

PATHOLOGIE ANALES NON TUMORALE

DR BENAZZA
DR YAHLA

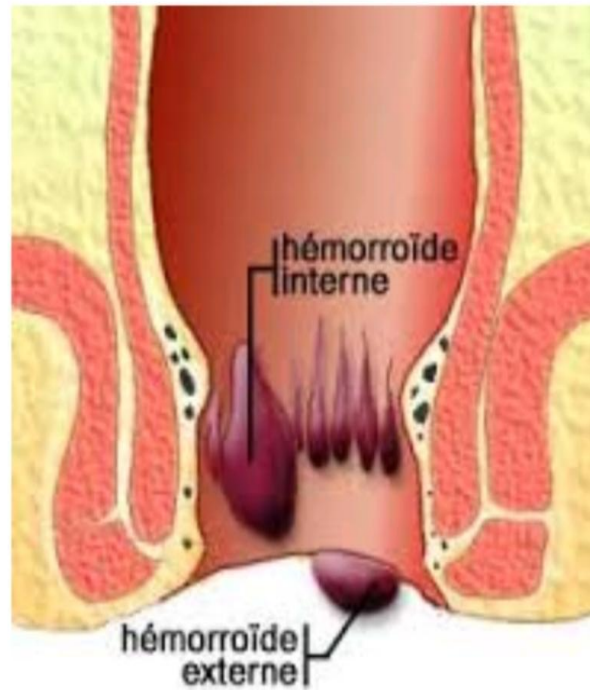
2024-2025

A-INTRODUCTION :

cette pathologie tire son intérêt :

- De son extrême fréquence
- Connu depuis la haute antiquité
- Progrès thérapeutique
- regroupe 3 pathologies anales majeures :
 - la maladie Hémorroïdaire
 - la Fissure anale
 - les abcès et fistules anale

MALADIE HÉMORROÏDAIRE



I- INTRODUCTION

➤ sont des structures anatomiques normalement présentes chez tout individu sain

➤ Elles s'organise en :

Plexus hémorroïdaire interne (au dessus de la ligue pectinée)

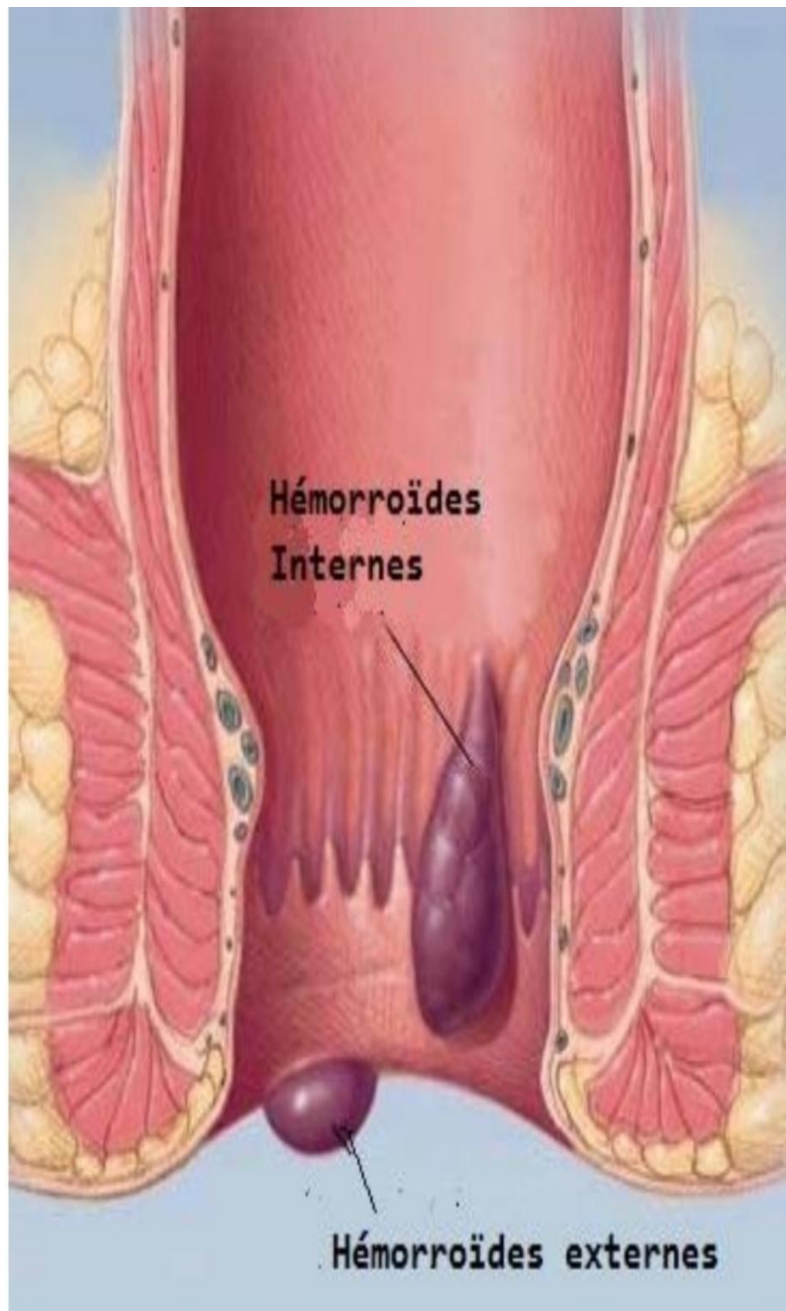
Plexus hémorroïdaire externe (immédiatement sous cutané)

➤ c'est la pathologie la plus fréquente rencontrée en proctologie

➤ se définit par des signes et des symptômes attribués à une anomalie de tissu hémorroïdaire

➤ Age : 3^{ème} décennie / maximum 40-65 ans

Fréquence : homme = femme



II-PATHOGÉNIE :

Deux théories s'affrontent, bien que complémentaires

- **Théorie vasculaire :**

- o une perturbations (hyper-apport artériel en particulier) submergeant les capacités d'adaptation du tissu hémorroïdaire.

- o Modifications anatomiques vasculaires (dilatations veineuses profondes, accentuation du réseau capillaire sous épithélial, lésions pariétales vasculaires).

- **Théorie mécanique :**

- o Relâchement de l'appareil musculo-ligamentaire de soutien
glissement de plexus hémorroïdaire vers le bas

Rupture de lig de parks : prolapsus hémorroïdaire

Érosion de leur surface est responsable de d'hémorragie.

III-FACTEURS FAVORISANT :

- Surcharge pondérale
- Sédentarité
- Episodes de la vie génitale chez la femme ; phase prémenstruelle, grossesse, accouchement et postpartum immédiat.
- Le travail dans des conditions assises chauffeur, pilote.
- troubles de transit intestinal surtout constipation.
- Régime alimentaire: alcool , tabac , épices
- stress

VI- DIAGNOSTIC POSITIF :

Manifestations cliniques : sont permanentes ou par “poussés” ou “crises”:

1- Douleurs anales:

a type de pesanteur périnéale accentué lors de passage de selle, accompagné d un prurit

2-Rectorragie :

faite de sang rouge survenant à la fin des selles

3- prolapsus :.

c est une extériorisation des hémorroïdes interne en dehors de orifice anal , à l'effort ou bien en permanence, due a une laxité du tissu conjonctif sous muqueux

4-Thrombose hémorroïdaire :

tuméfaction bleuté dlr , siégeant dans les plis radié de l anus, il existe 2 types : **Thrombose hémorroïdaire interne** extériorisée ou non
Thrombose hémorroïdaire externe



Thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée



Thrombose hémorroïdaire interne extériorisée

- **Examen proctologique :**
sera pratiqué sur un malade en
position genu pectorale, DLG



- Inspection : la recherche des marisques, dermite , thrombose , La procidence hémorroïdaire peut être permanente, sinon on demande au malade de faire des efforts d'exonérations
- TR : la tonicité de sphincter , la recherche dlr , une lésion associé (tumeur rectal)
- Anuscopie : seule permet l'examen des hémorroïdes internes.



Prolapsus hémorroïdaire
circulaire



V-EXAMEN COMPLÉMENTAIRES :

Rectoscopie:

systématique a la recherche d'une autre des rectorragie , dans certains cas le bilan impose une Coloscopie totale

VI-CLASSIFICATION:

la Classification de la maladie hémorroïdaire anatomique en fonction du degré de procidence des hémorroïdes internes (4 Grades).

o stade 1: Hémorroïdes internes hémorragiques mais non procidentes.

o stade 2: Procidence des hémorroïdes internes à l'effort, réductible spontanément.

o stade 3 Procidence des hémorroïdes internes à l'effort et réduction manuelle nécessaire.

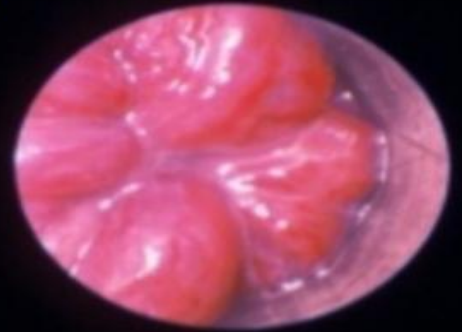
o stade 4 :Procidence des hémorroïdes internes ou externe permanente non réductible

MALADIE HÉMORROÏDAIRE INTERNE

Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4



VII- TRAITEMENT

➤ But : Soulager le malade, traiter la maladie et éviter les récives.

1- règles hygiéno-diététiques: éviter les facteurs favorisant

2-Régulateur de transit

3-Anti inflammatoire , antalgique

4-Veinotonique : dans les manifestation aigue de la maladie
(diosmine..

5- topiques locaux : (crème , suppo)

Traitement instrumental : pour induire une fibrose cicatricielle afin d
améliorer amarrage des plexus hémorroïdaires, Il peut s'agir de :

o Ligatures élastiques,

o sclérose des paquets prolapsés par injections de produits sclérosant,

o photo coagulation par les infrarouges

• Traitement chirurgical :

Geste portant sur le tissu hémorroïdaire

hémorroïdectomie

hémorroïdectomie pédiculaire de Milligan et Morgan , visant à ligaturer les 3 branches d'artère hémorroïdale supérieure après avoir excisé les 3 paquets hémorroïdaires correspondant

gestes visant à réduire le prolapsus par hémorroidopexie par agrafage circulaire ou technique de Longo



Indication

1-thrombose :

Thrombose externe unique ,non œdémateuse : excision sous anesthésie locale

Thrombose très douloureuse et œdémateuse : AINS

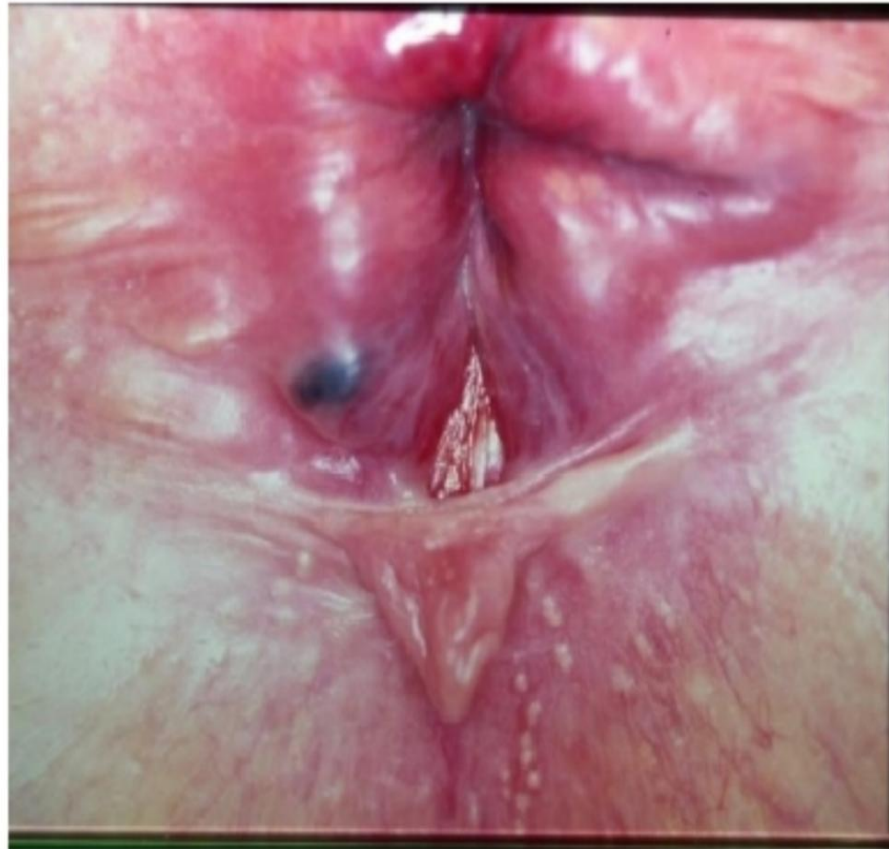
Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé trt médial

2-prolapsus :

Stade 1-3: régularisation de transit et le trt instrumentale sont indiqué en première intention , la chirurgie indiquée si échec

Stade 4 et anémie d origine hémorroïdaire : chirurgie d emblé

FISSURE ANALE



I- GENARALITES-DEFINITION :

- est une ulcération superficielle avec perte de substance cutanée longiligne de la marge anale.
- De forme ovale ou en raquette
- Elle est le plus souvent unique et commissurale postérieure (à 6 heure en décubitus dorsale
- 2ème affection proctologique, sur le plan de fréquence, après les hémorroïdes et la cause majeure des douleurs anales ;
 - prévalence : homme = femme, fréquente chez adulte jeune
 - Evolution est imprévisible , passe a chronicité en 8 a12 semaine

II- ETIOPATHOGENIE :

Trois facteurs participent à l'apparition d'une (FA).

- Facteur mécanique : le passage d'une selle dure; effort de l'expulsion lors d'accouchement .
- Facteur sphinctérien : l'hypertonie réflexe et permanente du sphincter interne
- Facteur vasculaire : ischémie dermique

III- ETUDE CLINIQUE :

➤ Forme typique :

- Douleur anale : se caractérisées par son rythme à 3 temps :
 - ✓ douleur très intense déclenchée par l'exonération ;
 - ✓ suivie d'une rémission transitoire de quelques minutes ;
 - ✓ Reprise de la douleur qui persiste plusieurs heures.

Cette douleur oblige le malade à retenir ses exonérations ; c'est la constipation reflexe.

- Rectorragie : de petite abondance , au moment d l'émission des selles
- Autre : prurit , suintement

Examen proctologique

Réalisé sous anesthésie locale

2 signes :

- Contracture sphinctérienne : TR très douloureuse
- Ulcération anale : c'est une ulcération superficielle, vue par dépolissement des plis radiés de l'anus , svt siège postérieur , forme en raquette
dans la **fissure jeune** ulcération est superficielle
alors que la **fissure chronique** est profond masqué par marisque



Fissure anale typique au pôle postérieur de l'anus



Fissure chronique avec marisque

IV- TRAITEMENT :

➤ Buts :

- Supprimer la douleur fissuraire.
- Favoriser la cicatrisation.
- Eviter la récurrence.

- **Traitement médical** : Envisagé en première intention.

Ils associent les éléments suivants :

- *Une régularisation du transit intestinal : par Les mesures hygiénodiététiques , laxatif
- *Antalgiques et anti-inflammatoires (aspirine paracétamol),
- Topiques locaux et suppositoires :à visée anesthésique ou à visée cicatrisante

Traitement sclérosant «sphincterolyse chimique» : pour obtenir une relaxation de sphincter
application locale de de dérivé nitrés ou inhibiteur calcique

Traitement chirurgical :

- La sphinctérotomie latérale : technique de référence , consiste à sectionner une partie du sphincter interne à gauche ou à droite.,
- Fissurectomie : consiste en l'exérèse de la fissure.

➤ **Indications thérapeutiques :**

Elles varient en fonction du stade d'évolution de la fissure :

❖ **Fissure anale jeune :**

- Envisagé en première intention un traitement médical,
- En cas d'échec après quelques semaines, le traitement chirurgical est de mise.

❖ **Fissure anale chronique scléreuse (vieillie) et/ou infectée :** chirurgie.

ABCES ET FISTULE ANALE



I- GENERALITES :

- Abscès et fistule anale sont les 2 stades évolutifs d'une même maladie
- résulte de l'infection des glandes anales d' d'Hermann et Desfosses, situées dans l'appareil sphinctérien

II- PATHOGENIE :

Les glandes d'Hermann et Desfosses sont d'abord infectées par un germe digestif contenu dans les matières fécales. La glande infectée est appelée orifice interne (ou primaire).

L'évolution se fait soit vers la régression, ou vers l'expansion,

la fistule peut traverser le sphincter externe à différents niveaux ce qui va être à la base de la classification topographique des fistules anales en :

classification topographique des fistules anales en :

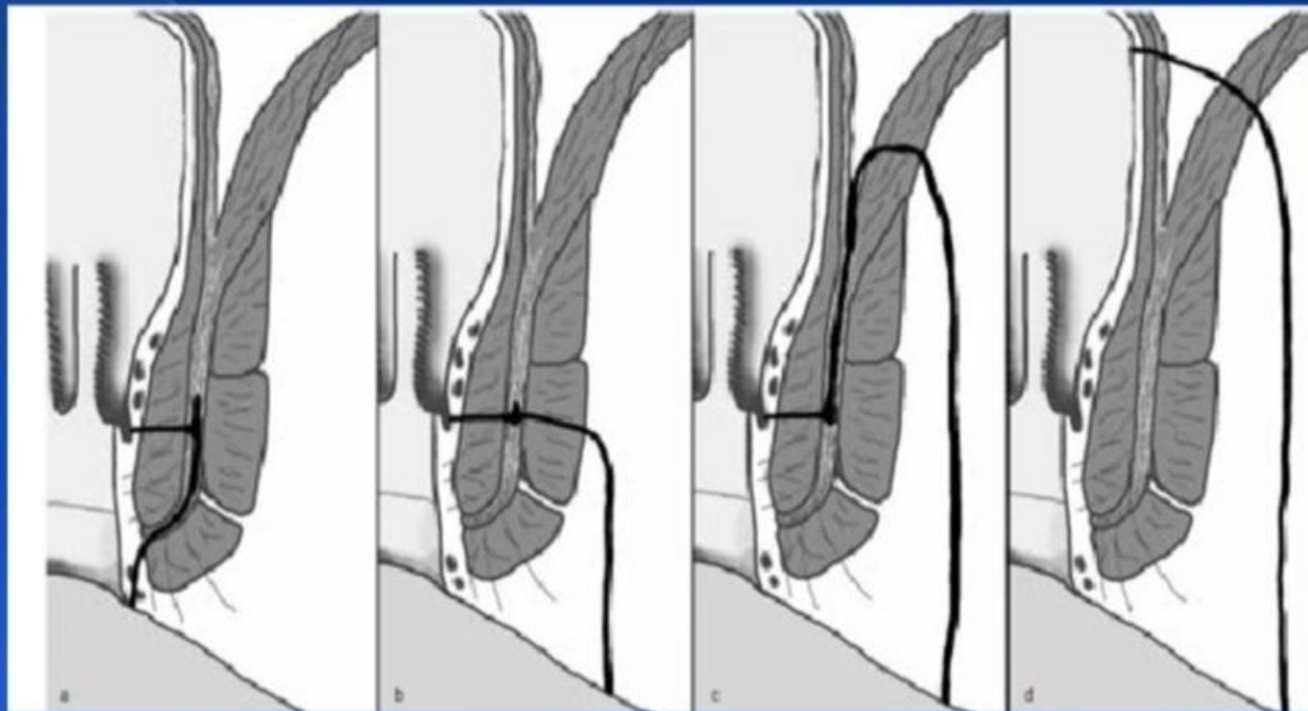
- **Fistules anales inter- sphinctériennes** (intra-murales) : 45 à 60%
- **Fistules anales trans-sphinctériennes** : 20 à 30%, selon la hauteur du trajet fistuleux dans l'appareil sphinctérien

Fistule trans sphinctérienne inferieur +++: orifice externe sous le trajet

Fistule trans sphinctérienne superieur :

- **Fistules anales supra sphinctériennes**: La totalité du sphincter externe est contournée par le trajet.
- **Fistules anales extra sphinctériennes** : (ou sous sphinctérienne) ne traversant pas le sphincter externe

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.

III- DIAGNOSTIC :

➤ A la phase d'abcès anal :

- **La douleur anale+++**: intense, non rythmée par la selle, permanente, pulsatile, à type de brulure
- **Syndrome infectieuse :variable ,fièvre , frisson**

examen proctologique

Inspection : Une tuméfaction anale ,chaude et recouverte d'une peau rouge , luisante , mais si abcès est pro fonde ,la marge anal est normale

TR : permet de localiser orifice interne

Anuscope : visualise parfois l orifice interne



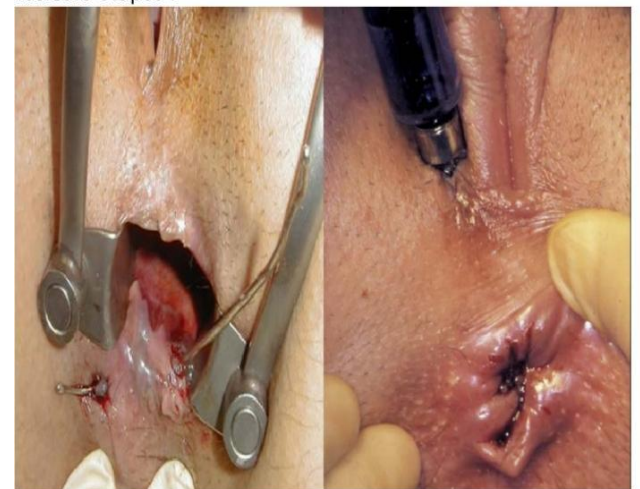
Orifice externe de fistule anale

Au stade de fistule :

- **Inspection** : découvre orifice externe d où s'écoule liquide séropurulent , parfois il ya plusieurs orifice externes
- **Palpation** : si fistule basse , permet de sentir un cordon induré
- **TR ET anoscopie** : pour chercher orifice interne

Epreuve de bleu de méthylène ou de l'air

- **Fistulographie** permet d'individualiser le trajet fistuleux, n'est fiable que dans 20% des cas.
- **L'échographie endoanale** permet de décrire la topographie de l'abcès et rechercher l'orifice interne.
- **L'IRM périnéale** reste l'examen le plus fiable en matière de diagnostic topographique des fistules anales et des collections ano-périnéales.



IV-TRAITEMENT :

le traitement est exclusivement chirurgical

- **Au stade d'abcès** : Le principe est de drainer l'abcès
- **Au stade de fistule anale** : Le traitement doit répondre à deux objectifs : Guérir le malade et préserver sa fonction sphinctérienne tout en réséquant la totalité du trajet fistuleux

le traitement comprend plusieurs étapes : Chercher orifice externe
Dissection – exérèse du trajet voie mise a plat de tous les tissus
suppuré jusqu'au plan musculaire

