

SEMIOLOGIE CHIRURGICALE DU RECTUM

Dr F. BENAMARA

Rappel anatomique :

Segment distal du tube digestif, le rectum commence au point de terminaison du méso colon sigmoïde en regard de la 3^{ème} vertèbre sacrée(S3), sa longueur jusqu'à la marge anale est d'environ 15 cm, sa structure pariétale est celle du colon, muqueuse, sous muqueuse, musculuse en deux couches mais bandelettes et appendices épiploïques y ont disparus.

On lui reconnaît deux portions successives ;

Le rectum pelvien, de large calibre, ou ampoule rectale qui épouse la concavité sacro-coccygienne.

Le rectum périnéal de calibre étroit, ou canal anal enchâssé dans le plancher pelvien avec l'appareil sphinctérien qui lui est fixé. Le rectum se termine à la ligne pectinée jonction des muqueuses glandulaires et malpighiennes marquée par les valves et les cryptes de Morgani.

Ainsi délimité le rectum mesure 10 à 12 cm dans sa portion pelvienne, ce rectum pelvien n'est recouvert que partiellement par le péritoine et dessine en avant un repli ou Cul De Sac de Douglas à 7 cm de la marge anale. Au-dessous et jusqu'au muscles releveurs de l'anus, le rectum est dans une atmosphère cellulo-graisseuse et inclus dans une gaine cellulo-fibreuse constitué en arrière par le fascia recto rectal de WALDEYER en arrière , et en avant l'aponévrose prostato-péritonéale ou fascia de DENOWILLIERS chez l'homme et fascia recto génital chez la femme.

La vascularisation est assurée par 3 pédicules ;

a) le pédicule hémorroïdal supérieur dont l'artère fait suite au tronc de l'artère mésentérique inférieure qui se divise en 2 artères hémorroïdales droite et gauche.

Les veines satellites se réunissent pour donner naissance à la veine mésentérique inférieure.

b) le pédicule hémorroïdal moyen dont l'artère issue de l'artère hypogastrique est incluse avec ses veines et lymphatiques dans un condensé de tissus cellulaire formant de chaque

côté des ailerons latéraux du rectum véritable ligament dont la section est la clef de mobilisation du rectum sous péritonéal.

c) le pédicule hémorroïdal inférieur dont l'artère provient de l'artère honteuse interne branche de l'iliaque interne.

Ces 3 pédicules vasculaires sont très largement anastomosés entre eux par un réseau sous muqueux.

Le drainage veineux suit les réseaux artériels et il est double ; drainage porte par le biais des veines hémorroïdales supérieures et drainage cave par le biais des veines hémorroïdales moyennes et inférieures avec nombreuses anastomoses entre les deux réseaux.

Le drainage lymphatique suit les réseaux vasculaires et se jette dans 3 groupes de ganglions collecteurs :

- Supérieur ou hémorroïdal supérieur.
- Moyen ou hémorroïdal moyen.
- Inférieur ou hémorroïdal inférieur.

Et qui sont tous largement anastomosés entre eux.

L'anus est la terminaison inférieure du tube digestif. Il est composé par le rectum périnéal. Il mesure 3 à 4 cm. Sa paroi est faite des tuniques du rectum sans séreuse évidemment. Il commence au niveau de la ligne pectinée Ano-rectale et se limite en bas par la ligne Ano-cutanée. Sa face muqueuse est constituée des valvules de Morgani ou nid de pigeon où viennent se terminer les colonnes de Morgani.

Au-dessous de la muqueuse se trouve la sous muqueuse avec ses plexus Hémorroïdaires

Les vaisseaux hémorroïdaires forment une chaîne continue artérielle et veineuse du recto-sigmoïde à l'anus.

Le rectum périnéal est situé dans un manchon musculaire.

Le sphincter strié haut de 4 cm est formé de 2 faisceaux :

- interne : vrai sphincter fait de faisceaux elliptiques et semi elliptique allant du coccyx au raphé antérieur contournant l'anus
- externe

Le sphincter lisse est uni à sa face profonde et dépend de la musculature lisse du rectum, ce sont des fibres circulaires épaissies.

B/ SEMIOLOGIE

LES SIGNES FONCTIONNELS :

Le rectum s'exprime par un syndrome rectal de « Bensaude », il est formé d'un ensemble de troubles qu'un interrogatoire bien conduit permet de rattacher à l'intestin terminal ; ce sont :

- a) Les épreintes sont des coliques rectos sigmoïdiennes qui partent de la fosse iliaques et se propage du haut en bas vers l'anus.
- b) Les ténésmes sont des contractions du sphincter.
- c) Les faux besoins sont fait de poussées impérieuses et répétées qui donnent envie d'aller aux toilettes avec sensations de corps étranger intra rectal mais qui n'aboutissent qu'à l'émission de selles insignifiantes, de gaz, de glaires mucoïdes, voir un peu de sang.

Les évacuations anormales sont souvent associées aux faux besoins, il peut s'agir de glaires, de sang, ou de liquide puriforme.

- d) les hémorragies rectales sont faites de sang rouge rutilant, c'est le signe principal.

Peu abondantes, elles se répètent fréquemment et précèdent les selles où elles évoquent une néoplasie, elles surviennent spontanément chez un sujet sain. Elles peuvent être noirâtres et d'abondance variable.

- e) le Prurit anal ; démangeaison de la région anale ou périnéale.

- f) LES TROUBLES DU TRANSIT :

Constipation.

Diarrhées.

Alternance diarrhées constipation.

Elles peuvent être isolées ou associées à l'un des symptômes précédents.

LES SIGNES PHYSIQUES :

Quel que soit le mode de groupement de ses symptômes, leur existence doit faire pratiquer un examen complet de l'intestin terminal et de la région anale.

Examen de la marge anale et du rectum

- En décubitus latéral ou en position genu-pectorale (patient à genoux sur la table d'examen, les coude posés sur la table de l'examen), on inspecte la marge anale à la recherche d'un orifice fistuleux, d'hémorroïdes, d'une tumeur ou d'un prolapsus. Attention, il faut bien déplisser la marge anale pour ne méconnaître aucune lésion.

Le toucher rectal:

Il fait partie intégrante de l'examen général systématique de tout malade et surtout pour un malade qui présente un signe fonctionnel (Figure 1). Le toucher rectal peut aller palper jusqu'à 9 ou 10 cm de la marge anale.

Sa technique doit être parfaite ; le malade peut se mettre en 2 positions différentes :

1-Position genu pectorale :

C'est un malade qui est à genou, tête abaissée et le périnée relevé, c'est la meilleure façon de palper la face postérieure et la paroi latérale gauche du rectum.

2-position de décubitus dorsal :

le malade est couché sur le dos fléchissant ses cuisses sur le thorax permettant ainsi de palper la partie haute du rectum et recto-sigmoïde en faisant pousser le malade et en mettant une main sur l'hypogastre ; c'est le « palpé combiné ». il faut déplier la muqueuse rectale et explorer toutes les faces.

Chez la femme le toucher vaginal est indispensable pour bien explorer la cloison recto-vaginale.

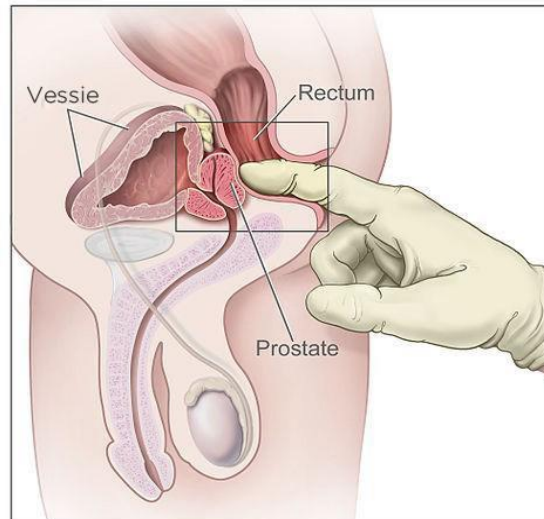


Figure 1 : Toucher rectal

RESULTATS :

Le toucher rectal permet de rechercher une tumeur palpable, d'apprécier sa taille, sa consistance, molle ou dure, son siège, si elle est mobile ou fixe, saignante ramenant le doigtier souillé de sang ; c'est le signe du cancer du rectum.

Le toucher rectal permet d'explorer chez l'homme la prostate et la vessie. Et chez la femme le combiné au toucher vaginal il explore les organes génitaux.

Il peut aussi réveiller une douleur ou cri de Douglas signant une inflammation de la cavité péritonéale ou du péritoine.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

La recto-sigmoïdoscopie :

méthode permettant d'explorer sous contrôle de la vue l'ampoule rectale et le recto sigmoïde.

Elle nécessite une préparation de l'ampoule rectale par des lavements évacuateurs avec un matériel spécifique pour éviter d'être gêné par les selles.

Le matériel comporte ; un tube extérieur rigide muni d'un mandrin à extrémité mousse qu'on peut remplacer par un système optique et un dispositif d'éclairage

Les tubes sont de calibre et de longueur variable auxquels on ajoute les tampons de coton montés sur de longues baguettes ou pinces à biopsie.

Le malade est en genu pectoral comme pour un toucher rectal et on fait relâcher les muscles en lui faisant creuser les reins le plus possible.

Le rectoscope muni de son mandrin est introduit, enduit de vaseline et dans le canal anal le mandrin est remplacé par le système optique, on peut alors sous contrôle de la vue franchir la charnière recto-sigmoïdienne.

L'exploration se fait toujours en retirant progressivement le rectoscope et en examinant avec soin toute la surface de la muqueuse.

RESULTATS :

Le rectoscope permet de voir : Un cancer du rectum.

Des polypes.

Ou des fistules.

La rectoscopie permet aussi la biopsie de la tumeur ou d'une inflammation, elle permet aussi une électrocoagulation.

Actuellement on est muni de colonoscopie souple pour voir tout le colon et d'écho-endoscopie pour apprécier la paroi du rectum.

Le lavement baryté explore le rectum et surtout le colon.

PRINCIPALES AFFECTIONS DU RECTUM

I Les tumeurs bénignes telles les adénomes ou polypes :

Elles seraient sous la dépendance d'un facteur familial ou génétique ou alimentaire. Les régimes riches en graisses et pauvre en fibres vont influencer la concentration des stéroïdes biliaires dans le colon et modifier la flore bactérienne qui agit en induisant la transformation d'une muqueuse normale en adénome qui va augmenter secondairement se volume pour se transformer finalement en cancer.

Les tumeurs villeuses pédiculées ou sessiles.
Les lipomes.

II Le cancer du rectum :

Tumeur ulcéro végétant indolore reposant sur une base indurée et saignant au contact dont la biopsie révèle un ADENOCARCINOME.

III Les prolapsus du rectum :

C'est l'issu de la paroi rectale retournée par l'orifice anal, il peut être partiel ou muqueux, ou total ; toute la paroi est prolabée.

IV Les affections inflammatoires :

- recto-colite ulcéro hémorragique.
- syndrome dysentérique aiguë ou chronique.
- La maladie de Crohn.
- Polype recto-colique.

Du Canal Anal

I Les hémorroïdes

Ce sont des varices des veines ano-rectales, elles sont fréquentes et entraînent une infirmité gênante par leur phénomènes inflammatoires.

Etiologies :

La stase veineuse anorectale joue un rôle important dans le développement des hémorroïdes. Les veines ano-rectales constituent une importante anastomose porto cave .Toute stase dans le système porte ou cave va retentir et s'accompagner d'hémorroïdes ; comme dans les cirrhoses du foie, les splénomégalies chroniques, le syndrome d'HTP ou dans les tumeurs pelviennes enclavées ; fibrome, grossesse. Ces causes doivent d'abord être recherchées avant d'être traités.

Les altérations dystrophiques des parois veineuses sont à l'origine des hémorroïdes essentielles. Elles seraient dues à un facteur irritatif local ; constipation chronique ou trouble de la nutrition générale, déséquilibre endocriniens, obésité. Aussi les hémorroïdes sont observées chez les sujets pléthoriques, artéritiques ou porteurs de varices des membres inférieurs et les professions sédentaires. Les excès alimentaires y prédisposent aisément.

Anatomo-pathologie :

La lésion élémentaire est une varice fusiforme et serpentine ou ampulaire plus ou moins volumineuse développé sur le trajet d'une veinule. Elle siège sur le plexus hémorroïdaire situé a la jonction entre l'hémorroïdale supérieure et moyenne ou moyenne et inférieure au niveau des valvules de Morgani.

Les paquets hémorroïdaires sont constitués par l'agglomération de plusieurs dilatations variqueuses. Quand elles siègent au dessus du paquet sphinctérien, ce sont des hémorroïdes internes susceptibles de sortir et se prolaber d'une façon intermittent ou permanente : prolapsus hémorroïdes. Quand elles sont au niveau du canal anal elles sont des hémorroïdes externes, parfois elles sont nombreuses et forment un bourrelet

Cette inflammation de la muqueuse ano-rectale va entraîner une dilatation ou phlébite qui entraîne une contraction douloureuse du sphincter et l'irréductibilité des paquets qui se thromboses puis se rompent et se sclérose en marisques.

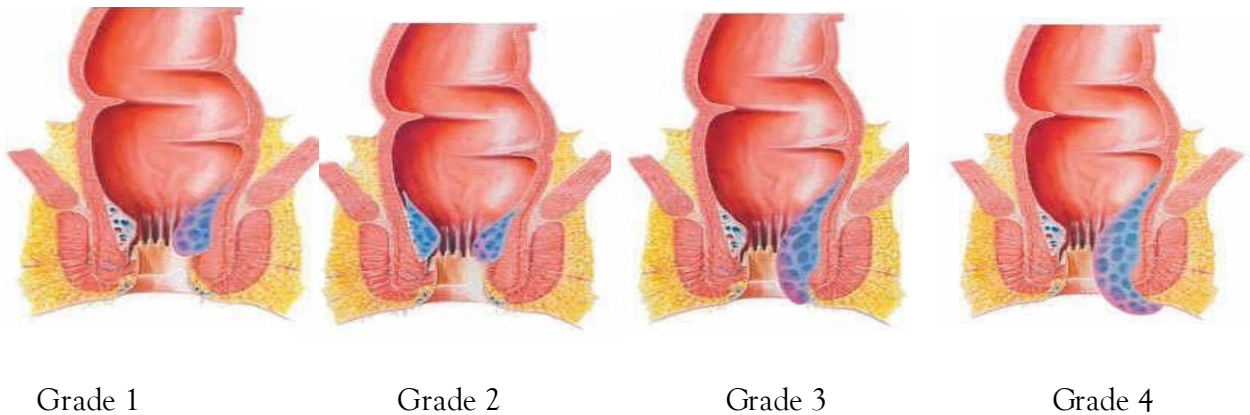


Figure 2

Clinique :

Le tableau est dominé par des hémorragies de sang rouge qui tachent le linge et qui arrosent les selles.

Ce sang est visible à la surface des selles et non mélangé avec elles.

Cette hémorragie peut survenir et disparaître spontanément ou durer et entraîner une anémie aiguë, parfois le malade se plain de tumeur ou prolapsus hémorroïdaires entraînant quelques gouttes de sang. Elles se prolabent apparaissent à la défécation puis se réduise spontanément, parfois il faut les aider à entrer par une pression manuelle, ce qui n'est pas toujours possible.

Parfois le malade consulte pour des phénomènes douloureux, conséquence de l'infection.

Examen clinique :

Doit se faire en position genu pectoral ou latéral. On peut avoir plusieurs cas :

- hémorroïdes externes : où on aperçoit une saillie bleutée ou violacée tendue,
- parfois il faut faire pousser le malade afin qu'apparaît un bourrelet turgescents sont des hémorroïdes internes procidentes.
- parfois rien n'apparaît, il faut faire un toucher rectal ; ce sont des hémorroïdes internes non procidentes qui faut confirmer par anoscopie ou rectoscopie qui complète l'examen à la recherche d'une cause sous-jacente comme un cancer du rectum ou une affection colique.

D'un point de vue évolutif certaines hémorroïdes sont bien supportées grâce à une hygiène alimentaire et intestinale bien conduite, d'autres fois s'aggravent par poussées intermittentes de fluxions hémorragiques qui vont perturber la vie et le psychisme du malade.

Des complications peuvent apparaître rapidement telle l'inflammation, des phlébites hémorroïdaires avec son cortège symptomatique de douleurs, épreintes, ténésmes, fièvre allant à la thrombose puis l'abcès phlébitique.

Dans le cas de thrombose il y'a prolapsus de la varice qui devient irréductible pour s'étrangler comme une hernie et devenir une urgence chirurgicale qui faut vite traiter.

Traitement :

Il existe un traitement ambulatoire, de type injection sclérosante ou des clips avec des anneaux, mais le véritable traitement est l'ablation chirurgicale du plexus hémorroïdaire associé à un traitement médical type bain de siège et sédatifs.

II Fistules et abcès de l'anus

La fistule de l'anus n'est que la conséquence de l'abcès de l'anus or cet abcès est presque toujours à germes banaux, ceux de la flore intestinale dans la majorité des cas sous la muqueuse du canal anal au niveau d'une crypte, c'est des canaux glandulaires qui débouchent dans une crypte, à partir de là, peut se développer dans toutes les directions en profondeurs (Figure 3).

Rappel anatomique : 3 espaces peuvent être le siège d'une suppuration péri ano-rectale :

- l'espace cellulaire sous cutané et sous muqueux de la marge anale.
- l'espace ischio rectal entre l'ischion et le rectum délimité en haut par le releveur de l'anus.
- l'espace pelvi rectal supérieur délimité par le péritoine et releveur de l'anus en bas.

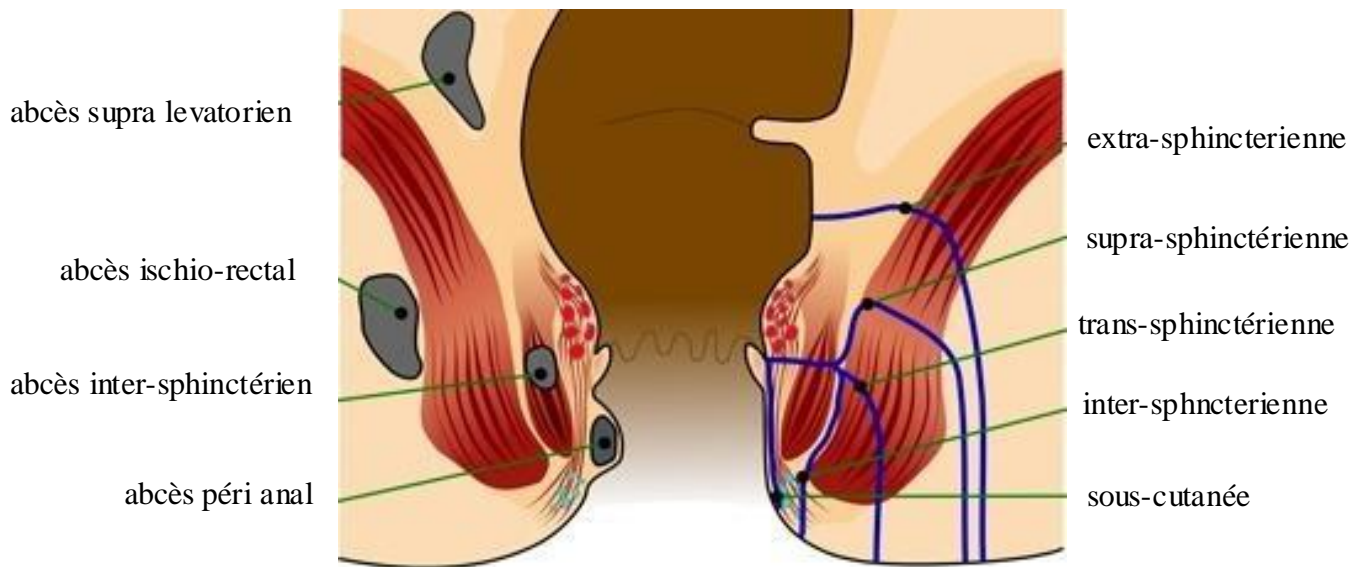


Figure 3: Topographie des abcès cryptiques Classification topographique des fistules

Clinique :

L'abcès se traduira par une fistule. C'est un écoulement de pus d'abondance et de siège variable, il peut être continu mais peut se tarir momentanément pour ressurgir quelques jours après. Il faut chercher s'il existe un ou plusieurs orifices.

Ainsi on trouve en général le trajet de cet abcès, il peut être intra sphinctérien ou extra sphinctérien. Les abcès sous muqueux ou sous cutané se l'anus vont s'ouvrir à l'intérieur du sphincter et donner une fistule intra sphinctérien. Leur mise à plat n'est pas difficile car après repérage avec un stylet on pourra le mettre à plat. Mais les fistules trans ou extra sphinctérien sont la conséquence des abcès de la fosse ischio rectale ou de l'espace pelvi rectal supérieur. Il faut avec un colorant bleu de méthylène ou encre de chine et un stylet repérer leurs orifices pour faire leur mise à plat. Le traitement peut prendre plusieurs séances et nécessiter la mise en place d'un élastique ou fil tracteur qu'on va serrer tous les 2 à 3 jours pour cisailier le sphincter comme un fil à couper le beurre et éviter l'incontinence anale véritable infirmité.

III La Fissure anale

C'est une ulcération superficielle siégeant au fond d'un pli radié de l'anus qui ne guérit jamais si elle n'est pas traitée chirurgicalement.

Etiologie :

Elle est fréquente chez la femme adulte et chez les hémorroïdaires (80%). L'anite et la parasitose peuvent jouer un rôle. La constipation paraît être un facteur important car elle irrite et traumatise la

muqueuse anale, c'est une ulcération radiée longitudinale ou triangulaire a base externe située au niveau de la commissure postérieur de l'anus.

Elle peut être accompagnée d'une excroissance polyplôïde ou d'une hémorroïde.

Clinique :

La douleur fissuraire évolue en 3 stades successifs :

- 1) sensation de déchirure au moment des selles.
- 2) Accalmie de quelques minutes.
- 3) Douleurs croissantes pouvant entraîner une syncope.

Elle atteint son maximum très vite puis décroît pour disparaître au bout de quelques heures. La crise apparaît a chaque selle, le malade cherche à l'atténuer en diminuant son alimentation, en se constipant ou au contraire en provoquant une diarrhée persistante d'où altération de l'état général, insomnie et neurasthénie.

Ce syndrome est si évident que le diagnostic est établi par l'interrogatoire.

L'examen se fait en position genu- pectoral, en écartant avec douceur les plis radiés et en demandant au malade de pousser doucement.

La fissure simple apparaît comme une ulcération superficielle rouge vive allongée et ayant la forme de raquette. Elle peut être cachée par des saillies hémorroïdaires, sont siège pe ut être reconnu par la douleur réveillée à la pression ou par le toucher rectal qui provoque une douleur intense au contact et a la contraction du sphincter, mai seul un traitement chirurgical par excision de la muqueuse adjacente et section minimale de quelques fibres du sphincter interne peut guérir, parfois une simple dilatation anale sous AG peut suffire.

Le traitement symptomatique peut être médical par injection de toxines botulique ou pommades.