

PROCTOLOGIE GÉNÉRALE

HEMORROIDES	2
1) INTRODUCTION	2
2) ÉTIOLOGIES	2
3) MECANISMES	3
4) DIAGNOSTIC POSITIF	3
A. CLINIQUE	3
B. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	3
5) TRAITEMENT	3
a/ MEDICAL	3
b/ CHIRURGICAL	4
6) COMPLICATIONS	4
FISSURE ANALE	4
1° MANIFESTATIONS CLINIQUES	4
Forme typique	4
Forme atypique	4
2° MÉCANISME	5
3° DESCRIPTION	5
4° TRAITEMENT	5
a/ MEDICAL	5
b/ CHIRURGICAL	5
FISTULE ANALE	6
1 - DEFINITION	6
2* DIAGNOSTIC POSITIF	6
3* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	6
4* TYPES DE FISTULES	6
5* TRAITEMENT	6

La proctologie est l'étude de la région anale et rectale.

Les maladies proctologiques sont fréquents et il existe 3 pathologies anales majeurs :

- Hémorroïdes : le maître symptôme étant la présence de rectorragies.
- Fissure anale : le maître symptôme est la douleur.
- Fistule anale : Se manifeste le plus souvent par un écoulement purulent.

Ces 3 principaux signes peuvent s'entremêler.

I. HEMORROIDES

1) INTRODUCTION

Le terme "Hémorroïdes" ne peut être employé que lorsqu'il y a présence de 3 paquets hémorroïdaires au minimum.

Sur le plan anatomique, toute personne possède des hémorroïdes dès la naissance¹, mais par convention "hémorroïdes" désignent le caractère pathologique causé par l'extériorisation des vaisseaux gonflés qui apparaissent au niveau de la marge anale : c'est le prolapsus hémorroïdaire provoqué le plus souvent par les poussées au moment de l'exonération surtout si le patient souffre d'une constipation.

Le toucher rectal permet de distinguer entre les hémorroïdes internes (qui peuvent être réintroduits lors du toucher) des hémorroïdes externes. Ceci a une importance capitale du moment où le traitement pour les hémorroïdes internes est médical tandis qu'il est chirurgical² pour les hémorroïdes externes.

2) ÉTIOLOGIES

Les facteurs prédisposants et déclenchants sont :

- L'inflammation
- Infection
- Troubles du transit intestinal
- Sédentarité
- Certains sports : sport à mouvement axial (volley-ball, basket-ball)
- Épices
- Alcool
- Régime pauvre en fibre alimentaire
- Grossesse

1 : Les hémorroïdes correspondent à un pédicule vasculaire (association d'une artère et d'une veine qui assure le métabolisme d'un viscère.

2 : La chirurgie présente un inconvénient car elle peut affecter le sphincter interne (sous contrôle parasympathique)

3) MECANISMES

- ❖ Facteur vasculaire : Il y aura une diminution de l'apport artérielle et turgescence de l'apport veineux
- ❖ Facteur mécanique : constipation

4) DIAGNOSTIC POSITIF

A. CLINIQUE

Les manifestations cliniques sont **permanentes** ou par “poussés” ou “crises”

- ★ Rectorragies
- ★ Prolapsus
- ★ Douleurs (en dehors de la thrombose)
- ★ Quand le patient est constipé les hémorroïdes peuvent s'associer à une fissure anale
- ★ Reliquats des hémorroïdes : “papilles hypertrophiées” et “marisques” (doivent être enlevés chirurgicalement)

B. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

On doit commencer par la région superficielle (marge anale) ensuite vers la profondeur :

- Anuscopie
- Recto-sigmoïdoscopie (pour éliminer une cause tumorale → cancer du rectum)
- Echo-Doppler : pour l'exploration morphologique et l'étude du flux sanguin (en cas de thrombose hémorroïdaire).

Important : *la présence d'un seul paquet hémorroïdaire indique qu'il s'agit d'un cancer du rectum (la rectosigmoïdoscopie permet de confirmer cette dernière)*

5) TRAITEMENT

a/ MEDICAL

- Les règles hygiéno-diététiques
- Le traitement médicale par voie générale
 - ◆ Traiter la cause vasculaire par :
 - Veinotoniques
 - Anti-inflammatoire
 - ◆ Traiter la constipation : laxatifs
(La constipation chronique va donner des hémorroïdes, pour cela, un régime alimentaire à base de fibre doit être instauré durant toute la vie pour diminuer la solidité des selles (pain de son...))
- Le traitement médicale locale

b/ CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical pédiculaire (hémorroïdectomie pédiculaire) : consiste à repérer les 3 pédicules et effectuer la technique de LONGO.

Le résultat final aura l'aspect d'un **trèfle** séparé par des **ponts muqueux** pour que la cicatrisation soit idéale et pour ne pas provoquer une sténose. S'ajoutant à cela un traitement antibiotique en plus des anti-inflammatoires en suppositoire pour éviter un choc vagal

6) COMPLICATIONS

Environ 15% des hémorroïdaires font des poussées de thrombose.

Les thrombose hémorroïdaires (qui se manifestent par des douleurs atroces) pourraient être les conséquences de : facteur hormonal (progestatifs chez la femme), prédisposition familiale, troubles hémorrhéologiques.

Un traitement chirurgical s'impose

II. FISSURE ANALE

1° MANIFESTATIONS CLINIQUES

Forme typique :

Elle se manifeste cliniquement par une **douleurs** à type de brûlure au moment du passage de la selle et qui peuvent persister plusieurs heures après la défécation + **saignements**

La douleur est caractérisé par 3 temps :

- ✓ La douleur apparaît au moment des selles
- ✓ Elle va s'amender avec persistance d'un fond douloureux
- ✓ Puis elle réapparaît plus intense que lors de la survenue initiale

Forme atypique : En cas de **RHAGADE** : la douleur peut entraîner une déchirure

Lors d'une fissure anale, on retrouve une **ulcération** en **raquette de Tennis** qui **met à nu la musculature** (sphincter interne) qui pose 2 problèmes (étiologiques) :

- Une manifestation ano-périnéale de la maladie de crohn.
- Cancer de l'an us (et non pas du rectum) d'où la nécessité de l'étude Anapath

La douleur est due à la contracture du sphincter surtout interne (involontaire)

2° MÉCANISME

Le patient va éviter d'aller à la selle rendant ces dernières plus dures et de là accentuer la douleur (choc vagal)

Il faudra casser le cercle vicieux et traiter la constipation et la fissure

3° DESCRIPTION

La forme typique est située sur la partie postérieure du canal anale (la face antérieure est retrouvée en cas de maladie de Crohn où la douleur est plus importante), cette fissure s'accompagne le plus souvent par un épaissement de la peau en marisque (voir pseudo-marisque) ou d'une hypertrophie papillaire.

Au cours ou en post-partum l'apparition de la fissure anale est possible et ne nécessite pas un traitement chirurgical

Elle est souvent associée à une **contracture** (spasme) des **sphincters** qui contre-indique l'examen de l'intérieur de l'anus (toucher rectal)

4° TRAITEMENT

a/ MEDICAL

Calmer la douleur par des antalgiques ou anti-inflammatoires et régulariser le transit intestinal (par des laxatifs), appliquer des agents locaux de cicatrisation (suppositoires et crèmes) et protéger la paroi du canal anal (suppositoires et crèmes)

b/ CHIRURGICAL

Ablation de la fissure anale : Fissurectomie + Anoplastie de la muqueuse anale au niveau de la fissure.

Une section partielle du sphincter interne : sphinctérotomie postérieure ou latérale (réalisée sous anesthésie générale ou locale) pour lever le spasme des muscles de la continence.

III. FISTULE ANALE

1 - DEFINITION

C'est l'infection de petites glandes situées à l'intérieur de l'anus (glandes d'HERMANN et DESFOSES)

Cette fistule suit un chemin en :

- Créant un orifice interne (primaire) au niveau du rectum,
- Suit un trajet à travers les 2 sphincters (passage trans-sphinctérien)
- Création d'un orifice secondaire externe (secondaire) cutané

2* DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic se fait de manière rétrograde par la fistulographie.

Dans un premier temps il y aura la constitution d'un abcès anale (rougeur, chaleur, œdème)

En cas de récurrence → marge péri-anale (présence d'un orifice) mais sans douleur → demander une fistulographie (c'est la récurrence qui confirme le diagnostic d'un abcès péri-anale)

3* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer de l'anus
- Cancer du rectum
- Maladie de crohn

4* TYPES DE FISTULES

Il existe 4 types de fistules

Plus la fistule est proche de l'anus et basse (orifice secondaire), plus l'orifice primitif se rapproche du rectum (**technique du bleu de méthylène**)

5* TRAITEMENT

Le traitement est seulement chirurgicale (car c'est une infection chronique)

Effectuer une sphinctérotomie progressive à l'élastique