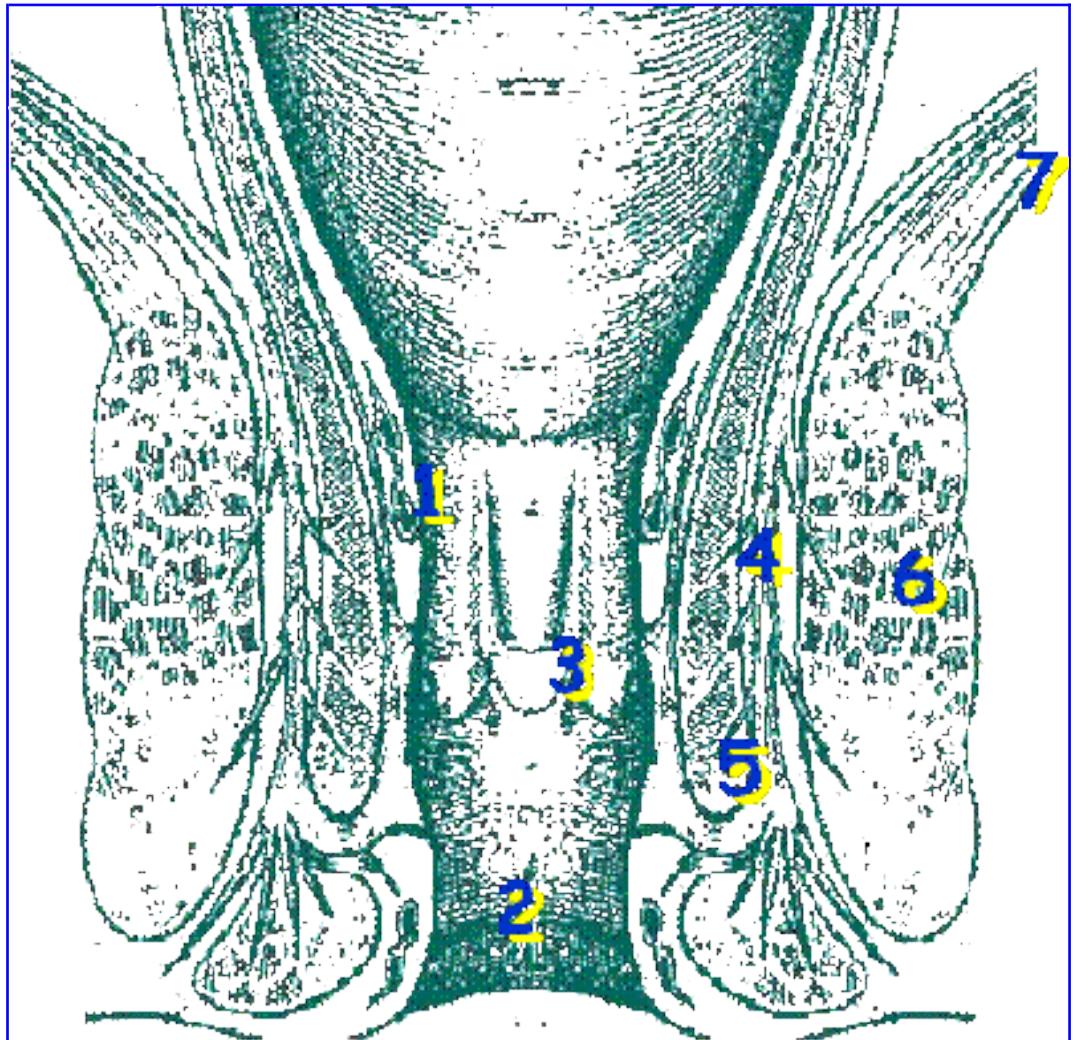
Au-dessus de la ligne pectinée, la muqueuse est marquée par 6 à 8 colonnes de Morgagni, éléments pyramidaux formant un léger relief, dont les bases sont reliées les unes aux autres par les commissures intervalvulaires. A ce niveau, il existe dans la sous muqueuse des dilatations veineuses (plexus hémorroïdaire interne) qui peuvent rester asymptomatiques toute la vie ou être la source de symptômes.

Au-dessous de la ligne pectinée se trouve la zone cutanée lisse qui se termine avec la marge anale. Elle a une couleur gris bleuté et formée par un épithélium malpighien sans poils ni glandes.

La marge anale se distingue de la peau environnante par sa finesse, son plissement et sa pigmentation brune. Le plexus hémorroïdaire externe, sous cutané, a la thrombose pour seule complication.

Fig.1 Anatomie du canal anal

1. Plexus hémorroïdaires internes
2. Vascularisation de l'anoderme
3. Cryptes anales
4. Couche longitudinale complexe
5. Sphincter anal (interne)
6. Sphincter anal (externe)
7. Sangle du muscle puborectal



5.2.2. Connaître la constitution des sphincters de l'anus

Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la couche interne, circulaire, de la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien avec le muscle releveur de l'anus.

5.3. Examen proctologique

5.3.1. Être capable de désigner les étapes d'un examen proctologique

L'examen peut être fait en position genu-pectorale ou en décubitus latéral gauche. Cette dernière position est plus confortable pour le malade, physiquement et psychologiquement, mais la rectoscopie au tube rigide est moins aisée. Elle se fait en portant des gants jetables.

- Inspection de la marge anale

Elle se fait avec un bon éclairage, en écartant les plis radiés pour exposer la zone cutanée lisse de l'anus (Fig.2 Examen clinique).

Fig.2 Examen clinique en dépliant les plis radiés de l'anus



- Anuscopie et rectoscopie

Elles sont décrites plus loin.

- Recherche d'une adénopathie inguinale

Le décubitus dorsal permet la recherche d'adénopathies inguinales (les ganglions inguinaux drainent la lymphe de l'anus) et le toucher rectal qui est fait de préférence les cuisses fléchies sur le tronc et en utilisant un gel contenant un anesthésique local pour lubrifier le canal anal.

5.3.2. Connaître les organes normaux perçus au toucher rectal

Dans les deux sexes, l'appareil sphinctérien dont on vérifie le tonus et la contraction volontaire, le bas rectum, le coccyx ; chez l'homme, la prostate ; chez la femme, le col utérin et on peut palper l'utérus s'il est fibromateux ou rétroversé.

Le toucher rectal permet d'atteindre le cul-de-sac de Douglas dont le contenu est perçu s'il est pathologique (épanchement, tumeur du sigmoïde prolabée, carcinose péritonéale).

Le toucher rectal n'est normalement pas douloureux. Le toucher rectal douloureux désigne généralement une douleur provoquée à la pression du cul-de-sac de Douglas. En cas de fissure anale, une anesthésie locale est utile pour lever l'hypertonie du canal anal.

5.4. Explorations anorectales

5.4.1. Indiquer les méthodes endoscopiques d'investigation

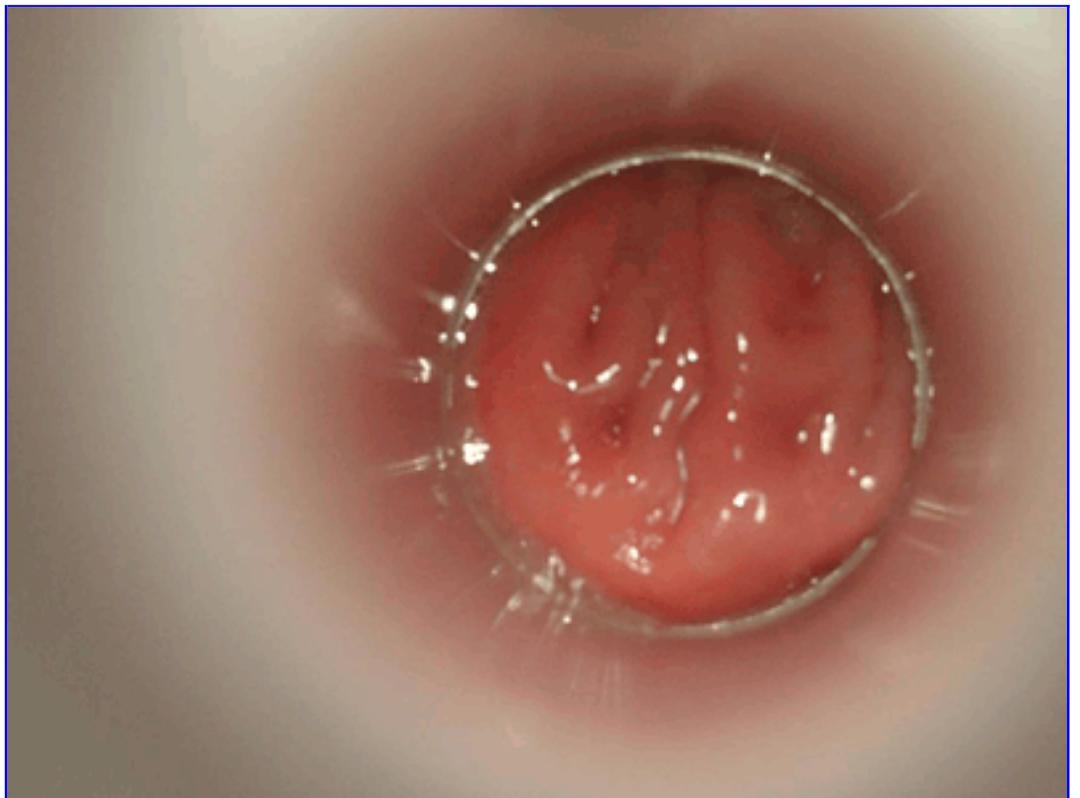
– L'anuscopie se pratique avec un appareil court muni d'un mandrin pour l'introduction (Fig. 3 Anuscope à usage unique).

Fig.3 Anuscope à usage unique inséré sur un manche de lumière froide. Le mandrin nécessaire à l'introduction est placé à côté.



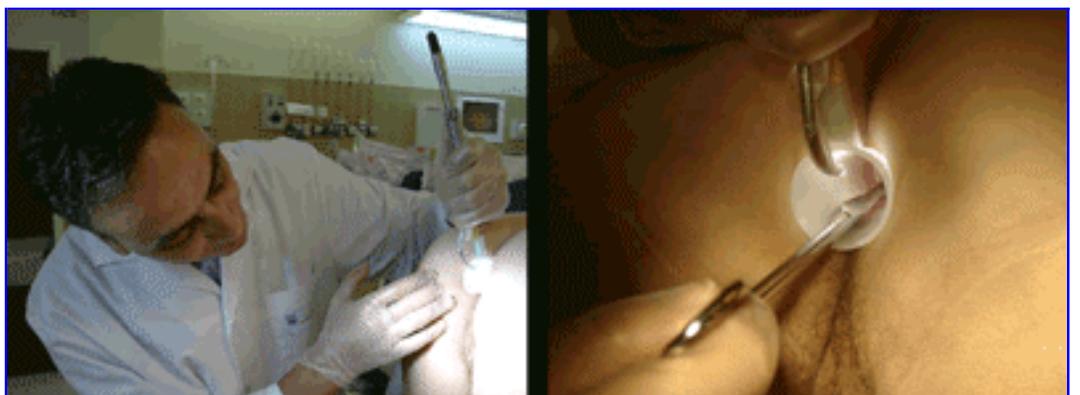
Il permet l'examen de la muqueuse de canal anal et d'apercevoir le bas rectum (Fig.4 Muqueuse du bas rectum).

Fig.4 La muqueuse du bas rectum peut être visualisée lors d'un examen anoscopique



Cet examen est indolore et ne nécessite aucune préparation (Fig. 5 Examen anoscopique).

Fig.5 Réalisation de l'examen anoscopique



– La rectoscopie au tube rigide se fait avec un appareil long de 15 à 25 cm. Cet examen explore la muqueuse de tout le rectum jusqu'à la charnière rectosigmoïdienne située vers 12-13 cm de la marge anale. Celle-ci peut être franchie, mais les manœuvres sont souvent douloureuses. L'examen doit être indolore et peut être pratiqué soit sans préparation, soit après évacuation rectale par un micro-lavement. L'anoscopie et la rectoscopie peuvent se faire avec des appareils à usage unique.

– La rectosigmoïdoscopie au tube souple, encore appelée coloscopie courte ou coloscopie gauche, permet d'explorer le rectum et tout ou partie du côlon sigmoïde, parfois même des segments coliques plus proximaux. Elle ne nécessite pas de sédation et doit être indolore. Elle est en général pratiquée après évacuation

rectosigmoïdienne par un ou plusieurs lavements de petit volume. La progression est interrompue par la douleur ou par la présence de matières fécales.

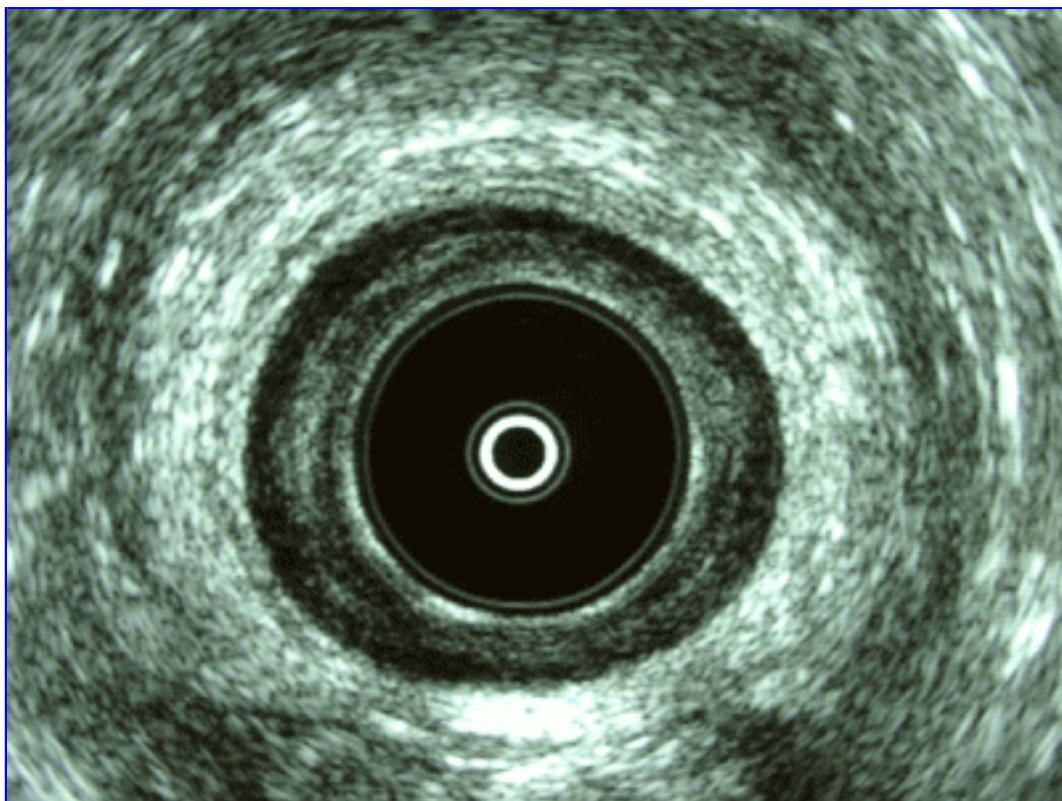
– Ces examens doivent dans certains cas être complétés par une exploration totale du côlon par iléocoloscopie.

5.4.2. Décrire les investigations radiologiques

Les investigations suivantes sont effectuées pour des objectifs précis et spécialisés :

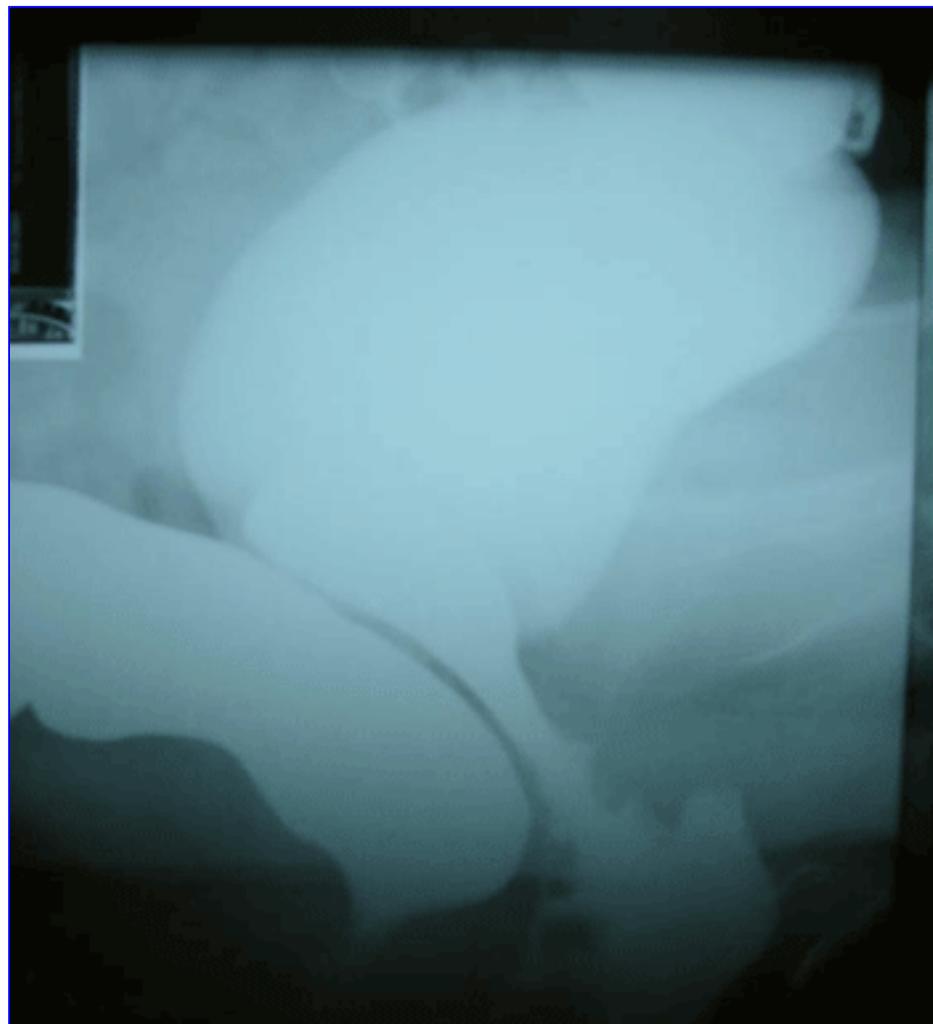
– l'échographie endoanale permet de visualiser la paroi rectale avec ses différentes couches et les sphincters interne et externe de l'anus, et, à travers la paroi, les organes voisins comprenant le cul-de-sac de Douglas (Fig. 6 Aspect échographique de l'appareil sphinctérien de l'anus).

Fig.6 Aspect échographique de l'appareil sphinctérien de l'anus en utilisant une sonde endocanalaire. L'anneau hyper échogène (clair) matérialise le sphincter anal externe, l'anneau hypo échogène (sombre) le sphincter anal interne.



– la défécographie, faite à l'aide de baryte épaissie, est un moyen dynamique de rechercher des anomalies anatomiques et fonctionnelles anorectales et du plancher périnéal (Fig.7 Image de profil de défécographie).

Fig.7 Image de profil (au repos) de défécographie au cours de laquelle le rectum et le canal anal (gauche), le vagin (centre) et la vessie (haut droit) ont été opacifiés.



Certaines techniques d'échographie trans pariétales ou de tomodynamométrie (coloscanner) permettent l'analyse de la paroi du colon et du rectum. Ces méthodes ne sont pas encore utilisées en routine et font l'objet actuel d'évaluations.

L'IRM permet aujourd'hui une analyse assez précise des structures pariétales et musculo aponévrotiques du

pelvis ainsi que de son contenu. A ce titre, elle peut être utile pour analyser le trajet emprunté par les infections sévères (fistules et abcès) et pour préciser l'extension locale des tumeurs du rectum. L'analyse de séquences d'imagerie acquises rapidement permet l'exploration de la mobilité des structures pariétales du pelvis. Elle pourrait avoir un intérêt dans l'exploration des troubles de la statique pelvienne mais cette dimension est encore en phase d'évaluation.

5.4.3. Explorations manométriques

La manométrie permet de mesurer le tonus basal, principalement assuré par le sphincter interne lisse, la contraction volontaire du sphincter externe strié de l'anus, et la réponse réflexe du sphincter interne à la distension rectale (réflexe recto-anal inhibiteur). Elle est utile en cas d'incontinence anale et dans certains cas de constipation par anisme (hypertonie paradoxale du sphincter externe et du muscle puborectal).

5.5. Rectorragies

5.5.1. Connaître les causes des rectorragies

Les plus fréquentes sont les suivantes (fig.8 principales causes de saignements extériorisés par l'anus) :

- une fragilité du réseau hémorroïdaire interne;
- tumeurs : polypes adénomateux, tumeur villeuse, adénocarcinome, polypes juvéniles.

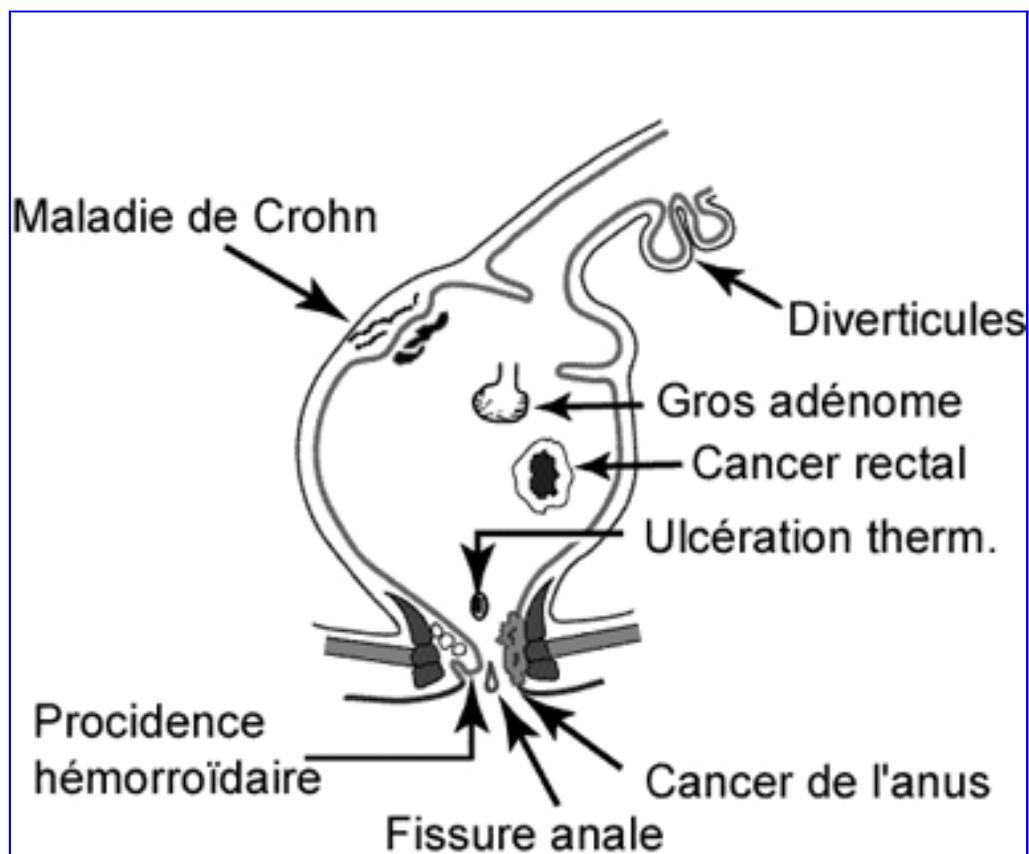
La maladie hémorroïdaire, bien qu'étant la cause de loin la plus fréquente, ne doit être retenue qu'après avoir éliminé les autres causes, les tumeurs rectocoliques en particulier. Une coloscopie gauche ou une iléocoloscopie sont toujours à envisager.

Les autres causes proctologiques sont rares ou exceptionnelles : fissure anale, excoriations cutanées par grattage, ulcération thermométrique (hémorragies abondantes), diverticulose colique (hémorragies abondantes), rectites : inflammatoires, infectieuses ou iatrogènes (suppositoires d'AINS, radiothérapie externe), carcinome épidermoïde de l'anus (voir 5.14).

L'extériorisation de sang rouge par l'anus peut provenir de lésions d'autant plus hautes (coliques, grêliques ou gastro-duodénales) que le débit du saignement est plus élevé. Toute rectorragie abondante doit être explorée par endoscopie haute.

Une anémie ferriprive est très rarement d'origine hémorroïdaire ; elle peut se produire chez des patients ayant négligé leurs rectorragies.

fig.8 principales causes de saignements extériorisés par l'anus



5.6. Hémorroïdes

ENC 273.

Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire.

Argumenter l'attitude thérapeutique.

5.6.1. Distinguer les dilatations normales et la maladie hémorroïdaire

Les hémorroïdes sont des structures anatomiques normalement présentes chez l'individu sain. Elles sont composées de lacs veineux, de petites artérioles sous muqueuses et d'un intense réseau anastomotique. Il ne s'agit pas à véritablement parler de veines puisqu'elles n'ont pas de valvules conniventes. Elles s'organisent en plexus hémorroïdaire interne (au-dessus de la ligne pectinée) et en plexus hémorroïdaire externe (immédiatement sous-cutané dans les plis radiés de l'anus). Les plexus participent pour partie à la continence de base. Le vieillissement s'accompagne d'une plus grande laxité du matériel "d'ancrage" (fibres musculaires lisses et tissu de revêtement), induisant progressivement une procidence hémorroïdaire.

La maladie hémorroïdaire est la pathologie la plus fréquemment rencontrée en proctologie : elle se définit par des signes ou symptômes attribués à des anomalies du tissu hémorroïdaire. Il n'existe aucun parallélisme entre l'importance de la maladie anatomique hémorroïdaire et les symptômes décrits par les patients. En d'autres termes, certains souffrent de petites hémorroïdes non procidentes et d'autres patients ont une procidence hémorroïdaire interne importante sans symptôme. Près de 40% des français interrogés disent avoir souffert de problèmes hémorroïdaires et un tiers d'entre eux au cours de l'année qui a précédé le sondage. Moins d'un tiers d'entre eux ont consulté pour ce problème. Pour ceux qui demandent une prise en charge thérapeutique, seul 4 à 18% se verront un jour proposer une intervention chirurgicale.

Le contexte étiologique de survenue des manifestations symptomatiques. En d'autres termes, on ne sait pas pourquoi certains patients souffrent et d'autres ne souffrent pas de maladie hémorroïdaire. On retient habituellement des facteurs déclenchants d'ordre mécanique, inflammatoire ou métabolique multiples ; on admet que l'hérédité, certains états aggravants comme la diarrhée, les épices, l'alcool, la déshydratation, la grossesse et l'accouchement peuvent déclencher ou être des facteurs favorisants de la maladie hémorroïdaire.

5.6.2. Indiquer leurs manifestations cliniques

Les hémorroïdes peuvent être un motif de consultation parce qu'elles sont douloureuses, parce qu'elles saignent ou parce qu'elles réalisent une procidence ou un prolapsus hémorroïdaire lors de la défécation.

- Douleurs :

On distingue habituellement les crises hémorroïdaires consécutives à un épisode diarrhéique, à un excès de table (alcool, plats épicés) ; ces crises hémorroïdaires se traduisent par une sensation de cuisson ou de pesanteur périnéale accentuée lors du passage de la selle ou de l'exercice physique avec parfois une petite réaction œdémateuse. Ces crises durent habituellement deux à quatre jours et se traduisent lors de l'examen endoscopique par un aspect congestif, œdémateux et parfois un petit semis de micro-thromboses.

- Les hémorragies hémorroïdaires, qu'on devrait appeler plutôt anorragies que rectorragies, se traduisent par l'émission de sang rouge rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire habituellement non mélangé aux matières. Ce symptôme est tout à fait non spécifique et de tels saignements peuvent se rencontrer dans les cancers du rectum ou autres pathologies tumorales. C'est dire qu'il n'existe aucun élément symptomatique qui puisse permettre d'attribuer avec certitude le saignement à une origine hémorroïdaire.

- Les prolapsus ou procidences hémorroïdaires sont dus à la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes. Cette laxité excessive se traduit par la procidence des hémorroïdes internes lors de la défécation ou parfois en permanence, responsable d'une gêne mécanique, de suintements et de brûlures anales.

Pour le praticien généraliste, le diagnostic d'hémorroïdes est donc facile lors de l'inspection de la région péri-anale (procidence hémorroïdaire interne spontanée, thrombose hémorroïdaire externe) ou par l'examen anoscopique (hémorroïdes internes). (Fig. 9 Procidence hémorroïdaire interne extériorisée). Néanmoins, en présence d'une symptomatologie hémorragique, cet examen ne doit pas rassurer et doit imposer la recherche d'une autre étiologie (coloscopie).

Fig. 9 Procidence hémorroïdaire interne extériorisée



A l'inverse, des manifestations douloureuses beaucoup plus intenses, de survenue brutale, parfois déclenchées par un exercice physique, une contrainte mécanique ou un traumatisme (accouchement), sont le mode de révélation des thromboses hémorroïdaires : il s'agit d'une tuméfaction bleutée, douloureuse, siégeant dans les plis radiés de l'anus, s'accompagnant rapidement d'une réaction oedémateuse et inflammatoire. On distingue habituellement les thromboses hémorroïdaires externes, les plus fréquentes (plis radiés), des thromboses hémorroïdaires internes qui sont des tuméfactions plus importantes irréductibles véritablement "accouchées" par l'anus. A la différence des crises hémorroïdaires simples, il existe des anomalies anatomiques patentes à l'examen clinique, une douleur habituellement plus intense et une évolution plus lentement régressive (5 à 15 jours parfois au prix d'une petite cicatrice représentée par un repli muco-cutané résiduel appelé marisque). (voir 5.9.) (Fig. 10 Réaction hémorroïdaire oedémateuse et thrombotique).

Fig. 10 Réaction hémorroïdaire oedémateuse et thrombotique



5.6.3. Préambule thérapeutique

Le clinicien doit garder à l'esprit que les hémorroïdes ne représentent en elles-mêmes aucun risque de dégénérescence ou de complications engageant le pronostic vital du patient. Il n'est donc pas admissible dans cette pathologie dite de confort que les procédés thérapeutiques puissent être responsables d'une morbidité excessive voire d'une mortalité. Par ailleurs, seules les hémorroïdes symptomatiques sont à traiter et que ce n'est pas devant la constatation d'une maladie anatomique qu'on décidera d'un traitement. Ce sont les symptômes et la demande de prise en charge thérapeutique émanant du patient qui doivent dicter l'attitude du thérapeute.

Les modalités thérapeutiques peuvent faire appel à un traitement médical simple, à un traitement endoscopique ou à un traitement chirurgical dont le choix thérapeutique dépend cette fois de l'aspect anatomique de la maladie hémorroïdaire, du type de symptômes et des habitudes du thérapeute.

5.6.4. Traitement médical des hémorroïdes

Il n'a de raison d'être que dans les symptômes de crises hémorroïdaires simples et n'a d'intérêt que dans le traitement d'une crise fluxionnaire de courte durée. On ne connaît actuellement ni thérapeutique qui permette d'en prévenir les récurrences, ni médicament qui supprime les symptômes hémorroïdaires de rectorragie ou de procidence. Ce traitement médical fait appel :

- aux règles hygiéno-diététiques : suppression des épices, du vin et boissons alcoolisées, utilisation de bain de siège, suppression du papier toilette, lait de toilette doux.
- la régularisation du transit : il existe assez souvent, à l'origine d'une maladie hémorroïdaire, une constipation sous-jacente qu'il convient de traiter. On pense que le traitement d'une constipation associée permet de diminuer la fréquence des crises hémorroïdaires chez 4 patients sur 10.
- les médicaments anti-hémorroïdaires sont extrêmement nombreux. Ils ont pour but de diminuer la composante inflammatoire de la crise hémorroïdaire (topiques locaux à base d'Héparine Hydrocortisone), de jouer sur la composante oedémateuse de la crise (veinotoniques) et de favoriser la cicatrisation (oxyde de zinc, oxyde de titane). Certains topiques contiennent également des propriétés antalgiques par le biais d'anesthésiques locaux dont il faut se méfier à cause des réactions allergisantes locales souvent rencontrées.

5.6.5. Traitement instrumental des hémorroïdes

Il fait appel à des méthodes très diverses qui sont représentées par les injections sclérosantes (fig.11 injection sclérosante), la ligature élastique (fig.12 ligateur et fig.13 ligature élastique), la photo coagulation infra-rouge, la cryothérapie, l'électrocoagulation bipolaire.

Ces méthodes ont toutes pour but de retendre le tissu de soutien de la muqueuse hémorroïdaire interne en réalisant une petite nécrose de coagulation et une fibrose rétractile de la muqueuse au sommet des paquets hémorroïdaires internes. Ces techniques se font en ambulatoire, sans anesthésie (la muqueuse du bas rectum n'est pas sensible à la douleur) et elles sont bien tolérées (10 à 15% d'effets secondaires indésirables habituellement minimes). Ce traitement endoscopique doit être réservé aux manifestations hémorragiques ou à la procidence de la maladie hémorroïdaire. Leur meilleure efficacité est obtenue dans les hémorroïdes peu procidentes et responsables de saignements répétés lors de la selle. Il faut savoir que ces gestes ne réalisent en aucun cas une ablation des hémorroïdes. Ces thérapeutiques ont une bonne efficacité immédiate mais leurs résultats se dégradent souvent au cours du temps (effets suspensifs).

fig.11 réalisation d'une injection de produit sclérosant au sommet d'un paquet hémorroïdaire lors d'une anoscopie.



fig.12 appareil de ligature élastique permettant de positionner un anneau élastique (noir) à la base de la muqueuse aspirée dans le cylindre de l'appareil



fig.13 deux ligatures ont été réalisées au sommet de paquets hémorroïdaires procidents lors d'une anoscopie.



Il représente le stade thérapeutique ultime d'une maladie hémorroïdaire symptomatique qui invalide le patient de façon au moins hebdomadaire. On propose ce type de traitement après échec des traitements endoscopiques ou parce que la maladie anatomique est trop évoluée pour laisser espérer une efficacité de ce traitement endoscopique. Le type d'intervention réalisée, en France, est celui d'une hémorroïdectomie pédiculaire visant à enlever les plexus hémorroïdaires externes et internes en trois paquets séparés sous anesthésie générale (hémorroïdectomie de type Milligan Morgan)(fig.14 hémorroïdectomie de type Milligan Morgan). Il faut que le praticien garde à l'esprit que cette intervention est efficace (peu de récurrence) parce qu'il réduit le réseau hémorroïdaire. Cette intervention peut apparaître, à plusieurs égards, peu satisfaisante pour le malade parce que : a) le délai moyen de cicatrisation est long : il varie selon les séries de 42 à 70 jours ; b) les suites post opératoires sont douloureuses : l'intensité de la douleur est supérieure à 5 cm (EVA de 10 cm) dans deux tiers des cas. Elle impose le recours aux dérivés morphiniques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la plupart des cas; c) les troubles fonctionnels induits par le geste chirurgical sont fréquents et sous estimés par les travaux rétrospectifs. Le développement d'alternatives chirurgicales moins invasives et mieux tolérées que l'hémorroïdectomie classique demeure donc une préoccupation importante. L'amélioration technique apportée par les agrafeuses mécaniques circulaires pour anastomose digestive offre la possibilité de réaliser une résection de la muqueuse rectale à la partie haute des hémorroïdes internes, de leur tissu de soutien et une suture muco-muqueuse circulaire en un temps (anopexie)(fig.15 anopexie). L'avantage théorique de cette méthode est qu'elle ne réalise pas de plaies endocanalaire basses en zone cutanée sensible et qu'elle respecte totalement l'appareil sphinctérien (fig.16 collerette d'anopexie). Le principal inconvénient est conceptuel : traiter chirurgicalement une affection hémorroïdaire sans réséquer le tissu hémorroïdaire. On dispose de la publication des résultats de nombreuses études prospectives contrôlées randomisées comparant la technique d'anopexie à une chirurgie hémorroïdaire pédiculaire classique. L'ensemble des travaux souligne unanimement une meilleure tolérance (douleur post-opératoire moitié moindre) et une immobilisation plus réduite des malades opérés par technique d'anopexie par rapport à ceux traités par une chirurgie hémorroïdaire pédiculaire. La proportion de complications per-opératoires et post-opératoires de l'anopexie est au pire comparable à la chirurgie classique mais la gravité de certaines complications notamment infectieuses (cellulite pelvienne) doit être redoutée. On dispose encore d'un recul trop court avec cette technique (7ans) pour qu'elle s'impose comme l'intervention chirurgicale de référence (risque de récurrence mal évalué). Par ailleurs cette méthode ne peut être proposée à l'ensemble des malades souffrant d'une maladie hémorroïdaire (pas de prise en compte du plexus hémorroïdaire externe ou des pathologies associées comme la fissure anale).

fig.14 aspect de l'anus après une intervention chirurgicale de résection pédiculaire des hémorroïdes (intervention de type Milligan Morgan): on peut observer dans le fond des plaies laissées ouvertes, les structures du sphincter anal interne préservé.



fig.15 anopexie: l'utilisation d'une pince mécanique dédiée à ce traitement permet dans le même temps la résection et la suture de la muqueuse sus anale immédiatement au sommet des hémorroïdes internes. Cette méthode réalise en quelque sorte un "lifting" du tissu hémorroïdaire.

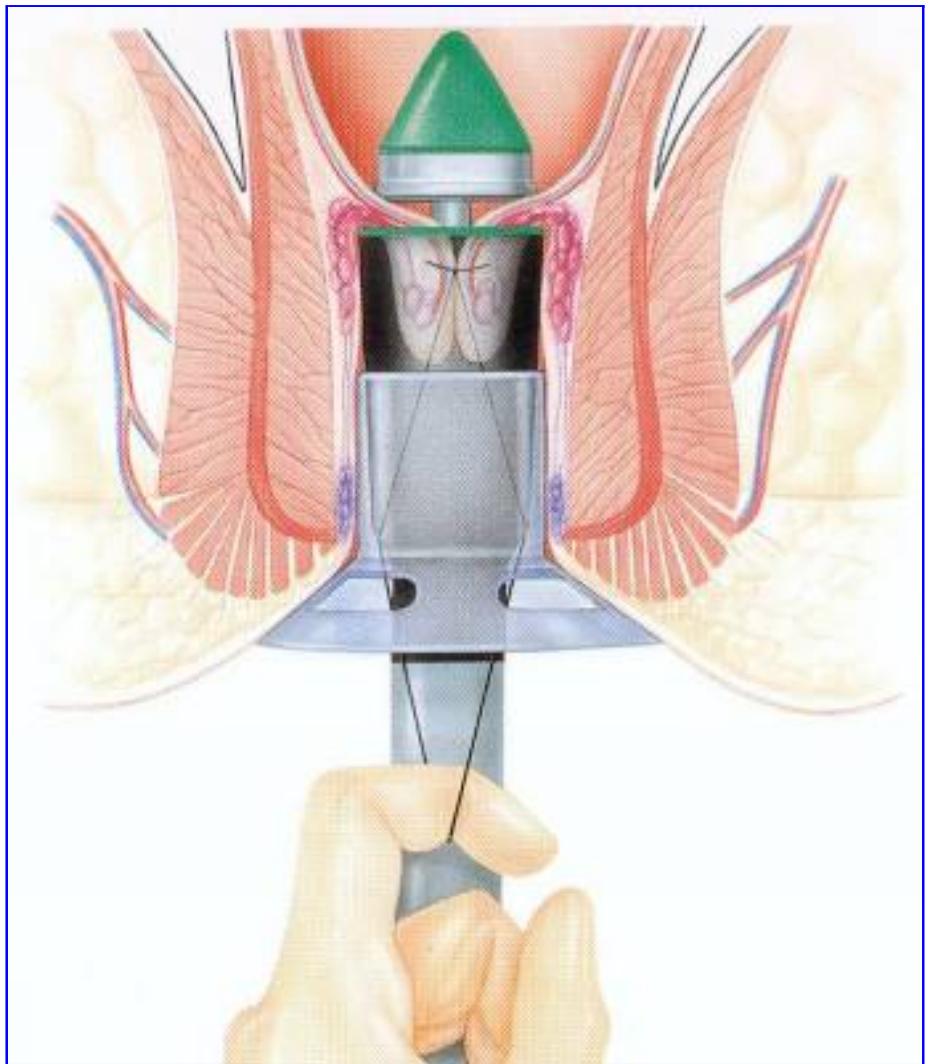
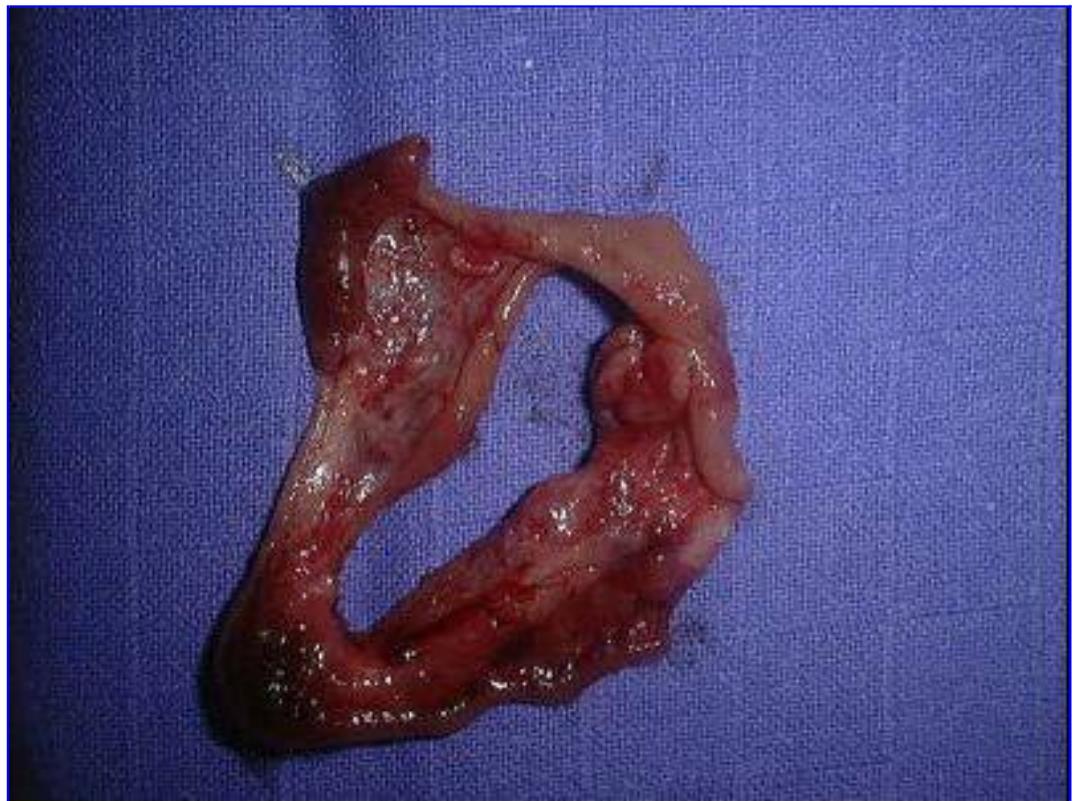


fig.16 collerette de tissu réséqué au cours d'un geste d'anopexie. Idéalement les structures musculaires du bas rectum et du canal anal ne sont pas intéressées par la zone de résection.



5.7. Thrombose hémorroïdaire externe

5.7.1. En connaître la définition

La thrombose hémorroïdaire externe simple résulte de la formation d'un caillot de quelques millimètres à 2 centimètres. Elle s'accompagne d'un œdème de volume variable, non proportionnel à la taille du thrombus (Fig. 17 Aspect typique d'une thrombose hémorroïdaire externe aux différentes étapes d'un geste d'excision).

Fig. 17 Aspect typique d'une thrombose hémorroïdaire externe aux différentes étapes d'un geste d'excision



5.7.2. En connaître le ou les mécanismes physiopathologiques

Il est discuté. Il peut résulter de la rupture d'un vaisseau du plexus hémorroïdaire externe, créant un hématome sous-cutané. Il pourrait aussi s'agir d'une thrombose se produisant dans une hémorroïde externe. La thrombose est favorisée par l'hypertonie anale, par la grossesse et par les gestes instrumentaux anaux.

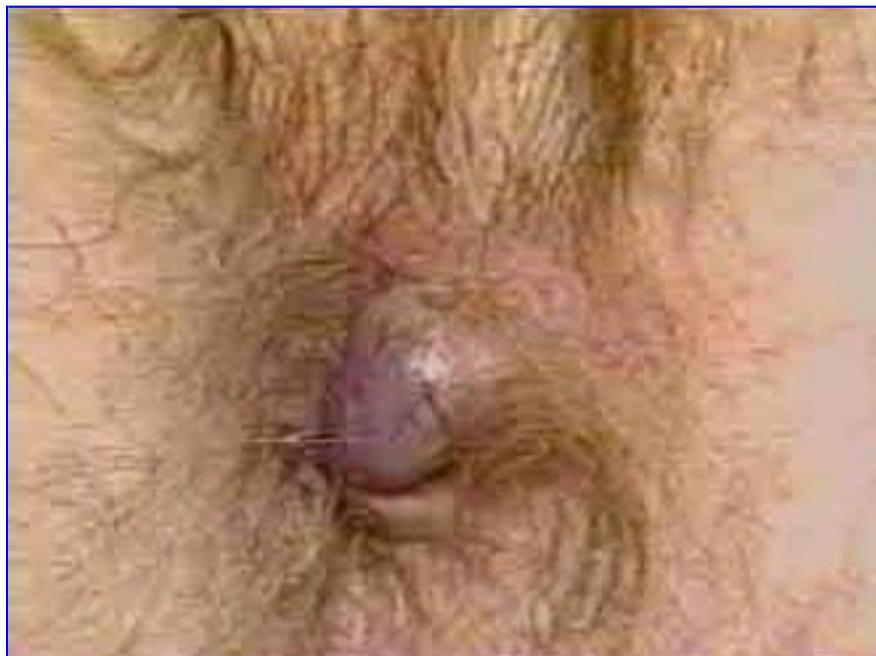
5.7.3. Connaître les caractéristiques de la douleur

Elle a un début brutal, elle est intense et continue. Le patient a souvent perçu une tuméfaction douloureuse qui peut empêcher la position assise. La douleur n'est pas augmentée par la défécation.

5.7.4. En connaître l'aspect et l'évolution

La lésion est une tuméfaction bleuâtre très douloureuse à la palpation, siégeant à la limite inférieure de la zone cutanée lisse (vidéo 1.1). Elle est souvent entourée d'un œdème qui peut être important. En l'absence de traitement, la douleur se calme spontanément en 2 à 7 jours, la tuméfaction régresse et peut faire place à une marisque séquellaire.

Vidéo 1.1



(avec la permission du laboratoire Parke-Davis et du Pr. Jean-Claude Sarles)

5.7.5. En connaître le traitement

L'extraction du caillot sous anesthésie locale est en règle efficace lorsque la thrombose est apparue depuis moins de 72 heures et lorsque la réaction oedémateuse n'est pas trop prononcée.

Vidéo 1.2



Après une anesthésie locale limitée ([vidéo 1.2](#)), l'incision peut se faire le long des plis radiés. L'excision du sommet de la tuméfaction est préférable à l'incision parce qu'elle évite la fermeture trop précoce de la plaie (nouveau thrombus) ([vidéo 1.3](#)) et qu'elle facilite le nettoyage de la cavité à la curette. ([vidéo 1.4](#))

Vidéo 1.3



(avec la permission du laboratoire Parke-Davis et du Pr. Jean-Claude Sarles)

Vidéo 1.4



(avec la permission du laboratoire Parke-Davis et du Pr. Jean-Claude Sarles)

En cas de thrombose œdémateuse, vue tardivement, ou peu douloureuse, on a recours au traitement médical associant paracétamol, AINS par voie orale et application d'une pommade contenant des corticoïdes.

5.8. Fissure anale

5.8.1. Connaître les signes fonctionnels de la fissure anale

La fissure anale est une plaie du revêtement de la partie basse du canal anal. Elle siège en territoire malpighien sous la ligne pectinée. Le fond de cette plaie est souvent matérialisé par les fibres du sphincter anal interne. On assimile cette plaie à une déchirure occasionnée par un traumatisme (passage d'une selle dure) quoique le mécanisme causal de la fissure est encore incompris. Par contre, son évolution chronique s'apparente à un ulcère ischémique: elle siège au niveau d'une zone mal vascularisée de l'anoderme (pôle postérieur de l'anus), elle a un fond atone non bourgeonnant. L'ischémie est entretenue par une hypertonie du sphincter anal interne (collapsus des vaisseaux perforants transsphinctériens): cette hypertonie représente la principale cible thérapeutique à la fois symptomatique (la douleur est une sphincteralgie) et anatomique (la suppression de l'hypertonie permet la cicatrisation de la fissure).

Le principal signe fonctionnel de la fissure anale est la douleur dont la caractéristique est une sémiologie à type de brûlure, déclenchée ou accentuée par le passage de la selle et qui persiste parfois pendant plusieurs heures après la défécation. Cette symptomatologie est une contracture douloureuse du sphincter anal interne (sphincteralgie). Les signes associés sont une constipation d'évacuation (primitive ou secondaire), des saignements, un prurit. Il arrive que la douleur soit une simple gêne.

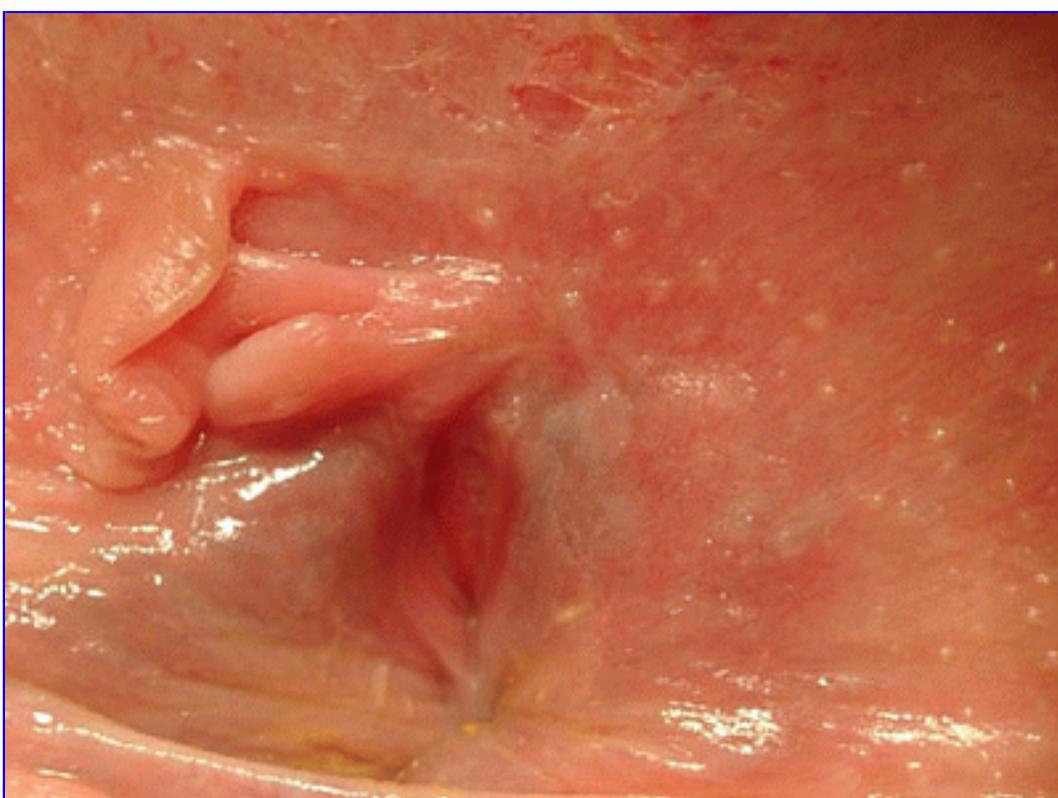
5.8.2. Faire le diagnostic à l'examen de l'anus et savoir palper les creux inguinaux

Le déplissement des plis radiés de l'anus permet de voir la fissure (Fig.18 Fissure anale récente) en forme de raquette à bords nets à peine surélevés dans les fissures récentes, à fond rouge. Au stade de fissure chronique, le bord s'épaissit en arrière pour former un capuchon mariscal (Fig.19 Fissure anale chronique) . Le toucher rectal, même fait avec précaution, peut être très douloureux en raison de la contracture sphinctérienne réflexe et nécessiter une anesthésie locale. La fissure peut être infectée et se prolonger par un petit abcès inter-sphinctérien. Elle siège en général au pôle postérieur de l'anus, parfois au pôle antérieur chez la femme.

Fig.18 Fissure anale récente et non compliquée reconnue après avoir déplissé les plis radiés de l'anus



Fig.19 Fissure anale chronique présentant des éléments satellites (capuchon mariscal)



5.8.3. Être alerté par quelques particularités n'appartenant pas à une fissure banale

Toute fissure d'aspect inhabituel, indolore, de localisation latérale, remontant dans le canal anal au-dessus de

la ligne pectinée, ou associée à une adénopathie inguinale, est suspecte. Elle doit faire pratiquer des prélèvements ou des explorations complémentaires visant à identifier une localisation anale de la maladie de Crohn, une affection vénérienne ou néoplasique, enfin une tuberculose.

5.8.4. Principes du traitement

Le traitement est médical de première intention. Il comporte le ramollissement des selles et la régularisation du transit, et la prescription d'antalgiques et de topiques locaux. Cette stratégie permet en principe la guérison d'un malade sur deux mais les récurrences sont possibles.

L'injection sous-fissuraire d'une petite quantité du mélange quinine-urée et xylocaïne, peut apporter un soulagement rapide à condition d'être techniquement bien faite. Cette technique, bien que classique, n'a pas été évaluée par des essais thérapeutiques randomisés.

L'utilisation de dérivés nitrés ou d'inhibiteurs calciques en applications répétées sur la marge anale ainsi que l'injection intrasphinctérienne de toxine botulique permettent la disparition des douleurs en deux à quatre semaines et la cicatrisation de la fissure en huit semaines. Il s'agit d'un traitement logique sur le plan physiopathologique puisqu'ils s'agit d'agents myorelaxants puissants du sphincter anal interne. Les taux de succès varient entre 40 et 70 %. Les rechutes à l'arrêt du traitement concernent près d'un malade sur deux. La tolérance des dérivés nitrés en application topique est mauvaise. Aucun des médicaments de ces deux classes thérapeutiques n'a actuellement l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication. La fréquence des récurrences après traitement, les phénomènes d'échappement thérapeutique et la mauvaise tolérance locale rendent peu vraisemblable le développement d'une approche thérapeutique efficace et durable de cette nature.

Le traitement de référence de la fissure anale chronique est la réalisation d'une sphinctérotomie latérale interne (Fig.20 Sphinctérotomie latérale interne) : plus de 9 malades sur 10 ont une cicatrisation définitive en 5 semaines en moyenne. Le principal inconvénient de cette méthode est l'induction dans 15% à 25 % des cas de certaines séries d'une incontinence fécale séquellaire parfois invalidante (ce dont le malade doit être averti). L'alternative chirurgicale proposée en France est celle d'une plastie anale muqueuse dans le lit fissuraire mais cette méthode n'est pas validée. Cette technique offre néanmoins l'avantage théorique de ne pas induire de lésion du sphincter anal interne (Fig.21 Anoplastie).

Fig.20 La sphinctérotomie latérale interne est le traitement chirurgical de référence de la fissure anale chronique



Fig.21 l'anoplastie consiste à réséquer la fissure anale et abaissée partiellement la muqueuse du bas rectum qu'on suture au sphincter anal interne.

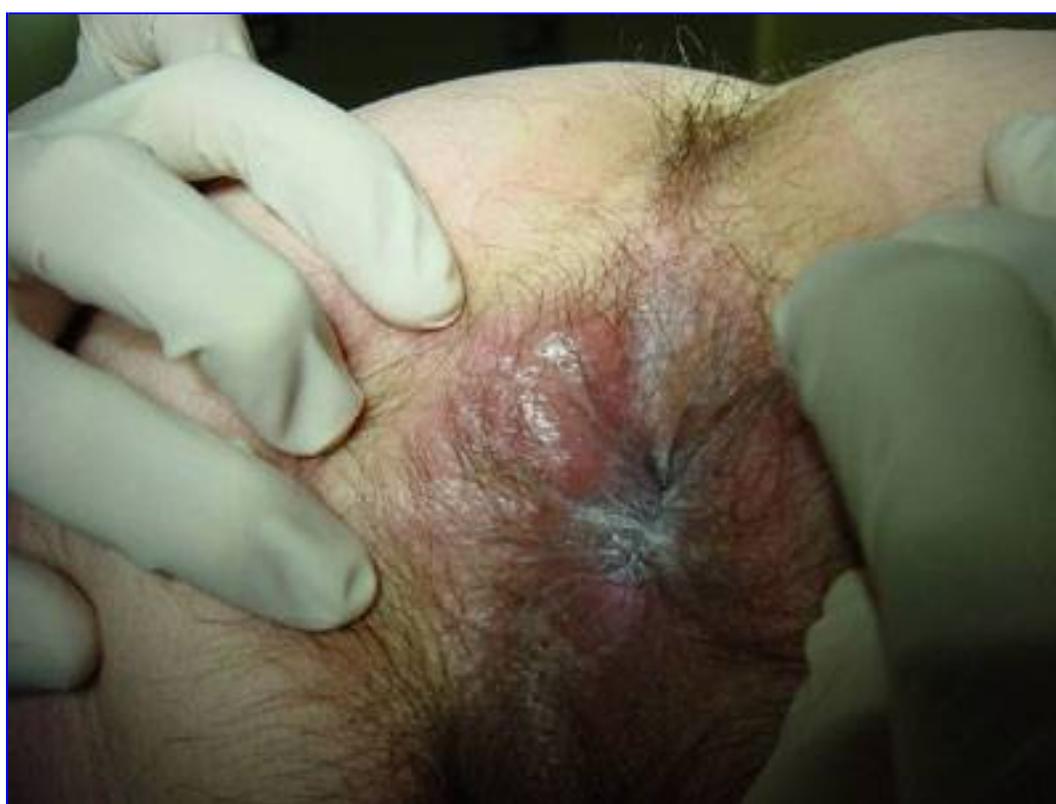


5.9. Autres causes de douleurs

5.9.1. Connaître les principales causes de douleurs anales autres que la thrombose hémorroïdaire externe et la fissure anale, et leurs caractères

– Abscès périanal : la douleur augmente progressivement d'intensité. Elle est continue, non rythmée par la selle et peut entraîner une insomnie. Le syndrome infectieux associé est d'intensité variable, souvent peu important. Cet abcès pelvien peut induire, à la phase aiguë une constipation d'évacuation et une dysurie. L'abcès se présente sous forme d'une tuméfaction rouge, lisse, tendue (Fig.22 Abscès anal).

Fig.22 Abscès anal

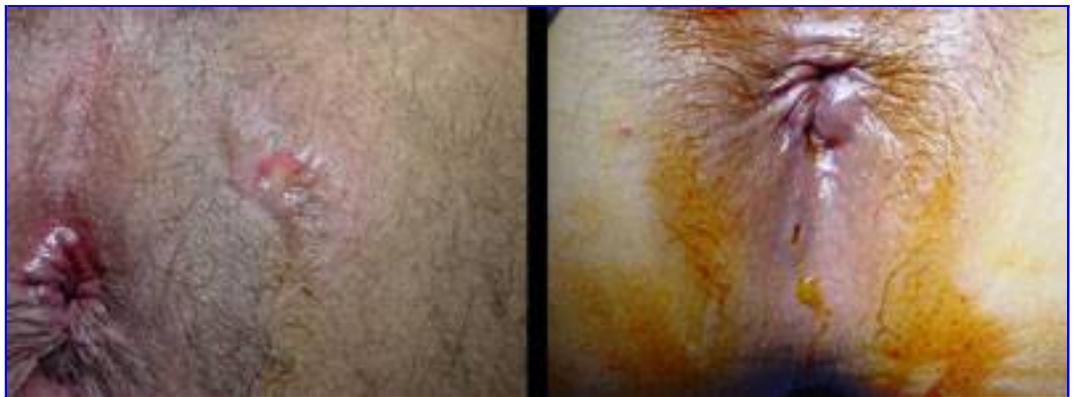


– Fistule anale : cette affection se traduit par un écoulement périanal intermittent de pus par un orifice souvent induré et en relief (bourgeon charnu inflammatoire) (Fig.23 Orifices externes).

Abcès et fistules anales sont deux formes cliniques d'une même maladie ayant pour processus pathogénique inaugural l'infection d'une glande siégeant dans le canal anal au niveau de la ligne pectinée. Le trajet emprunté par l'infection traverse quasi constamment le sphincter anal interne. Il peut diffuser dans l'espace intersphinctérien/ou la partie basse du sphincter anal externe et constituer une fistule basse. Il peut au contraire diffuser dans l'espace inter sphinctérien et emprunter un trajet traversant la partie haute du sphincter anal externe voire la sangle du muscle puborectal. il s'agit alors d'une fistule haute.

Dans toutes les situations dites classiques (hors maladie de Crohn), le traitement des abcès et des fistules est principalement chirurgical. Il consiste à drainer les collections profondes et à mettre à plat le trajet lorsque la fistule est basse (fistulotomie). Lorsque la fistule est haute, la stratégie chirurgicale est plus complexe pour ne pas trop compromettre la continence de malades.

Fig.23 Orifices externes témoins de processus fistuleux de l'anus



La fistule est souvent indolore dans l'intervalle des rétentions abcédées ; elle peut cependant être la cause d'une gêne locale, d'un suintement ou d'un prurit. Fistules anales et abcès sont deux formes cliniques ou deux périodes évolutives de l'histoire naturelle d'une seule maladie ayant pour origine une infection des glandes anales.

– Proctalgie fugace : la douleur rectale est très intense, à type de crampe, constrictive, souvent nocturne et réveillant le patient. Elle dure en général moins de 10 minutes. On n'en connaît pas la cause.

– Algies anopérinéales : ce sont des douleurs complexes, posturales, en cours de démembrement. Certaines, d'origine neurologique ont été identifiées (douleurs chroniques en position assise prolongée, unilatérales, associées à une hyperesthésie cutanée), d'autres d'origine myofasciale sont en cours de démembrement. Enfin certains troubles de la statique pelvienne (prolapsus) peuvent être responsables de douleurs pelviennes profondes.

5.10. Fécalome

5.10.1. Savoir y penser et faire un toucher rectal dans certaines circonstances favorisantes. En connaître le traitement.

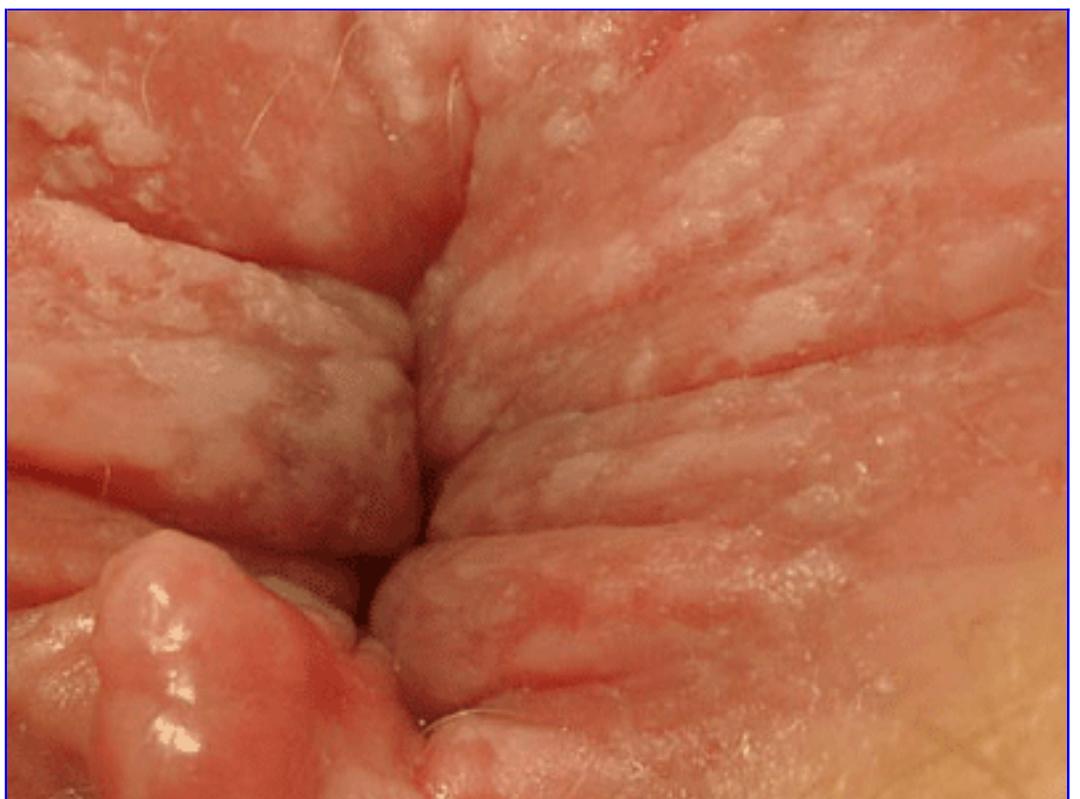
Il se produit chez les sujets âgés, au cours d'affections neurologiques, chez les sujets en décubitus prolongé ou sous médicaments neurotropes. Les signes fonctionnels sont une constipation prolongée, un syndrome subocclusif, une dysurie, une incontinence fécale ou des manifestations douloureuses pelviennes de type « coliques expulsives ». Le diagnostic est habituellement aisé lors du toucher rectal. Le ramollissement du fécalome par des lavements et la fragmentation mécanique au doigt peuvent être complétés par la prise orale de 2 à 3 litres d'une solution de PEG 4000. Il arrive que l'évacuation doive être faite au bloc opératoire sous anesthésie générale.

5.11. Prurit anal

5.11.1. En connaître les symptômes et l'absence habituelle de cause

Le prurit anal est une plainte fréquente, gênant le malade et affectant sa vie sociale. Le besoin de grattage se produit à n'importe quelle heure de la journée, souvent au coucher. Il peut gêner le sommeil ou s'accomplir pendant celui-ci. Le prurit anal est responsable de lésions de grattage qui l'entretiennent (Fig.24 Lésions de grattage). Ces lésions sont à l'origine de taches de sang ou suintements tachant le linge ou le papier-toilette.

Fig.24 Lésions de grattage induisant une dermite érosive



Dans la majorité des cas aucune cause locale ni générale n'est trouvée. Il est de règle d'évoquer une oxyurose et de rechercher les œufs par la méthode du scotch-test. Il arrive aussi que l'anuscopie ou la rectoscopie visualise les vers.

On trouve à l'examen souvent des excoriations, parfois une lichénification sous la forme d'un épaissement cutané blanchâtre de la marge anale (Fig.25 Epaissement blanchâtre des plis radiaux de l'anus).

Fig.25 Epaississement blanchâtre des plis radiés de l'anus dans le cadre d'un processus de lichénification secondaire induit par un prurit.



L'examen proctologique trouve rarement des lésions que le prurit anal peut révéler : fissure ou fistule anales, hémorroïdes procidentes, dermatoses péri-anales (Paget, Bowen, psoriasis) et même un carcinome anal. Le diabète serait un terrain favorisant.

Les causes iatrogènes doivent être recherchées par l'anamnèse : topiques locaux, antibiothérapie per os (béta-lactamines), antimétabolites.

Le traitement comporte toujours des règles hygiéno-diététiques (utilisation d'un savon sans colorant, port de sous-vêtements en coton, papier-toilette doux utilisé par tamponnements plutôt que frottement, régularisation du transit intestinal). Le traitement des lésions comporte, après la toilette et l'essorage, l'application d'une solution aqueuse de fluorescéine à 1 p 1000 et des dermocorticoïdes simples ou associés à un composant antibiotique ou antimycosique selon l'aspect des lésions. Ce traitement doit être poursuivi au moins 15 jours en cas de lésions suintantes. Un sédatif per os peut être un appoint utile.

5.12. Incontinence anale

5.12.1. Connaître l'expression et les causes de l'incontinence anale

Cette infirmité affecte, toutes fréquences et tous modes confondus (gaz et selles liquides ou solides), 11% de la population française de plus de 45 ans. Les malades évitent souvent d'en parler à leur médecin ou la désignent sous le terme de "diarrhée". L'expression peut être celle de la perte incontrôlée de gaz, de selles liquides et/ou de selles solides. Trois types importants de données sémiologiques caractérisent l'expression de l'incontinence : la fréquence des épisodes, le volume des pertes (port de garniture) et le mode de survenue de l'incontinence (incontinence d'impériosité, incontinence passive). Si les causes traumatiques sont souvent évoquées (ruptures sphinctériennes et lésions neurologiques pelviennes induites par les accouchements ou la chirurgie), d'autres mécanismes constituent des causes encore mal documentées ou insuffisamment prises en compte (âge, troubles du transit, médicaments neurotropes, troubles des fonctions intellectuelles supérieures, activité locomotrice réduite). Le retentissement de ce symptôme altère profondément la qualité de vie des malades. L'incontinence ne doit donc pas être vécue comme une fatalité par les malades qui en sont atteints parce que différentes options de traitement peuvent être proposées. Les solutions thérapeutiques actuellement disponibles sont les moyens hygiénodiététiques qui modifient le transit intestinal et les habitudes défécatoires, les techniques de rééducation (biofeedback), les techniques chirurgicales de réparations ou de substitutions sphinctériennes.

5.13. Maladies sexuellement transmissibles

5.13.1. Penser à cette éventualité dans certaines circonstances

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) touchent essentiellement les homosexuels masculins surtout en raison de la multiplicité des partenaires. Il faut systématiquement réaliser des prélèvements devant toute lésion suspecte. Le diagnostic d'une MST bactérienne (gonococcie, chlamydie), virale (papillomatose, herpès) ou parasitaire, et celui d'une poly-contamination, repose sur des examens viro-bactériologiques et parasitologiques à partir de prélèvements intrarectaux ou de selles et/ou des examens sérologiques. Cette attitude systématique est encore plus nécessaire pour les manifestations ano-rectales du SIDA-maladie. Les deux maladies sexuellement transmises les plus fréquentes sont en France, l'herpès (Fig.26 herpès anal) et la papillomatose anale.

Fig.26 L'herpès anal donne rarement un aspect vésiculaire mais plus souvent des ulcérations douloureuses multiples parfois polycycliques.



5.13.2. Reconnaître une papillomatose anale et connaître les principes du traitement

C'est la MST de loin la plus fréquente en France. Elle est due à un virus à ADN. Il existe des contaminations non vénériennes.

La lésion (encore appelée condylome acuminé, verrue vénérienne ou « crête de coq ») siège en muqueuse malpighienne, sur la marge anale et dans le canal anal. Elle est exophytique, unique ou multiple, et faite de petites excroissances rosées ou grisâtres, à crêtes dentelées, localisées ou disséminées de façon symétrique en ailes de papillon (Fig.27 Condylomatose anale). On recherchera des lésions vaginales et du col utérin chez la femme, du gland chez l'homme. Le traitement classique repose sur des méthodes physiques de destruction (caustiques, cryothérapie, électrocoagulation). Les récurrences sont fréquentes et imposent des précautions (rapports protégés, surveillance rapprochée dans l'année qui suit le premier geste thérapeutique). L'imiquimod en application topique à 5% est un traitement prometteur (risque de récurrence sensiblement plus faible qu'avec les méthodes physiques) mais sa tolérance locale est parfois mauvaise.

La survenue de lésions de dysplasie au cours de l'histoire naturelle de condylomes ainsi que la présence de structures virales dans des pathologies tumorales de l'anus (bowen, papulose bowénoïde, carcinome épidermoïde) doivent faire considérer les condylomes anaux comme des conditions précancéreuses.

Fig.27 Condylomatose anale



5.14. Cancer de l'anus

5.14.1. Connaître les circonstances de découverte et la conduite à tenir

Les cancers de l'anus sont dans 70 à 80% des cas des carcinomes épidermoïdes développés à partir de la muqueuse malpighienne, plus rarement des carcinomes cloacogéniques développés à partir de la muqueuse transitionnelle qui recouvre les colonnes de Morgagni. La lésion est souvent typique, tumorale et ulcérée. Il faut aussi y penser devant toute tuméfaction anale, toute fissure de siège ou d'aspect inhabituels et en cas de découverte fortuite d'une adénopathie inguinale. Il est beaucoup plus rare que l'adénocarcinome rectal.

Il affecte plus souvent la femme âgée. Il existe une augmentation de son incidence chez les homosexuels masculins, surtout infectés par le VIH. Le traitement est l'association radio-chimiothérapie, qui permet une guérison dans 60 à 70% des cas. La chirurgie n'est réalisée qu'en cas d'échec de ce traitement ou en cas de récurrence. L'intervention est, dans cette situation, une amputation abdomino-périnéale de l'anus et du rectum avec colostomie définitive.



Objectifs nationaux rédigés par les membres de la collégiale
des universitaires en Hépatogastroentérologie - Version 2006