

PATHOLOGIE ANO RECTALE

I. INTRODUCTION :

Cette pathologie tire son intérêt :

- De son extrême fréquence.
- Connue depuis la haute antiquité.
- Sa symptomatologie, faite de :
 - 1- Douleurs anales.
 - 2- Prurit.
 - 3- Ecoulement séro-sanglant.

Son traitement est bien codifié, moins controversé que les années précédentes.

Cette pathologie ano-rectale regroupe 03 affections :

- Maladie hémorroïdaire.
- Fissure anale.
- Abscess et fistule anale.

II. RAPPEL ANATOMIQUE :

Le canal anal, partie terminale du tube digestif :

1/rôle : permet la fonction d'exonération et assure la continence anale par le biais de l'appareil sphinctérien.

2/ anatomie : le canal anal est formé de 02 étages séparé par la ligne pectinée :

- L'étage sus valvulaire ou sus pectinéal 2/3.
- L'étage sous valvulaire 1/3.

3/vascularisation : est assurée par les branches de l'artère hémorroïdaire supérieur, branche l'AMI ; l'artère hem.

Moyenne, branche de l'artère hypogastrique, et de l'artère hem.

Inférieure, branche de la honteuse interne. Les veines constituent des anastomoses portocaves.

Maladie hémorroïdaire

I. DEFINITION :

Elle est définie comme un ensemble de manifestations pathologiques liées à des modifications du réseau vaisseaux hémorroïdal. Vasculaire hémorroïdal et des tissus avoisinants.

Il s'agit d'une affection, douloureuse et / ou hémorragique de la région anale, qui nécessite une triple démarche :

- Confirmer le degré grâce à un examen proctologique soigneux et d'évaluer le stade.
- Eliminer une affection proctologique autre que la maladie hémorroïdaire.
- Le dépistage orienté des patients à risque de cancer anal.

II. PATHOGENIE :

02 théories s'affrontent bien que complémentaires

> Théorie circulatoire : due aux désordres neuro vasculaires provoqués par une brusque perturbation du système régulateur hémorroïdal.

> Théorie mécanique : plusieurs facteurs interviennent :

01 → une laxité de la sous muqueuse du canal anal.

02 → relâchement progressif et rupture du ligament de PARKS.

03 → hypertonie sphinctérienne.

III. ETIOLOGIE :

Sont incriminés plusieurs facteurs :

→ l'hérédité : il existe un déterminisme génétique transmis selon un mode polygénique.

→ Les troubles du transit : surtout la constipation.

Δ - les épisodes de la vie génitale : période prémenstruelle, grossesse, accouchement.

IV. DIAGNOSTIQUE :

1- Symptomatologie :

- a- Récorragies : d'abondance variable, souvent faible mêlées aux selles ou survenant isolement il n'y aucun parallélisme entre l'abondance des réctorragies et le volume des hémorroïdes.
- b- Inconfort anal : à type de pesanteur, brulures ou irritation avec prurit ou gêne anale.
- c- Douleurs anales : ces manifestations douloureuses sont le témoin d'une complication à type de thrombose, de cryptite ou papillite.
- d- Tuméfactions anales : correspondant à des hémorroïdes externes ou à une hypertrophie d'une ou plusieurs papilles.

2- Examen proctologique : sur un malade en position genu pectoral, il doit rechercher :

- *des lésions d'irritation cutanée perianale.
 - *l'existence d'hémorroïdes externes de volume variable.
 - *une papille hypertrophiée et extériorisée.
 - *des marisques (replis cutanés mous non douloureux).
 - *des prolapsus thromboses hémorroïdaires (dilatations violacées et douloureuses).
 - *un prolapsus thrombose circulaire et douloureux.
- Δ - le toucher rectal et la rectoscopie ou anoscopie : permet d'apprécier leur degré évolutif .toute lésion suspecte, doit être biopsiée.

3- Classification :

- 1^{er} degré : hémorroïde interne non procidante
- 2ieme degré : hémorroïde s'extériorisant et réintégrant spontanément lors de la défécation.
- 3ieme degré : hémorroïde se prolabant en dehors de la défécation (réintégration digitale).
- 4ieme degré : prolapsus hémorroïdaire interne.

4- FORMES EVOLUTIVES : l'évolution est émaillée de crises liées à l'inflammation locale et aux micros thromboses insitu. elles peuvent se compliquer :

→ a- hémorragies répétées : une anémie hypochrome.

→ b- prolapsus : procidence des hémorroïdes internes devenant, permanente.

→ c- thromboses hémorroïdaire externe : debut brutal, avec douleurs internes, inspection d'une tuméfaction bleuâtre tendue, au niveau de la marge anale. Son évolution spontanée se fera en quelques jours soit vers la régression progressive du caillot laissant place à une marisque soit vers la nécrose superficielle avec ulcération.

→ d- thrombose hémorroïdaire interne se fait :

- 5- Dans le canal anal : crise hémorroïdaire interne.
- 6- En dehors du canal anal : début brutal lors de la défécation, intérêt de l'anuscopie sous anesthésie locale.

4- Diagnostic différentiel :

- Hypertrophie papillaire.
- Abcès anal.
- Fissure.

5- Traitement :

A- Règles hygiéno dietique :

Δ - hygiène alimentaire : il est à éviter : épices, boissons alcoolisées, café et thé.

Δ - régularisation du transit intestinal ; laxatifs.

Δ - psychothérapie.

6- Médicament :

1- Vasculotropes/veinotonique-(pommade,cp) :

Action anti œdémateuse.

- Antiseptique locaux/bain de siege.§
- Anesthésique locaux/pommade.

2- Traitement instrumental : ce sont les techniques instrumentales ambulatoires dites endoscopiques car elles sont effectuée à travers une anoscopie.

-injection sclérosantes.

- ligatures élastiques.

Cryothérapie.

Photo coagulation infra rouge.

La sonde chauffante par thermorégulation.

L'électrocoagulation.

3- Traitement chirurgical :

L'intervention de base est l'hémorroïdectomie réglée avec ou sans anoplastie postérieure.

4- Indications :

- Stade 1 et 2traitement médical.
- Stade 3 Traitement instrumental, si échec.
- Stade 4 : traitement chirurgical.

Abcès et fistules anales

I. INTRODUCTION :

Entrant dans le cadre des suppurations anales dont le point de départ est l'infection des glandes d'Hermann et des fosses. Ces glandes s'abouchent dans les cryptes au niveau de la ligne pectinée. L'infection part des canaux glandulaires entraînant un abcès dans l'espace inter sphinctérien.

- Les germes en cause sont d'origine intestinale.
- L'abcès évolue en 03 phases :
 - Phase pré suppurative.
 - Phase suppurative abcès.
 - Phase de fistulisation.
- La fistule anale est constitué :
 - D'un orifice primaire.
 - D'un trajet fistuleux.
 - D'un orifice secondaire.

II. DIAGNOSTIC CLINIQUE :

A. Phase de collection abcédée :

- La douleur est le maître symptôme, intense, pulsatile à type de brûlure de siège périnéal, fessier ou marginal.
- On note un syndrome infectieux avec fièvre ++, hyperleucocytose.
- Autres signes : dysurie, rétention d'urine.
- L'examen proctologique retrouve une tuméfaction douloureuse, érythémateuse, tendue.

B. Phase chronique : la symptomatologie est dominée par une gêne et un écoulement sero sanglant ou purulent, tachant les sous vêtement, parfois un prurit anal, l'interrogatoire peut retrouver parfois un abcès ancien négligé ou maltraité médicalement.

L'examen proctologique retrouve l'orifice secondaire de drainage.

III. CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE DES FISTULES ANALES :

De nombreuses classifications ont été publiées, nous retiendrons celle de PARKS : sa précision et sa simplicité expliquant qu'elle soit imposée, elle est basée sur la disposition du trajet principal par rapport au muscle élévateur de l'anus et au sphincter externe.

PARKS distingue 4 types de fistules anales :

- 1- Fistules anales inter sphinctériennes : plus fréquente 45-60% elles traversent le sphincter interne à partir d'une crypte pour rejoindre l'espace inter sphinctérien, elles respect le sphincter externe.
 - Le trajet fistuleux rejoint le périnée au niveau de la marge anale, réalisant une fistule anale simple.
- 2- Fistules anales trans sphinctériennes : 20 à 30 % elles traversent le sphincter externe le trajet fistuleux rejoint le périnée à travers l'espace ischioanal. La hauteur de la traversée du sphincter externe par rapport au plan du muscle élévateur définit les fistules anales trans sphinctérienne hautes ou basses.
- 3- Fistule anales supra sphinctériennes : 3.3-20% elles contournent par en haut la totalité du sphincter externe et le muscle élévateur de l'anus.
- 4- Fistules anales extra sphinctériennes : très rares ; le trajet fistuleux relie le rectum et le périnée à travers le plancher pelvien et l'espace ischiorectal sans concerner ni le canal ni le sphincter anal, fréquente dans la maladie de CROHN.

IV. EXAMEN PARACLINIQUE :

- Biologie : FNS, test H.I.V, glycémie (diabète).
- Endoscopie : rectoscopie, orifice secondaire, recherche des pathologies sous jacents.
- Fistulographie : permet un diagnostic topographique.
- RNM : semble l'examen le plus prometteur : technique non invasive indolore.

V. FACTEURS DECLENCHANTS :

- Infections répétées chez les immunodéprimés(H.I.V).
- Maladie de crohn à expression ano rectale.

- Diabète.

VI. TRAITEMENT :

A- Médical : 1^{ère} phase

Hygiène de vie.

Bain de siège/antiseptique.

Antibiothérapie.

B- Traitement chirurgical :

1- Phase d'abcédation : l'évacuation de l'abcès avec prélèvement de pus à visée bactériologique.

2- Phase de fistulisation :

⇒ a- fistule inter sphinctérienne : résection du trajet fistuleux ou fistulectomie.

⇒ b- fistule trans sphinctérienne résection partiel du trajet fistuleux, plus traction élastique.

⇒ c- fistule supra sphinctérienne :

Traitement chirurgical difficile, elle se fait en plusieurs temps.

⇒ d- fistules complexes : en fer à cheval en plusieurs temps.

Fissure anale

- i. Définition :** la fissure anale est une affection autonome acquise caractérisée par une perte de substance cutanée longiligne de la marge anale , réalisant une proctologie la plus fréquente.

II. Diagnostic :

Forme typique : la fissure jeune.

- Symptomatologique fonctionnelle :
 - Douleur caractéristique, à type de déchirure, provoquée et rythmée par la défécation qui la réveille. Cette douleur persiste de quelques minutes à plusieurs heures après la défécation, parfois après une brève accalmie post fécale, réalisant alors un rythme à trois temps : Le syndrome fissuraire, elle peut irradier vers les fesses, les organes génito-urinaires, les cuisses.
 - Symptômes associée ; les plus habituels sont : le saignement (85% des cas), minime, un prurit marginal, une constipation réflexe.
- Examen clinique : le diagnostic est posé à l'inspection. Il se fait grâce au de plissement ment doux de la marge anale chez un patient en position genu pectorale.

La fissure est commissurale postérieure à extrémité effilée qui remonté entre les plis radies dans le canal anal sans débordé sur la muqueuse glandulaire.

Son extrémité distale est arrondie prenant en général la forme caractéristique d'une raquette avec des bords rosé.

Le toucher rectal réveille la douleur postérieure et retrouve l'hypertonie sphinctérienne.

Forme clinique :

1- Formes évolutives :

- La fissure jeune, en absence du traitement, va se modifier, la tonicité a tendance à diminuer et parallèlement la douleur décroît.
- Au cours de l'évolution peuvent apparaitre des excroissances épithéliales :

*les annexes peuvent être soit une formation fibreuse au pied de la fissure, dans le canal anal.

*La stase fécale est responsable d'une suppuration de la fissure qui peut aboutir à un petit abcès polaire distal qui se draine à la peau formant une fistule anale sous cutanée.

2- Selon le terrain :

*fissure des patients constipés au dyschésiques, post traumatique (D'origine obstacle).

*fissure de l'enfant constipé.

3- Selon la topographie :

*les fissures siègent dans 90% des cas au niveau de la commissure postérieure, dans 10% des cas au pôle antérieur de l'anus (il s'agit le plus souvent d'une femme). Les fissures biopolaire sont rares (4%).

*les autres topographies (latérales) sont exceptionnelles et doivent faire rechercher une étiologie spécifique.

III. diagnostic différentiel :

Les autres causes de douleurs sont :

- La thrombose hémorroïdaire externe.
- L'abcès marginal.
- Le syndrome préfissuraire : la douleur est identique à celle d'une fissure anale mais l'examen clinique est normal.

Les autres pertes de substance de la marge anale : elles peuvent être le fait :

- D'une infection (cytomégalovirus, chancre syphilitique, tuberculose anale) notamment en cas d'infection par le HIV.
- Une fissure symptomatique d'une autre affection :
 - Cancer épidermoïde à forme fissuraire.
 - Ulcération anale au cours d'une hémopathie ou d'une agranulocytose (chimiothérapie).
 - Une maladie inflammatoire de l'intestin, éventuellement la maladie de crohn.
- Une affection dermatologique (eczéma, psoriasis).

En cas de saignement : la présence d'un saignement doit conduire à une exploration colo rectale, au minimum une sigmoidoscopie.

IV. traitement :

Traitement médical :

- Régularisation du transit intestinal.
- Antalgique, Anti-inflammatoire.
- Topique cicatrisant, voire un anesthésique de contact.
- Traitement instrumental : injection au niveau sous fissuraire d'une solution sclérosante.

Traitement chirurgical :

- La sphincterectomie : il s'agit d'une section distale partielle du sphincter interne.
- La fissurectomie (l'ablation de la fissure).