



A. HÉMORROÏDES

I. INTRODUCTION

- Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales de la marge anale et du canal anal ; elles sont donc présentes dès la vie embryonnaire chez tous les individus.
- La pathologie hémorroïdaire (synonyme de maladie hémorroïdaire) commence lorsque les hémorroïdes deviennent symptomatiques ou cliniquement parlantes.
- On distingue ainsi selon les hémorroïdes concernées :
 - **La pathologie hémorroïdaire externe** : la thrombose hémorroïdaire.
 - **La pathologie hémorroïdaire interne** : prolapsus et/ou saignement principalement.
- L'examen clinique est suffisant pour le diagnostic d'une pathologie hémorroïdaire et permet généralement d'éliminer les diagnostics différentiels (fissure anale, abcès...). Néanmoins, en cas de saignement, une coloscopie totale sera systématique après 40 ans, afin d'éliminer une pathologie colorectale, en particulier un cancer.
- La pathologie hémorroïdaire est donc représentée par les complications des hémorroïdes.

II. EPIDEMIOLOGIE

- Pathologie fréquente, il existe un pic d'incidence entre 45 et 65 ans, mais la maladie peut se voir à tout âge.
- Facteurs déclenchant et/ou prédisposant : Constipation, diarrhée ou alternance diarrhée-constipation, grossesse et en post partum.

III. DIAGNOSTIC

- Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique :
 - a. Hémorroïdes externes :**
 - La principale complication est **la thrombose** : il s'agit de la formation d'un ou plusieurs caillots, souvent associée à un œdème réactionnel.
 - **Symptômes** : douleur anale aiguë, intense et permanente, non rythmée par la défécation.
 - **Examen proctologique** : tuméfaction ferme, unique ou multiple, bleutée, douloureuse.
 - b. Hémorroïdes internes :**
 - **Les saignements (rectorragies)** : il s'agit de sang rouge vif, indolore, survenant pendant ou juste après la défécation, au goutte à goutte et/ou tachant le papier à l'essuyage. Le saignement s'arrête spontanément dans l'immense majorité des cas. Très rarement peuvent être responsable d'une anémie chronique.
 - **Le prolapsus** : correspond à l'extériorisation des hémorroïdes internes à travers l'orifice anal. Il peut être limité à un seul paquet hémorroïdaire ou circonférentiel intéressant les 3 paquets.
 - **Symptômes** : sensation de grosseur ou de boule, plus rarement suintement et/ou prurit anal.
- **La maladie hémorroïdaire en 4 stades :**
 - **S1** : hémorroïdes internes congestives / hémorragiques, non prolabées.
 - **S2** : HI se prolabant aux efforts de poussée, se réintégrant spontanément après l'effort de poussée.
 - **S3** : HI se prolabant aux efforts de poussée et réintégrant manuellement.
 - **S4** : HI prolabées en permanence, sans réintégration possible.

▪ **Autre manifestation clinique :**

- La thrombose hémorroïdaire interne : elle peut être limitée à un seul paquet ou plus, elle est souvent extériorisée, on parle parfois d'un étranglement hémorroïdaire, se manifestant par des douleurs très intenses et un suintement hémorragique.
- L'examen clinique retrouve une poly thrombose interne prolapsée associée à une réaction œdémateuse.
- Examens complémentaires : Le toucher rectal, anoscopie et l'examen sous anesthésie générale permettent le diagnostic.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Le cancer colorectal surtout après l'âge de 40 ans (intérêt d'une coloscopie).
- Un abcès anal.
- Une fissure anale.
- Un prolapsus rectal.

V. TRAITEMENT

- **Traitement médical :**
 - Antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes.
 - Régulateurs du transit (les laxatifs pour la constipation).
 - Des topiques en crème, pommade ou suppositoires qui ont un effet adjuvant antalgique/anti-inflammatoire, les veinotoniques.
- **Traitement instrumental :**
 - La ligature élastique.
 - La photocoagulation.
 - Injection des produits sclérosants.
- **Traitement chirurgical :** en cas d'échec des traitements instrumentaux et médicaux.

B. FISSURE ANALE

I. INTRODUCTION

- C'est un motif très fréquent de consultation en proctologie.
- C'est une affection sans gravité mais avec des diagnostics différentiels qui doivent être connus.

II. CLINIQUE

- Le diagnostic est facilement évoqué devant la triade suivante :
 - **Ulcération épithéliale :** (= la fissure elle-même) en forme de raquette, à la partie basse du canal anal, postérieure dans 75% des cas, plus rarement antérieure ou bipolaire (antérieure et postérieure).
 - **Sphincter interne contracté au repos** → hypertonie du sphincter (responsable de la douleur).
 - **Douleur typique en 3 temps (qu'on appelle le syndrome fissuraire) :**
 - ✓ Déclenchée par le passage des selles.
 - ✓ Rémission transitoire de quelques secondes à quelques minutes.
 - ✓ Reprise douloureuse de façon plus ou moins prolongée.
 - Des saignements de sang rouge peuvent être associés, surtout à l'essuyage.
- En cas de clinique non typique (fissure indolore, latérale, absence de contracture sphinctérienne...), il faut évoquer les diagnostics différentiels.

III. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Ulcération de la maladie de Crohn.
- Carcinome épidermoïde de l'anus, ou beaucoup plus rarement hémopathie maligne.
- Infection sexuellement transmissible : syphilis, VIH, tuberculose, chlamydiae, herpès simplex...
- Traumatisme (selon l'interrogatoire).
- Séquelle de radiothérapie (selon l'interrogatoire).

IV. EVOLUTION

- L'évolution d'une fissure peut se faire vers la cicatrisation spontanée mais avec un risque de récurrence.
- Elle peut également devenir chronique avec apparition d'une fibrose autour de la fissure.
- L'infection de la fissure est rare (= fistule alors inter-sphinctérienne).

V. TRAITEMENT

- **Le traitement médical :**
 - Régulation du transit :
 - ✓ Alimentation riche en fibres.
 - ✓ Laxatifs
 - Antalgiques.
 - Anti-inflammatoires à action topique : crème et/ou suppositoire.
 - Il permet d'obtenir une cicatrisation dans 20 à 80% des cas.
- **Le traitement chirurgical :** est le traitement le plus efficace en cas d'une fissure chronique et en cas d'échec du trt médical.

C. ABCES ET FISTULES ANALES

- Les fistules anales représentent la principale cause des abcès ano-périnéaux.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

- L'origine des fistules provient des glandes d'Hermann et Defosses situées au niveau de la ligne pectinée.
- Leur infection forme un petit abcès, toujours inter-sphinctérien au départ et qui peut secondairement diffuser :
 - **Vers le haut** = abcès intra-mural du bas rectum.
 - **Vers le bas** = abcès ano-périnéal, avec ouverture à la peau péri-anale d'un orifice secondaire.
- Les fistules anales ont donc toujours une origine inter-sphinctérienne avec un orifice primaire intra-canaulaire, dont la méconnaissance entraîne la récurrence.
- Les trajets fistuleux peuvent être beaucoup plus complexes (multiples, en fer à cheval...), notamment en cas de maladie de Crohn.

II. DIAGNOSTIC

- La symptomatologie est très différente selon le stade.
- **a. Le stade abcédé :**
 - Les douleurs sont souvent majeures, non rythmées par les selles, pulsatiles et possiblement insomniantes.
 - La fièvre (20 % des patients).
 - Une dysurie, un globe vésical réactionnels.

- **L'examen proctologique** : objective l'abcès (rouge, chaud, luisant) situé au niveau de la marge anale ou plus latéralement au niveau de la fosse ischio-rectale, avec parfois un orifice secondaire visible et issue de pus. La palpation est très douloureuse. Le plus souvent, l'orifice primaire n'est pas vu et le toucher rectal ou l'anuscopie sont difficiles ou impossibles du fait de la douleur.
- Dans de rares cas, l'abcès est uniquement intra-mural et l'inspection du périnée est normale. L'abcès est alors palpé au toucher rectal. Au stade d'abcès, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

b. Stade de fistule chronique :

- Abscess de la marge anale avec issue de pus par l'anus. Il survient lorsque la fistule est toujours présente : après drainage chirurgical de l'abcès ou surtout en cas d'évacuation spontanée de l'abcès. (Stade fréquent, certaines fistules ne s'abcèdent pas et le patient est vu avec un écoulement non douloureux).
- Au stade de fistule chronique les examens demandés :
 - L'échographie endoanale.
 - L'IRM pelvienne : une analyse morphologique : trajet(s) fistuleux ? Abscess ? Hauteur par rapport au sphincter...
 - Rectoscopie.

III. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Toutes les autres suppurations dont l'origine n'est pas au niveau d'une glande d'Hermann et Desfosses :
 - Lésions suppurées de la maladie de Crohn.
 - Cancer à forme fistuleuse.
 - Fistules recto-vaginal.
 - Fissures infectées.
 - Maladie de Verneuil.
 - Sinus pilonidal.

IV. TRAITEMENT

- Les antalgiques.
- Les antibiotiques peu efficaces et ne sont pas indiqués.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués car ils favorisent les formes graves.
- La chirurgie : Incision de l'abcès et résections des trajets fistuleux.