



L'ABC de la proctologie

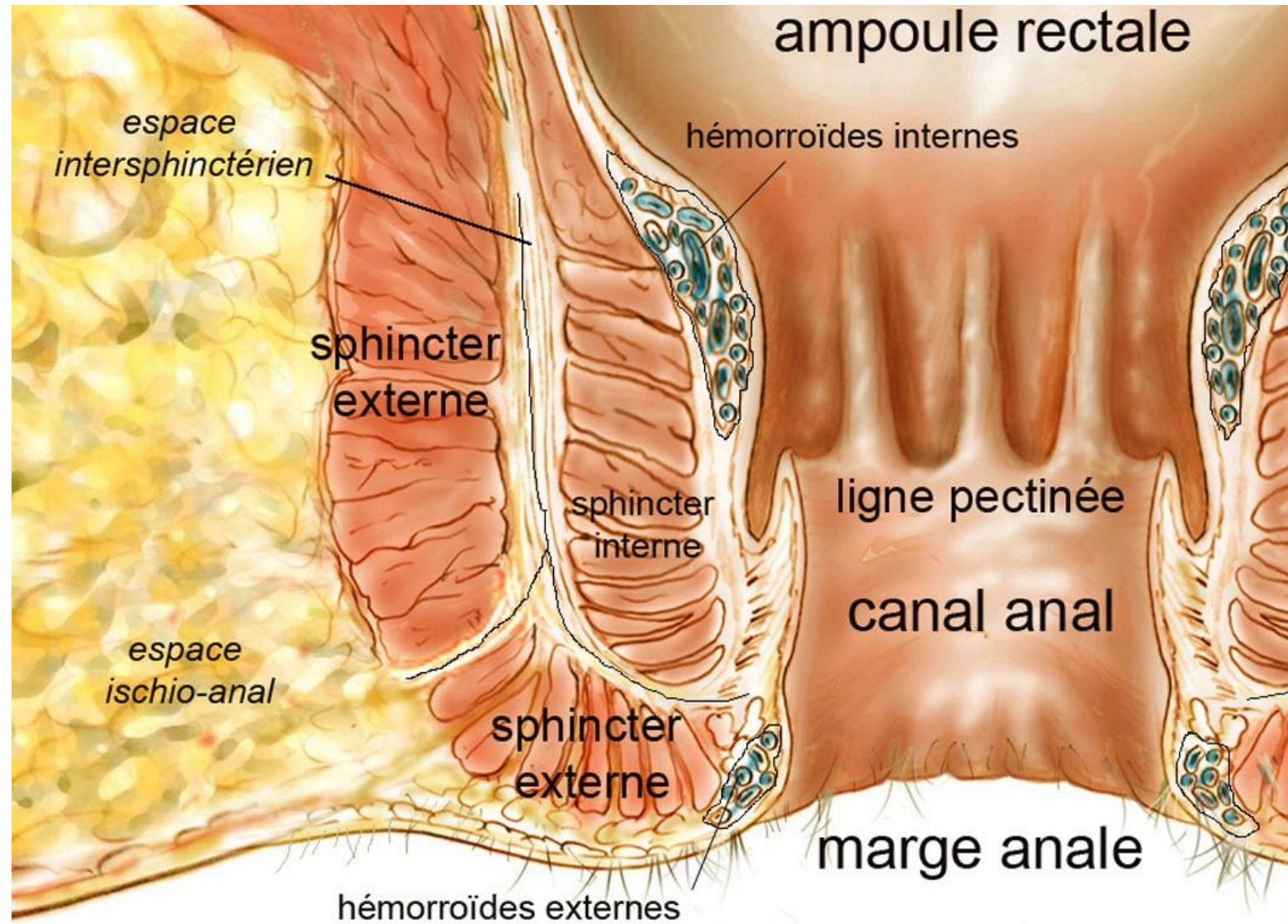
Dr Vinciane Ledouble, Gastro-entérologie

Dr Lauranne Goffioul, Chirurgie abdominale

Affections proctologiques

- _ Motif très fréquent de consultation
- _ Sur échantillon de patients, 40 % des plus de 15 ans ont présenté des symptômes ano-rectaux au cours des 12 derniers mois
- _ Délai moyen de consultation > 2 ans

Anatomie



Symptômes

- Douleurs ≠ Hémorroïdes
- Saignement
- Trouble du transit
- Prurit
- Tuméfaction
- Ecoulement

Interrogatoire

« Douleur aiguë »

- _ Primordial permettant souvent de suspecter un diagnostic
- _ Ancienneté
- _ Horaire et rapport avec le transit
- _ Symptômes associés (rectorragies, tuméfaction, trouble du transit, signes généraux, signes urinaires...)

Examen clinique

- **Inspection et palpation** de la marge anale
- TR et anoscopie : parfois impossible
- Examens complémentaires souvent peu utiles

Examen clinique

- _ Avec douceur
- _ Explications préalables
- _ Position genupectorale ou décubitus latéral gauche



Causes des douleurs anales aiguës

- Maladie hémorroïdaire (Thrombose hémorroïdaire)
- Fissure anale
- Abscès anal
- IST

Maladie hémorroïdaire interne : classification



Stade 1



Stade II



Stade III



Stade IV

Maladie hémorroïdaire : facteurs favorisants

- Troubles du transit
- Grossesse, accouchement
- Facteurs familiaux
- Facteurs mécaniques (vélo, port de charges lourdes...)
- Facteurs irritatifs (alcool, épices....)

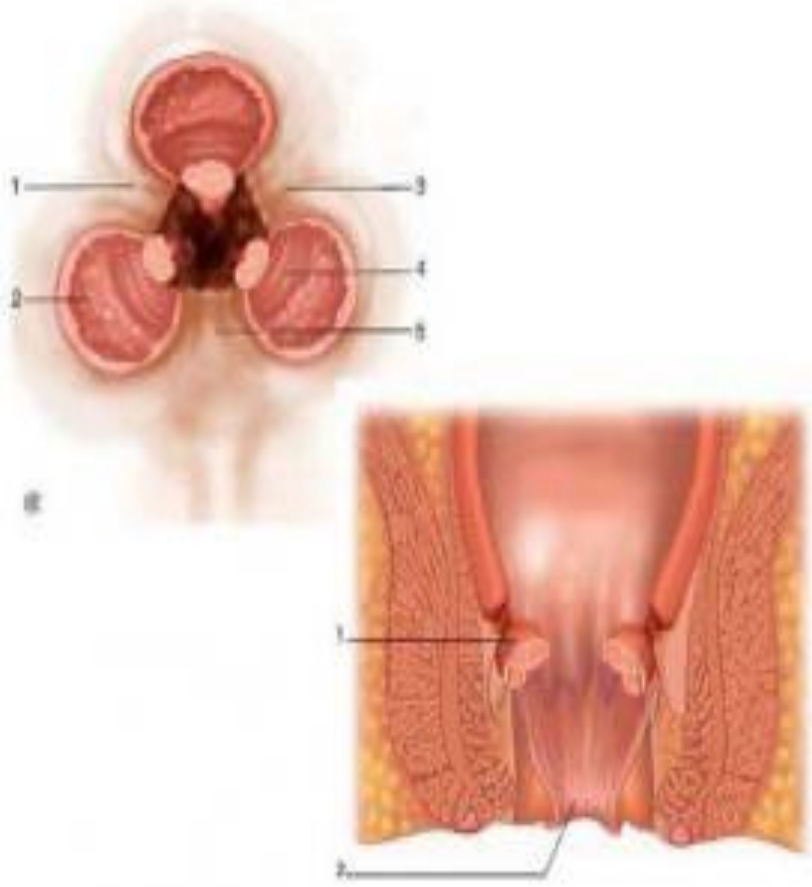
Maladie hémorroïdaire : traitement

- _ Objectif du traitement = soulager les symptômes
- _ Traitements locaux : suppositoires, crèmes, pommades (corticoïdes locaux, anesthésiques, phlébotropes...)
- _ Traitements généraux : régulateurs du transit, phlébotropes, antalgiques (ains, corticoïdes...)
- _ Traitements instrumentaux et chirurgicaux

Traitement chirurgical

- _ Indiqué en cas de grade 3 et 4 ou si échec des thérapeutiques médicamenteuses ou instrumentales (ligatures)
- _ Milligan et Morgan / Laserothérapie ou radiofréquence (THD / Longo à abandonner)

Milligan et Morgan



Milligan et Morgan

- Indiqué si grade 3 et 4, échec d'un autre traitement chirurgical ou prolapsus muco-hémorroïdaire
- Douleurs maximum 15 jours et surtout lors du passage à selles (amélioration grâce au bloc pudendal per-opératoire)
- Saignements en faible quantité jusqu'à 15 jours post-opératoires
- Suintements de liquides malodorants jusqu'à 15 jours post-opératoires
- Traitement post-opératoire : bains de siège, anti-douleurs de palier 1 et 2, AINS et laxatifs
- Cicatrisation minimum 6 semaines et maximum 3 mois
- Récidive rare (<5%)

Milligan et Morgan

- Complications :
 - Saignement immédiat ou à la chute d'escarres (7 à 10j)
 - Retard de cicatrisation (2,7%)
 - Sténose anale (<5%)
 - Incontinence et abcès (rarissime)

Laser

- Bonne indication pour traitement couplé avec MM ou grade 2 avec rectorragies
- Quasi indolore (pallier 1 et AINS)
- Récidive <10% à 1 an
- Très peu de complication
- Satisfaction des patients

HAL (THD) et Longo

- Beaucoup de récidence
- Complications avec morbidité importante
- De moins en moins utilisés

Thrombose hémorroïdaire externe



Tuméfaction ronde

Brutale

Douloureuse



Blanc/rose si œdème

Bleu/violacé si caillot
apparent

Thrombose hémorroïdaire externe

- Evolution spontanément favorable
- Evacuation du caillot ne fait qu'accélérer la disparition des symptômes
- Traitement :
 - Urgences : soulager la douleur
 - Médical : AINS, topiques, laxatifs, éventuellement dérivés morphiniques
 - Chirurgical : incision ou excision si douleur ou gêne importante en l'absence d'oedème



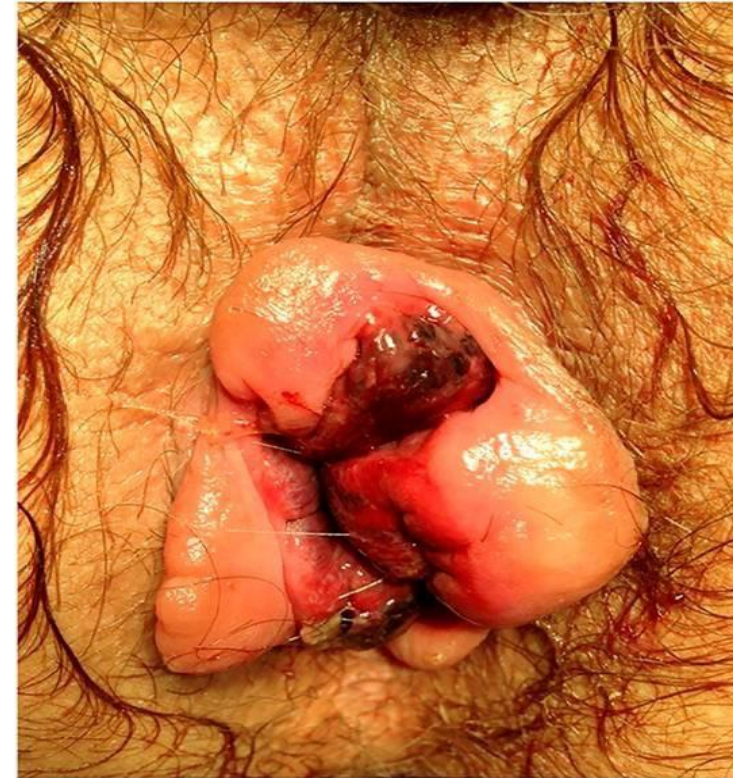
Thrombose hémorroïdaire externe : éléments clés

- _ Ne pas confondre avec un abcès à drainer en urgence
- _ Une thrombose ne persiste pas plusieurs mois (ici carcinome épidermoïde)
- _ Ne pas inciser une thrombose œdémateuse



Cas particulier

Prolapsus hémorroïdaire thrombosé



Ne pas inciser !!!!

Les marisques

- Repli de peau < guérison d'épisodes antérieurs de thrombose hémorroïdaire
- Souple, indolore, non ulcérée
- Souvent asymptomatique
- Parfois gêne fonctionnelle (esthétique, essuyage, prurit)
- Examen proctologique : déplisser la marge anale à la recherche d'une lésion associée
- Exérèse chirurgicale sous anesthésie locale si gênantes



Pièges



Pseudo-molisque inflammatoire



La fissure anale

- Localisation postérieure (90 %)
- Douleur rythmée par la selle (+/- prolongée, en 3 temps) parfois très importante
- +/- sang rouge
- Possible tuméfaction = marisque au pôle externe de la fissure
- Transit souvent ralenti en réflexe à la douleur



La fissure anale

- Prendre son temps, rechercher la fissure en dépliant la marge
- Ne pas insister sur le toucher anal qui est douloureux
- Aucun examen complémentaire
- Diagnostics différentiels : crohn, abcès intramural, cancer, MST, dermatoses...
- Traitements : AINS, antalgiques, laxatifs, pommade cicatrisante, pommade aux dérivés nitrés, chirurgie si échec traitement médical, xylocaïne gel (avant exonération)

L'abcès - Anamnèse

- Douleur d'intensité croissante, non rythmée par les selles, souvent pulsatile et insomniante
- Fièvre inconstante (<20 %)
- Parfois dysurie voir globe vésicale
- Peut se rompre spontanément avec issue de pus +/- sang, et soulagement du malade



L'abcès – Examen clinique

- Tuméfaction rouge, chaude, luisante, parfois rompue avec écoulement ou sur le point de se rompre
- Induration asymétrique
- Si abcès intra-mural du rectum, inspection peut-être normale (important TR)
- Examens complémentaires : aucun en urgence mais parfois examen difficile : exploration au bloc opératoire et traitement
- Us endoscopie et IRM pelvis



L'abcès – Traitement

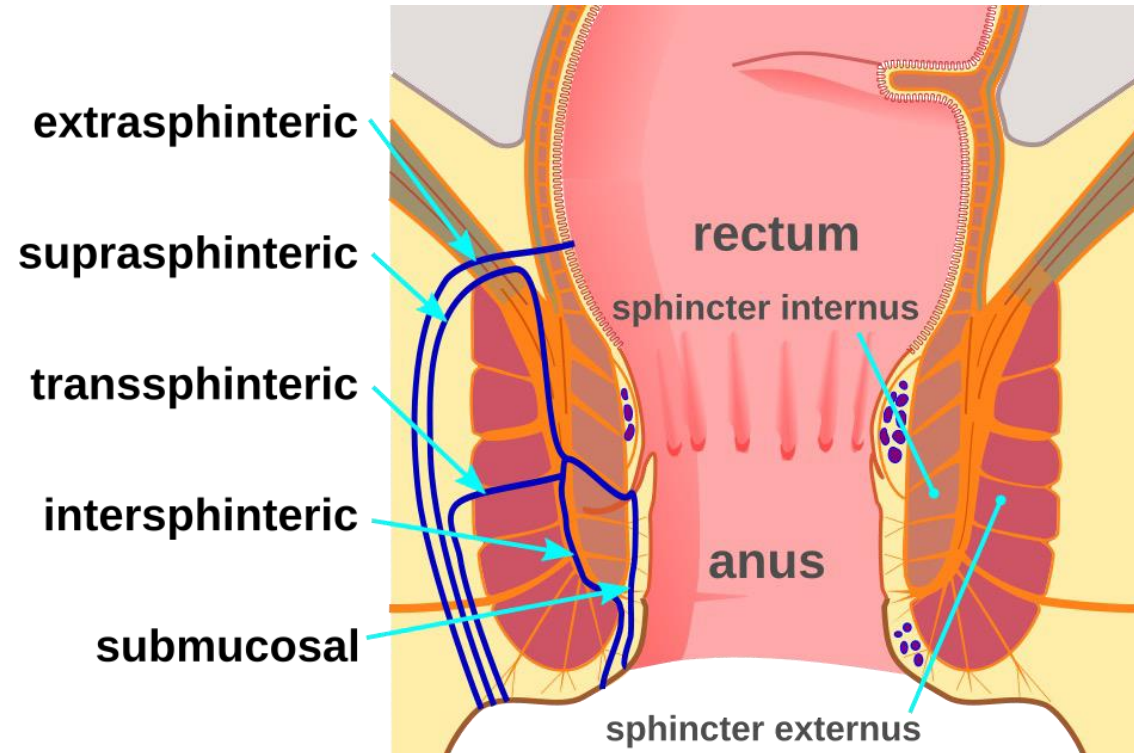
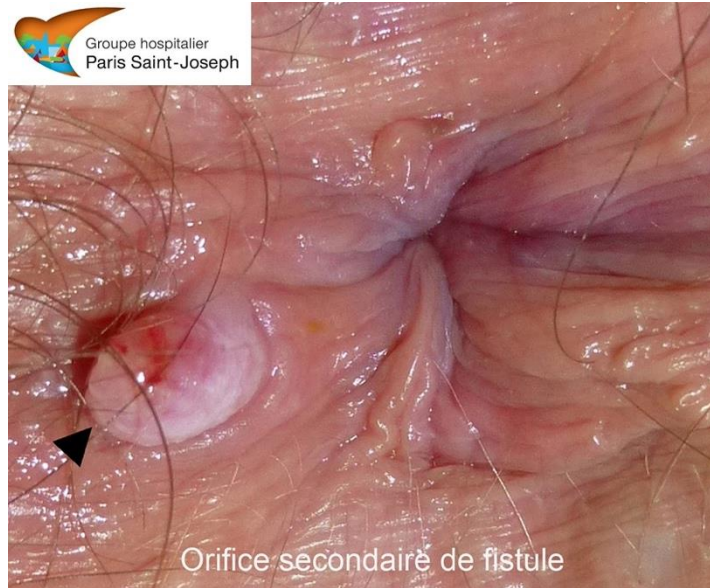
- Urgence drainage
- Pas de traitement AB sans drainage
- Incision en consultation ou drainage chirurgical (à préférer pour exploration anale complémentaire (fistule))
- AB : si inflammation importante autour de la collection ou terrain fragilité (sujet âgé, immunodéprimé, diabétique)

La gangrène de fournier

- Fasciite nécrosante
polymicrobienne => thrombose Vx
ss- cutanés => nécrose
- Terrain de co-morbidités
- Douleurs + état septique sévère
- Urgence, taux de mortalité élevé



La fistule anale

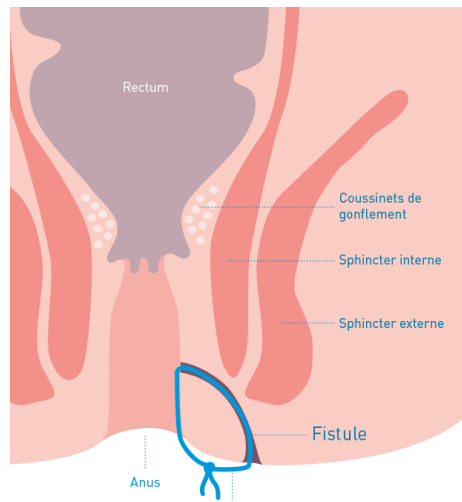


La fistule anale

- Simple ou complexe
- Y penser en cas d'abcès récidivants ou écoulements
- Visualisation d'un orifice externe (bouton qui ne cicatrise pas)
- Cryptogénique
- 20% dans les maladies de Crohn
- Bilan par IRM si complexe ou atypique
- Traitement est CHIRURGICAL

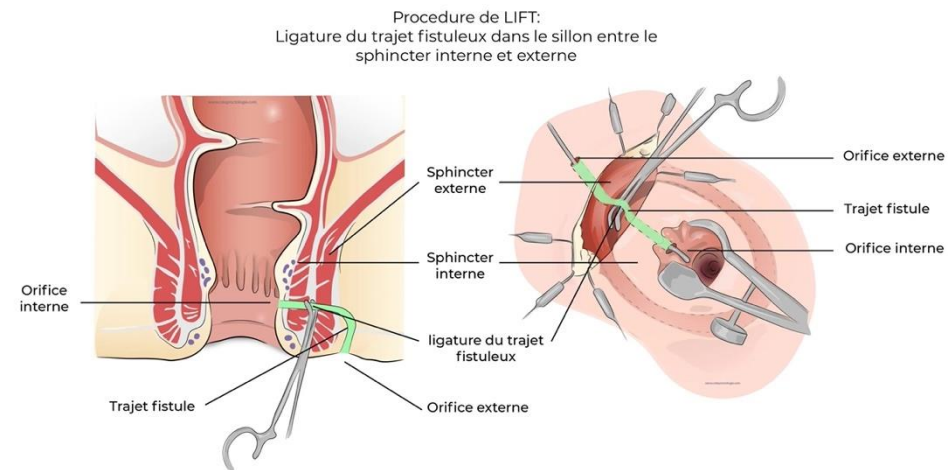
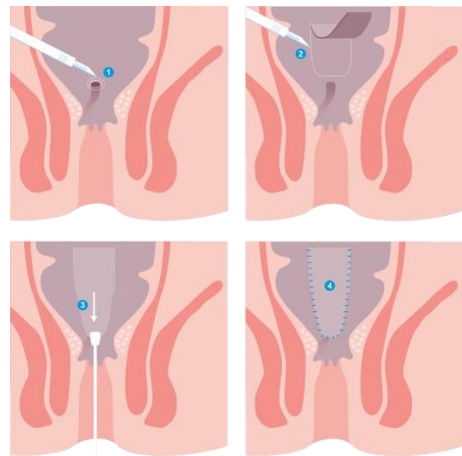
Traitement de la fistule anale

- 1 ou 2 temps
- Mise à plat en 1 temps si sous-sphinctérienne ou trans-sphinctérienne avec $< 1/3$ du sphincter entrepris
- Mise en place d'un seton si complexe, Crohn ou trans-sphinctérienne



Traitement de la fistule anale

- 1 ou 2 temps
- 2e temps (après seton garder +/- 3 mois)
 - LIFT
 - Flap muqueux
 - Mise à plat avec reconstruction sphinctérienne
 - Taux de récurrence 20 à 50%



IST

- _ Peuvent être à l'origine de douleurs anales aiguës voir d'un syndrome rectal
- _ Terrain peut-être évocateur (partenaires multiples, VIH, homosexuels masculins...)
- _ Incidence croissante

Herpès anal

- Primo-infection bruyante : douleurs intenses, syndrome rectal
- Symptomatologie urinaire fébricule
- Examen clinique : érosions péri-anales multiples (vésicules)
Rectite ulcérée
- Récurrences possibles (moins douloureuses)
- Si doute, PCR HSV sur écouvillon antalgiques et valacyclovir



Syphilis ano-rectale

- Ulcération ano-génitale indolore : le chancre (syphilis primaire)
- Transitoire
- Traitement : pénicilline IM
- Suivi sérologique



Chlamydiose rectale

- Syndrome rectal, diarrhées glairo-sanglantes, adénopathies inguinales
- Terrain (MSM et/ou VIH)
- Ecouvillon rectal PCR Chlamydiae
- AB



Gonococcie ano-rectale

- Syndrome rectal (diarrhées, glaires, sang, faux besoins) et/ou abcès de la marge anale
- Ecouvillon rectal : PCR
- AB
- DD Crohn



Condylomes

- Lésions cutanéomuqueuses secondaires à HPV
- Le préservatif ne protège pas
- Terrain
- Traitement médical ou destruction
- Récidives fréquentes
- Prévention : vaccination
- Lésions pré-cancéreuses ou carcinome épidermoïde
- Dépistage gynécologique



IST

- _ Rechercher les autres IST : gonocoque, hépatites, syphilis, HIV (co-infections fréquentes)
- _ Dépistage et traitement des partenaires

Cas particulier : Femme enceinte/allaitante

Le plus souvent : thrombose hémorroïdaire externe voir fissure anale (10 à 15 % en post-partum)

Traitement :

- _ Régulation du transit
- _ Traitements locaux, paracétamol et phlébotropes chez la femme enceinte ou allaitante (www.lecrat.org)
- _ AINS à éviter dès le début de la grossesse et CI à partir de la 24 SA (autorisés pendant l'allaitement)
- _ Corticoïdes PO : cure courte pendant la gestation si thrombose hémorroïdaire oedématisée

Take home message

- THE et fissure = causes les plus fréquentes de douleurs anales aiguës
- Interrogatoire évoque souvent un diagnostic mais examen clinique indispensable
- Examens complémentaires souvent inutiles
- Savoir reconnaître les vraies urgences
- Primum non nocere
- Hémorroïdes = structures anatomiques physiologiques
- Information correcte du patient
- Incidence croissante des IST

Cas clinique n° 1

- _ Patient de 43 ans
- _ Consulte pour rectorragies de sang frais sur le papier depuis 2 – 3 mois, selles glaireuses de temps à autres, pas de douleur
- _ Traités à plusieurs reprises par ligatures élastiques pour hémorroïdes

Cas clinique n° 1

- Complétez l'anamnèse
- Examen clinique
- DD ?
- Vers qui l'envoyer ?

Cas clinique n° 2

- _ Patiente de 31 ans
- _ Accouchement il y a 2 mois
- _ Depuis 2 semaines, douleurs à l'exonération, tuméfaction péri-anale et sang rouge sur le papier

Cas clinique n° 1

- Complétez l'anamnèse
- Examen clinique
- DD ?
- Vers qui l'envoyer ?



Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 23.11.24



MediC+mpta

Bureau Comptable spécialisé
en professions (para)médicales

