

Pathologie bénigne anorectale

Pr. Y. BENKHALEF

Clinique Chirurgicale « B »

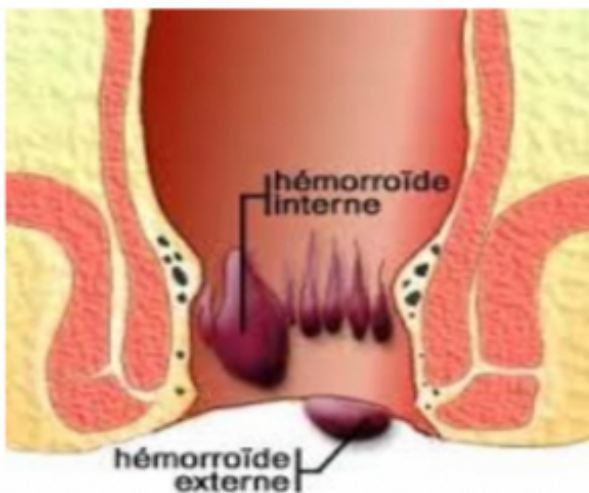
2021-2022

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

Trois pathologies essentielles:

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

Voir les images du cours sur la diapositive



MALADIE HÉMORROÏDAIRE

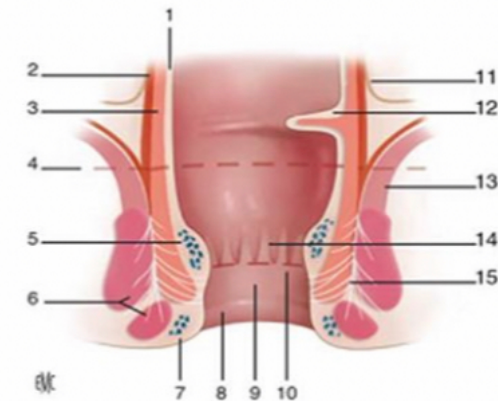
I-GENERALITES:

- 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: 3ème décade / maximum: 40-65 ans

I- ANATOMIE:

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



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. contribue 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 »

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 Héréditaire
- 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:

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.

B- 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 ».

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 canalaire.

Difficilement réalisable en période aigüe.

VII- DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

-RECTOSCOPIE:

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

-CLASSIFICATION:

- Stade I: Hémorroïdes non procidentés 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.

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

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, ginko-biloba, troxérutine.)

5- Antalgiques : douleurs des thromboses hémorroïdaires.

6- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : action antalgique et anticdémateuse.

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

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 ».

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:

2 stades

A - STADE INITIAL D'ABCES:

1- Symptômes:

- Douleur anorectale: +++d'apparition récente, d'intensité croissante, insomniante, 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.

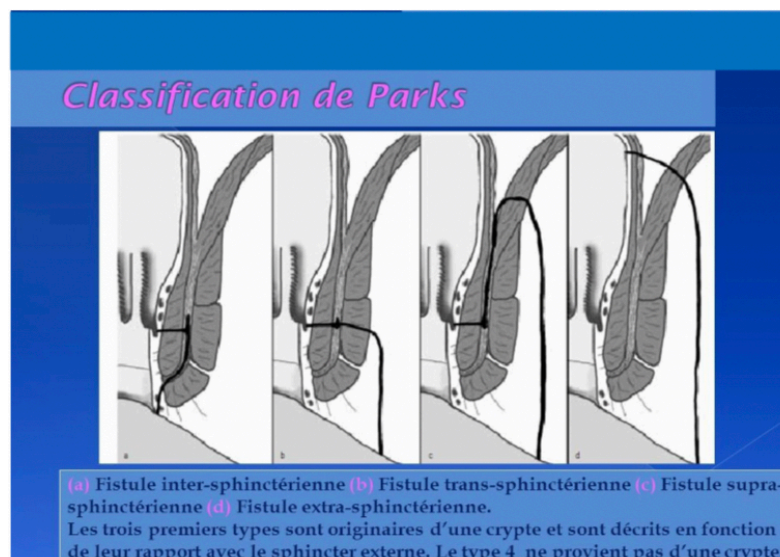
B - STADE SECONDAIRE DE FISTULE CONSTITUEE:

- 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 passagecontrolatéral de la suppuration.



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- TRAIEMENT:

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

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 ovale 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.

III-PHYSIOPATHOLOGIE:

Plusieurs mécanismes

1- Composante mécanique :

- trouble du transit (selle dure)
- effort d'expulsion lors de l'accouchement.

2- Composante vasculaire : ischémie dermique

IV-DIAGNOSTIC:

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

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.