

# Pathologie bénigne anorectale

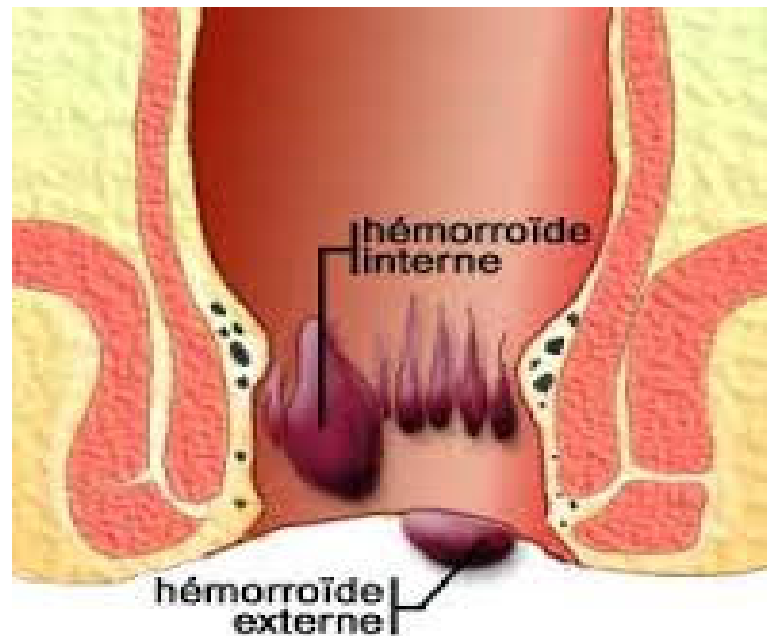
## PROCTOLOGIE

- Connue depuis l'antiquité.
- Progrès thérapeutiques.
- Meilleure connaissance de l'Anatomie.
- Retard dg : Négligence / tabou

### *Trois pathologies essentielles :*

- ☐ La maladie hémorroïdaire.
- ☐ Les abcès et fistules anales.
- ☐ La fissure anale.

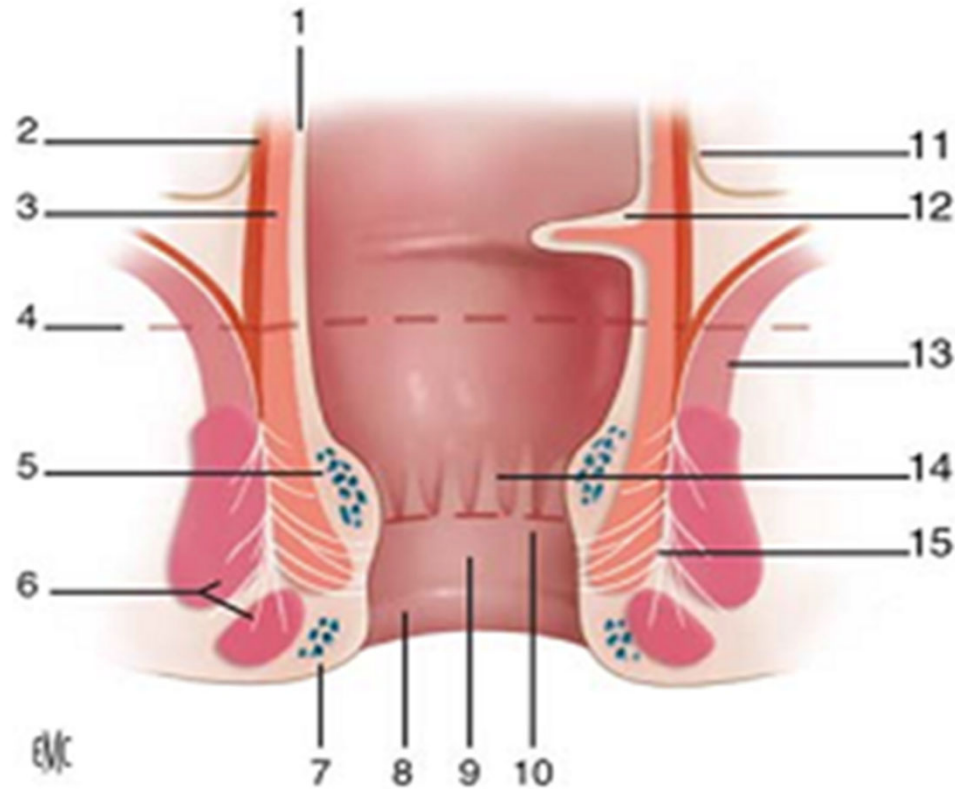
# ***MALADIE HEMORROÏDAIRE***



## ***I - GENERALITES :***

- Formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu.
- Apparition de manifestations cliniques = maladie hémorroïdaire.
- Pas de symptomatologie hémorroïdaire spécifique
- Fréquence: homme = femme.
- Diagnostic d'hémorroïdes = Dg d'exclusion.
- Age: 3<sup>ème</sup> décade / maximum: 40-65 ans

## *II - ANATOMIE 1*



### Anatomie du canal anal :

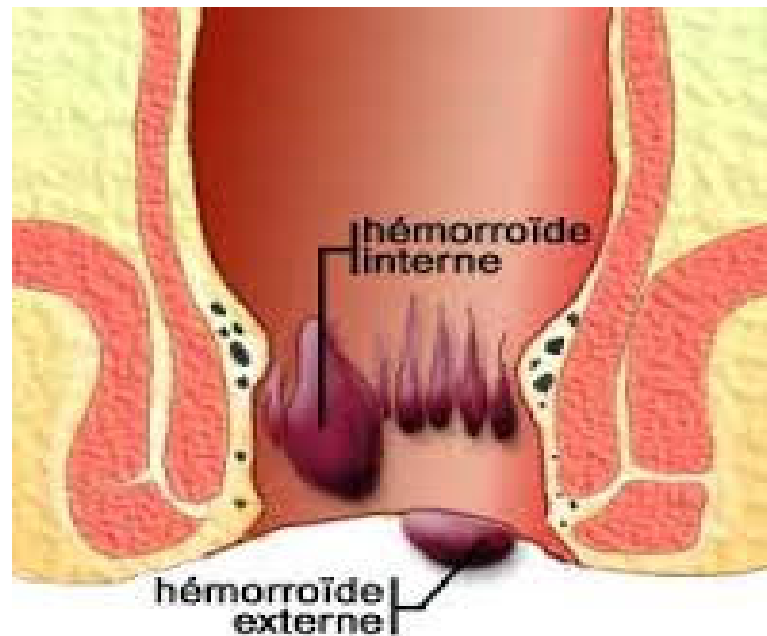
1. Muqueuse ; 2. muscle longitudinal ; 3. muscle circulaire ;  
4. faisceau musculaire longitudinal ; 5. Plexus hémorroïdaire interne ;  
6. sphincter externe ; 7. plexus hémorroïdaire externe ; 8. zone cutanée lisse ;  
9. pecten ; 10. ligne pectinée ; 11. péritoine ; 12. valvule de Houston ;  
13. releveur de l'anus ; 14. colonnes de Morgagni ;  
15. ligament de Parks et sphincter interne.

## ***II - ANATOMIE 2***

On distingue :

- **le réseau hémorroïdaire externe** situé sous la ligne pectinée, sous cutané.
  - **le réseau hémorroïdaire interne** situé dans la partie haute du canal anal, au-dessus de la ligne pectinée.
- contribuent à la continence anale « fine » (discrimination selles/gaz et solide/liquide).
  - disposés en trois paquets correspondant aux trois branches de l'artère hémorroïdale supérieure , formant des renflements dans le canal anal appelés « coussinets de Thomson » .

# ***MALADIE HEMORROÏDAIRE***



### ***III - PHYSIOPATHOLOGIE :***

#### **➤ \_FACTEURS MÉCANIQUES :**

Relâchement de l'appareil musculoligamentaire de suspension : 

Glissement des plexus hémorroïdaires vers le bas au cours des efforts défécatoires.

Rupture du ligament de Parks  prolapsus hémorroïdaire permanent.

L'érosion de leur surface est responsable des manifestations hémorragiques.

#### **➤ FACTEURS VASCULAIRES :**

Augmentation de la pression au niveau des coussinets de Thomson associée à des modifications anatomiques vasculaires .



Augmentation de la pression de repos du canal anal sans hypertonie sphinctérienne.



## ***IV - FACTEURS DE RISQUES :***

- Facteur Héritaire
- Constipation.
- Épisodes de la vie génitale chez la femme :  
crises hémorroïdaires prémenstruelles, de la grossesse et du postpartum
- Habitudes hygiéno-diététiques :  
alcool, café, tabac, épices
- Stress.

# ***V – DIAGNOSTIC 1***

## **A - MANIFESTATIONS CLINIQUES :**

### **1- Douleur anale :**

permanente, à type de pesanteur, accompagnée d'un prurit.

### **2 - Rectorragies :**

Survenant typiquement après la défécation, d'importance variable : traces , goutte à goutte. Elles peuvent entraîner une anémie ferriprive si répétées et +++ .

**Il ne faut rattacher les rectorragies aux hémorroïdes qu'après avoir éliminé une cause haute par une coloscopie.**

### **3 - Prolapsus :**

C'est l'extériorisation des hémorroïdes internes en dehors de l'orifice anal. Son évolution est progressive. Il peut être spontanément réductible ou nécessiter une réintégration digitale.



Prolapsus hémorroïdaire  
circulaire



Prolapsus du rectum

## ***V – DIAGNOSTIC 2***

### **A - AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES :**

#### **- Crise fluxionnaire :**

Poussée congestive / excès de table / des troubles intestinaux ou pendant les règles .  
Elle se traduit par une sensation de pesanteur, de tension douloureuse rythmée par la défécation .

#### **- Thrombose hémorroïdaire :**

Se caractérise par la formation, au niveau des hémorroïdes de caillots sanguins . Il existe 2 types :

##### **a- Thrombose interne** : peut être :

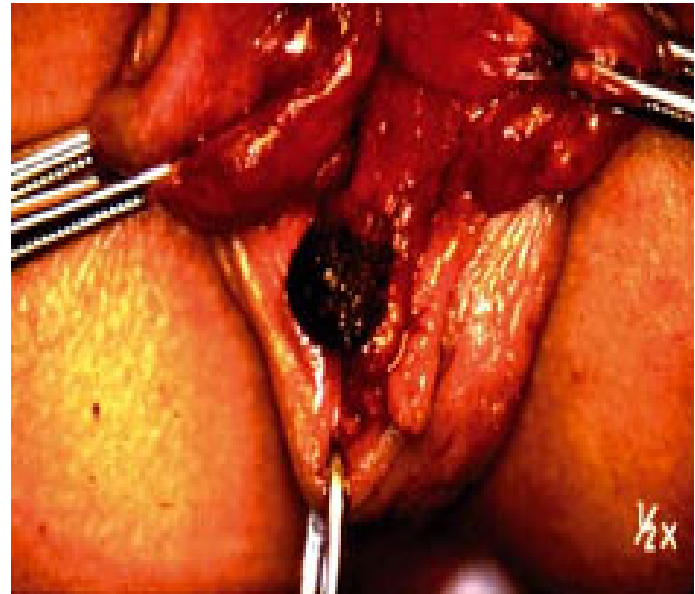
- extériorisée : douleur associée à un prolapsus tendu irréductible. L'évolution peut se faire vers le sphacèle ou vers la régression lente .
- non extériorisée : rare, elle se manifeste par une douleur vive, permanente, intra canalaire. Le TR la perçoit sous la forme d'une petite masse arrondie, dure, douloureuse, bleutée à l'anuscopie.

##### **b- Thrombose externe** :

Petite tuméfaction bleutée, dure, douloureuse, souvent unique, située sous la peau de la marge anale.  
L'évolution : nécrose ou résorption du caillot laissant un repli cutané vide mou appelé « marisque ».



Thrombose hémorroïdaire interne extériorisée



Thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée



Thrombose hémorroïdaire externe

## ***VI – EXAMEN PROCTOLOGIQUE :***

***1- Inspection de la marge anale :*** réalisée en écartant soigneusement les plis radiés sous un bon éclairage .Elle recherchera une dermite, une thrombose, des marisques, un prolapsus permanent ou à l'effort.

***2 - Toucher rectal :*** doux et progressif, il apprécie la tonicité sphinctérienne, recherche une douleur localisée, une papille hypertrophiée, une lésion associée (tumeur rectale +++). Parfois sous anesthésie locale.

***3 - Anuscopie :*** apprécie l'état des hémorroïdes internes . Elle permet de rechercher d'autres lésions intra canalaies. Difficilement réalisable en période aigüe.

## ***V II– DEMARCHE DIAGNOSTIQUE***

### **C - RECTOSCOPIE :**

Systématique à la recherche d'une autre cause des rectorragies (tumeur +++).  
Dans certains cas, le bilan impose une coloscopie totale.

### **D - CLASSIFICATION :**

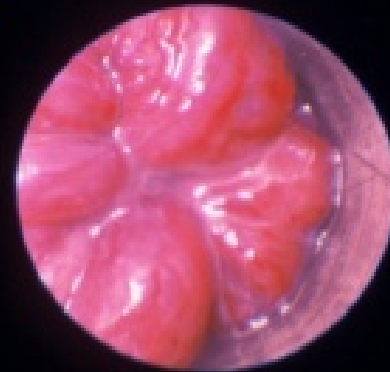
- Stade I : Hémorroïdes non procidentes se manifestant par des rectorragies et une poussée congestive.
- Stade II : Hémorroïdes prolabées à l'effort (exonération) spontanément réductibles.
- Stade III : Hémorroïdes prolabées à l'effort, nécessitant une réintroduction manuelle.
- Stade IV : Hémorroïdes prolabées en permanence, non réductibles.

# MALADIE HÉMORROÏDAIRE INTERNE

Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4





## ***VIII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :***

Le diagnostic d'hémorroïdes doit être un **diagnostic d'exclusion**.

- ***Rectorragies*** : éliminer une pathologie colorectale, en particulier le cancer / TR et coloscopie .
- ***Douleurs*** : abcès, fissure anale, anite érosive.
- ***Prolapsus hémorroïdaire*** : prolapsus du rectum, extériorisation d'une tumeur rectale bas située.

## ***IX – TRAITEMENT 1***

### **A - MEDICAL :**

**1 - Règles diététiques :** l'éviction des épices, de l'alcool, du tabac et du café. Aucune base scientifique ??

**2 - Régularisation du transit :** prescription d'un mucilage et/ou augmentation de la ration quotidienne en fibres alimentaires .

**3 - Topiques locaux :** crèmes et suppositoires ( douleur )

**4 - Veinotoniques :** dans les manifestations aiguës de la maladie (diosmine, ginkgo-biloba, troxérutine.)

**5 - Antalgiques :** douleurs des thromboses hémorroïdaires.

**6 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens :** action antalgique et antioœdémateuse.

## ***IX – TRAITEMENT 2***

### **B - INSTRUMENTAL :**

Son but est d'induire une fibrose cicatricielle permettant d'améliorer l'amarrage des plexus hémorroïdaires (hémorroïdes internes) au sphincter interne.

Les trois principaux traitements instrumentaux utilisés sont :

- \* Injections sclérosantes.
- \* Photocoagulation infrarouge
- \* Ligature élastique

## ***IX - TRAITEMENT 3***

### **C - CHIRURGICAL :**

#### ***1 - Gestes portant sur le tissu hémorroïdaire :***

L'intervention de Milligan et Morgan 1937 est une hémorroïdectomie pédiculaire qui consiste à ligaturer les trois branches de l'artère hémorroïdale supérieure, après avoir excisé les trois paquets hémorroïdaires correspondants, les plaies sont laissées ouvertes et cicatrisent en 4 à 6 semaines.

#### ***2 - Gestes visant à réduire le prolapsus et à traiter la composante vasculaire :***

C'est l'hémorroïdopexie par agrafage circulaire ou technique dite « de Longo » .

## ***IX - TRAITEMENT 4***

### **D - INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

#### ***1 - Thromboses :***

- thrombose externe, unique et non œdémateuse : excision sous anest. locale.
- thromboses très douloureuses ou œdémateuses : AINS

Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé : Trt médical.  
Thromboses récidivantes : chirurgie

#### ***2 - Autres manifestations de la maladie hémorroïdaire :***

- Stades I à III : la régularisation du transit et le traitement instrumental sont indiqués en première intention, la chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec.
- Stades IV et anémies d'origine hémorroïdaire : chirurgie d'emblée

## ***X- CONCLUSION :***

- La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente d'expression clinique variée.
- Les principaux facteurs de risque sont les troubles du transit et les épisodes de la vie génitale féminine.
- La plupart des malades sont traités / médical et instrumental .  
un malade sur dix nécessitera une intervention chirurgicale.

# **ABCES ET FISTULES ANALES**



## ***I – GENERALITES :***

- La F. A première cause de suppuration anopérinéale, résulte de l'infection par des germes intestinaux de la glande d'Hermann et Desfosses.
- Elle se caractérise par un orifice interne canalaire, un trajet fistuleux et un orifice externe.
- Le sex-ratio est de 3H / 1F. 30 Age 50 ans.



## ***II - DIAGNOSTIC 1 :***

2 stades :

### **A - STADE INITIAL D'ABCES :**

#### **1 - Symptômes :**

- ***Douleur anorectale*** : **++++** d'apparition récente, d'intensité croissante, insomniant, pulsatile et extensive, sans rapport avec la défécation.
- ***Syndrome infectieux*** : fièvre - frissons.

#### **2 - Interrogatoire :**

Recherche : R.C.H / Crohn . diabète, SIDA . / terrain immunodéprimé

#### **3 - Examen proctologique :**

- Recherche la collection par palpation de la marge anale et des fosses ischiorectales.
- Le TR recherche une dépression évoquant l'orifice primaire, puis une induration localisée évoquant l'abcès intramural anorectal.

## **II - DIAGNOSTIC 2 :**

### **B - STADE SECONDAIRE DE FISTULE CONSTITUEE :**

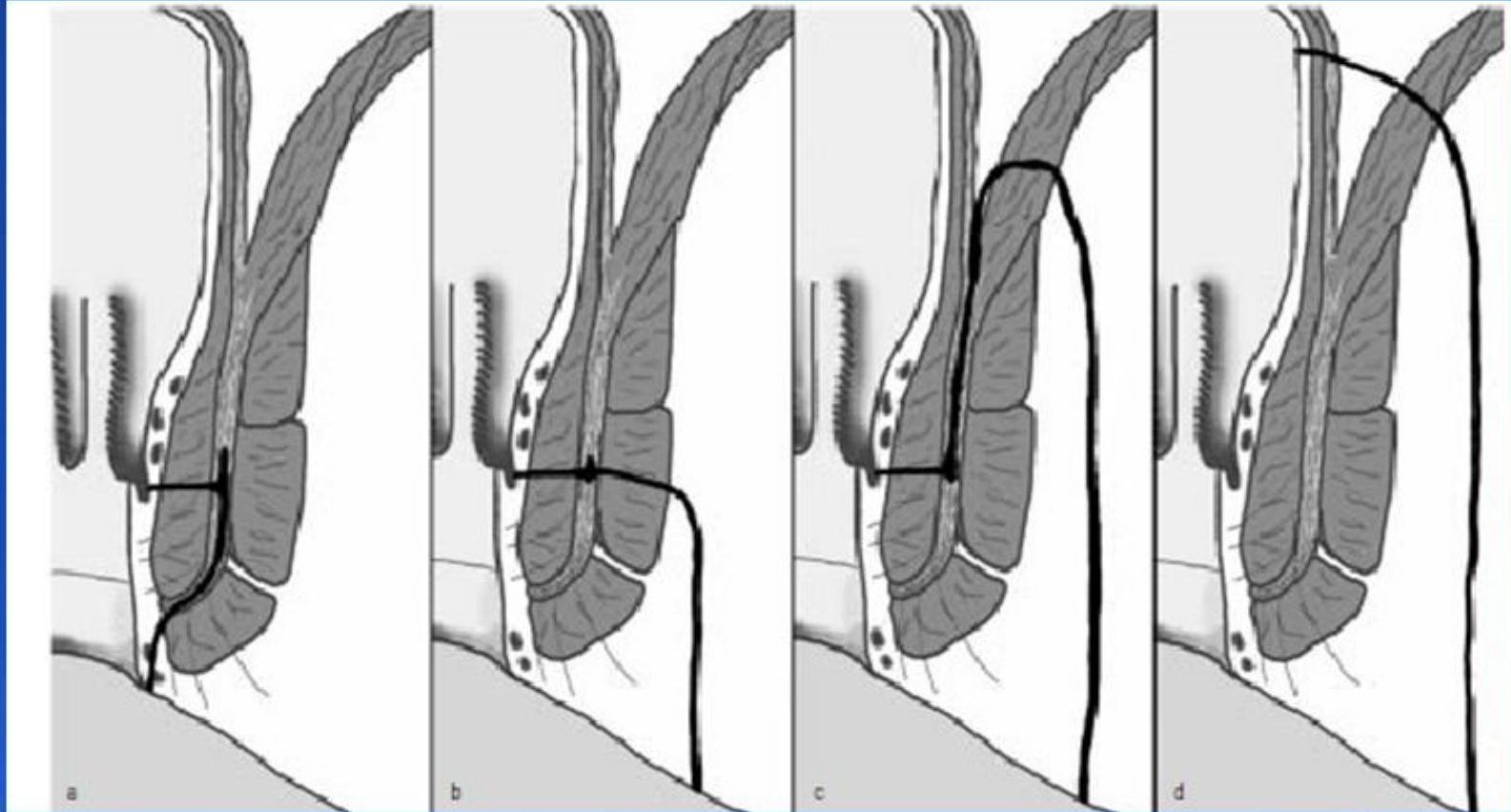
- Ecoulement purulent chronique de la région anopérinéale.
- L'anamnèse retrouve, a posteriori, le stade d'abcès initial.
- L'orifice secondaire est visible et suintant au niveau de la marge anale.

### ***III - CLASSIFICATION :***

Classification de Parks basée sur les rapports du trajet avec le sphincter externe ; on distingue :

- 1 - Les fistules anales intersphinctériennes : 45 %.**
  - 2 - Les fistules anales transsphinctériennes : 30 %.**
  - 3 - Les fistules anales suprasphinctériennes : 20 % .**
  - 4 - Les fistules anales extrasphinctériennes : 5 % .**
- Les fistules intersphinctériennes et transsphinctériennes inférieures sont basses, leur prise en charge est généralement simple et compromet peu la continence.
  - Les autres fistules sont hautes et font partie des fistules complexes, dont la mise à plat en un temps peut compromettre la continence.
  - La fistule en « fer à cheval » est secondaire à un passage controlatéral de la suppuration.

## Classification de Parks



(a) Fistule inter-sphinctérienne (b) Fistule trans-sphinctérienne (c) Fistule supra-sphinctérienne (d) Fistule extra-sphinctérienne.

Les trois premiers types sont originaires d'une crypte et sont décrits en fonction de leur rapport avec le sphincter externe. Le type 4 ne provient pas d'une crypte.



Orifice externe de fistule anale

## ***IV - IMAGERIE :***

### **A - ÉCHOGRAPHIE ENDOANALE :**

Elle permet une reconstruction dans l'espace des trajets fistuleux, de leur extension et des lésions sphinctériennes associées.

### **B - IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE ANOPERINEALE :**

C'est une technique indolore et non invasive qui permet un diagnostic topographique des fistules anales.

# ***V - TRAITEMENT :***

## **A - MEDICAL :**

Antibiothérapie chez les patients diabétiques, immunodéprimés.

## **B - CHIRURGICAL :** c'est le seul traitement curatif d'une fistule anale.

### **1 - Phase d'abcédation :**

Incision et évacuation de l'abcès avec prélèvement de pus à visée bactériologique.

### **2 - Phase de fistulisation :**

- Identification et drainage du trajet fistuleux principal et de ses diverticules.
- Traitement de la fistule .

# **FISSURE ANALE**





## ***I - GENERALITES :***

- La fissure anale est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal.
- De forme ovalaire ou en « raquette » ; elle est localisée au niveau d'une commissure de la marge anale ou à sa proximité immédiate ; elle est postérieure dans 73,5 % des cas, antérieure dans seulement 16,5 % (femme +++ ) et rarement bipolaire (2,6 %).
- Sa prévalence est la même dans les deux sexes, elle est élevée chez l'adulte jeune ou d'âge moyen (36–39 ans)

## **II - EVOLUTION :**

- Son évolution est imprévisible, capricieuse, et récidivante. Les phénomènes locaux, inflammatoires, infectieux et scléreux, modifient son aspect pour former une marisque. Le fond se creuse mettant à nu le sphincter interne .La fissure passe à la chronicité en 8 à 12 semaines



Fissure anale typique au pôle postérieur de l'anus



Fissure chronique avec marisque

### ***III - PHYSIOPATHOLOGIE :***

Plusieurs mécanismes :

- ***Composante mécanique :***

trouble du transit (selle dure)

effort d'expulsion lors de l'accouchement.

- ***Composante vasculaire :***

ischémie dermique .

## ***IV - DIAGNOSTIC 1***

### **A- CLINIQUE :**

**1 - Douleur anale :** à type de déchirure / brûlure rythmée par la défécation , intense. Elle persiste après la défécation ou reprend après une accalmie transitoire (douleur en deux temps) avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante.

Cette chronologie spécifique évoque le Dc .

**2 - Constipation :** parfois recherchée par le patient qui craint les défécations.

**3 - Autres signes :** saignement / suintement / prurit .

## ***IV - DIAGNOSTIC 2***

### **B - EXAMEN PROCTOLOGIQUE :**

Réalisé sous anesthésie locale, il recherchera :

#### ***1 - La fissure :***

- L'inspection après déplissement des plis radiés constate une ulcération en raquette de siège souvent commissural postérieur de 7 à 8 mm /3 mm.
- Dans la fissure jeune l'ulcération est superficielle, alors que dans la fissure chronique l'ulcération est profonde masquée par le capuchon mariscal .

#### ***2 - La contracture :***

- Conséquence de l'hypertonie spastique du sphincter interne.

## ***V - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :***

### **A - ASPECT PSEUDOFISSURAIRE :**

Maladie de Crohn, cancer épidermoïde à forme fissuraire, sténose fissurée.

### **B - ASPECT D'ULCERATIONS :**

Herpès anal, syphilis (chancre), ulcération liée au VIH, médicamenteuse (nicorandil, isotrétinoïne), ulcération liée au CMV, tuberculose anale.

## ***VI - TRAITEMENT :***

### **A - MEDICAL :**

- Règles hygiéno-diététiques.
- Régulateurs du transit : Laxatifs.
- Pommades associant des anesthésiques locaux et de l'hydrocortisone.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens, paracétamol : levée du spasme douloureux.

### **B - TRAITEMENT CHIMIQUE :**

Obtenir une relaxation du sphincter interne afin d'améliorer la perfusion sanguine anodermique :

- Dérivés nitrés : nitroglycérine, trinitrine et isorbide dinitrate en application locale.
- Inhibiteurs des canaux calciques.
- Injection de toxine botulique.

### **C - TRAITEMENT CHIRURGICAL :**

Sphinctérotomie latérale interne : technique de référence.