



Sémiologie clinique et explorations pathologies anorectales

Dr MOHAMMED RIAD MOKHTAR

**Faculté de Médecine
Mostaganem
2015 2016**

Objectifs pédagogiques

Prérequis

Anatomie rectum et canal anal

Physiologie de la défécation

- Décrire les signes fonctionnels en rapport avec les pathologies anorectales
- Décrire la conduite de l'examen physique
- Décrire les méthodes d'explorations radiologiques et leurs indications
- Citer les principales pathologies proctologiques « anorectales »
- Corréler les signes fonctionnels et physiques aux pathologies proctologiques

RAPPELS :Anatomie

Le rectum et le canal anal constituent le segment terminal du tube digestif. Le rectum ou ampoule rectale est le segment pelvien et forme un réservoir contractile. Le segment périnéal est le canal anal muni d'un double sphincter assurant la continence anale.

Rectum :Partie terminale du segment digestif mesure 15 cm

Divisée en 3 segments à partir de La marge anale : repère anatomique

Bas rectum: 0/5cm

Moyen rectum: 5/10cm

Haut rectum: 10/15cm

Fait suite au colon sigmoïde depuis la charnière recto sigmoïdienne jusqu'au canal anal

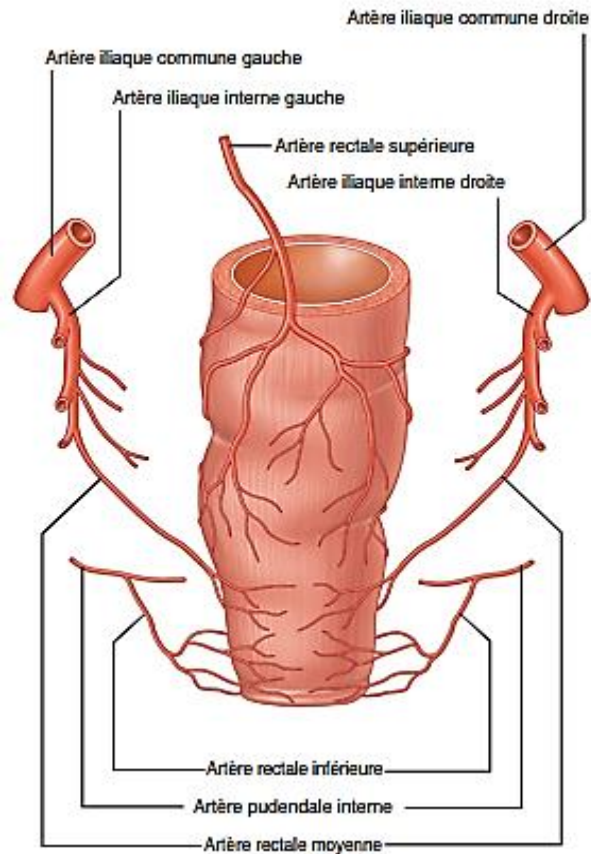
Rapports organes de voisinage : utérus cloison recto vaginale chez la femme/vessie prostate chez l'homme

Sacrum en arrière

Canal anal: APPAREIL SPHINCTERIEN

- ✓ sphincter anal externe un muscle strié constitué de trois couches concentriques formant un anneau de 7 à 10 mm d'épaisseur sur 25 à 30 mm de hauteur.
- ✓ sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale lisse, et en contraction tonique, permanente et involontaire.

Fonction: réservoir de stockage des selles avant évacuation d'où le rôle de l'appareil sphinctérien dans la continence anale

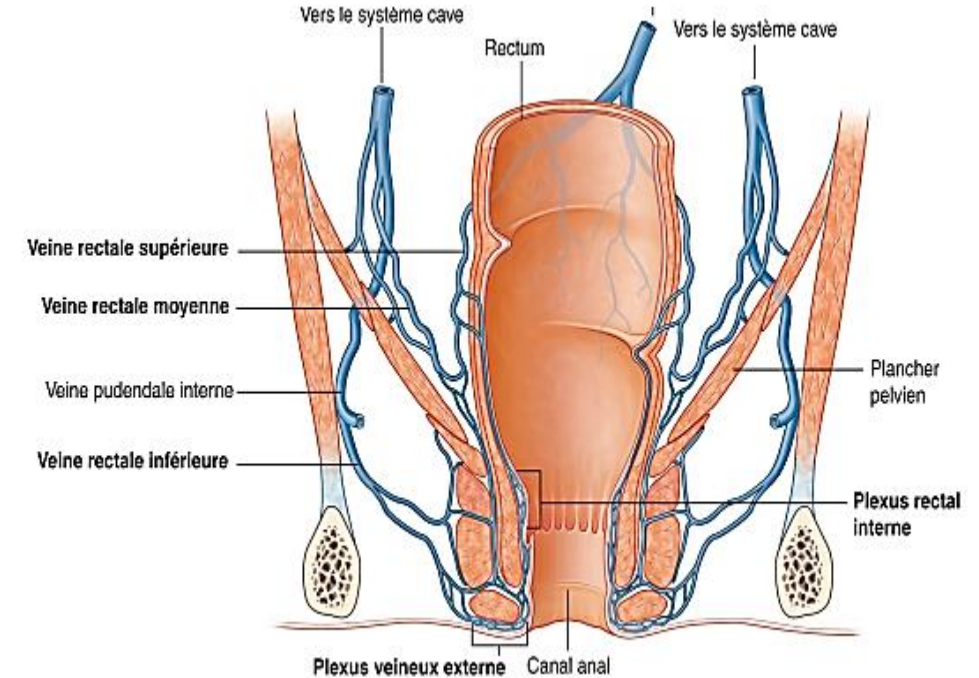


Vascularisation artérielle:

- Artère rectale supérieure, branche terminale de l'artère mésentérique inférieure
- Artère rectale moyenne et artère rectale inférieure: branches de l'artère iliaque interne

Vascularisation veineuse

- Les veines rectales supérieures se drainent dans le système porte
- les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans le système cave.
- Les anastomoses veineuses sous muqueuses du bas rectum constituent donc une des anastomoses portocaves « physiologiques ».



Les hémorroïdes sont des structures vasculaires physiologiques.

- Plexus hémorroïdaire interne, le plus important, est constitué de trois paquets vasculaires situés dans l'espace sous-muqueux, entre la muqueuse du canal anal et le sphincter interne, au niveau et au-dessus de la ligne pectinée
- Plexus hémorroïdaire externe est situé sous la ligne pectinée, au niveau de la marge anale.

RAPPELS :physiologie

Défécation :

Lorsque le rectum est plein, le besoin d'aller à la selle se fait sentir: C'est un phénomène réflexe.

Sous le contrôle de la volonté, le sphincter anal (muscle de l'anus) se relâche, permettant l'ouverture de l'anus et l'évacuation des selles.

La défécation résulte d'une succession de phénomènes :

- Contraction des muscles rectaux qui réduit la capacité de réservoir du rectum ;
- Fermeture de la charnière recto sigmoïdienne qui évite le reflux des matières vers l'amont ;
- Augmentation de la pression abdominale par contraction, à glotte fermée, des muscles abdominaux et du diaphragme ;
- Baisse de la résistance à l'écoulement du contenu intra rectal par le relâchement de la sangle des releveurs (notamment le relâchement du faisceau puborectal qui fait disparaître l'angle anorectal) et l'ouverture des sphincters.

- Au repos, le rectum est normalement vide. Dans le canal anal, sur une hauteur d'environ 3 cm, une zone de haute pression entre 50 et 100 cm d'eau, très supérieure à la pression rectale et due à la contraction tonique permanente du sphincter anal interne et permet d'éviter toute issue de gaz ou de matières par l'anus.
- L'arrivée de matières dans l'ampoule rectale, sous l'effet d'une contraction sigmoïdienne, provoque une distension des parois rectales, associée à une élévation de la pression intra rectale et à l'apparition d'une sensation de besoin exonérateur quand cette pression dépasse 30 cm d'eau.
- La sensation de besoin s'associe à une contraction rectale propulsive (réflexe recto rectal), un relâchement du sphincter anal interne, secondaire au réflexe rectoanal inhibiteur et une contraction réflexe du sphincter anal externe, secondaire au réflexe rectoanal excitateur. Ces trois éléments sont regroupés sous le terme de réflexe d'échantillonnage.
 - ✓ Le réflexe rectoanal inhibiteur permet au contenu rectal de rentrer en contact avec la riche innervation sensitive spécialisée de la partie haute du canal anal, et à l'individu d'être renseigné sur la nature du contenu rectal (liquide, solide, gazeux).
 - ✓ Le réflexe rectoanal excitateur prévient l'issue immédiate de matières. L'acte de continence ou défécation, est sous le contrôle de la volonté de l'individu qui choisit de répondre ou non au besoin exonérateur en fonction des conditions dans lesquelles il se trouve.

SIGNES FONCTIONNELS

- **Douleur:** préciser ses caractéristiques

Type

rythmée par la défécation ou non

Début brutal ou progressif

Signes d'accompagnement (tuméfaction ; saignement, constipation)

Intensité

Aigüe ou chronique

- Ténésme désigne des contractures et des douleurs rectales; il procure la sensation d'avoir besoin d'aller constamment à la selle.
- Proctalgie fugace: douleur rectale chronique d'intensité variable ,diagnostic d'exclusion

- **Rectorragie:** émission de sang rouge par l'anus préciser :

- ✓ Quantité :apprécier l'abondance

- ✓ Aspect : à différencier de l'émission de selles noires goudron fétide (méléna) ou de colorations alimentaires (betteraves)

- ✓ Rythmée ou non par la défécation

- **Tuméfaction:** Induration douloureuse +++ :abcès

Tuméfaction anale douloureuse :maladie hémorroïdaire thrombosée, prolapsus hémorroïdaire

Tuméfaction anale Non douloureuse: Marisque hémorroïdaire/maladie hémorroïdaire/condylome

- **SUINTEMENT EMISSION RECTALE NON HÉMORRAGIQUE:** Fuite de selles : troubles de la continence anale
Ecoulement de pus : fistule périanale
- **PRURIT ANAL:** démangeaisons importantes de la région péri-anale :lésion dermatologique(Dermatitis eczéma)
,oxyurose
- **TROUBLES DU TRANSIT :** diarrhées /constipation (MICI ,constipation terminale)
- **DYSCHESIE :** exonération en plusieurs temps ou anormalement longue, sensation de blocage Ano rectale ou de vidange incomplète du rectum, nécessité d'un effort intense et prolongé lors de la poussée, recours à des manœuvres digitales: constipation terminale en rapport avec les troubles de statique rectale(prolapsus rectal) /affections neurologiques ou psychiatriques/patient sous neuroleptiques/ sujet âgé sédentaire.
- **PROLAPSUS RECTAL:** extériorisation par l'anus de toute ou partie de la paroi rectale.

Interrogatoire : préciser terrain /caractères du signe d'appel/signes d'accompagnements/début et durée d'évolution

SYNDROME RECTAL :

- ✓ **Ténesme:** tension douloureuse et inefficace qui accompagne et suscite les efforts de défécation
- ✓ **Epreintes:** douleur abdominale de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive
- ✓ **Faux besoins:** Envie impérieuse de déféquer n'aboutissant qu'à l'évacuation de déjections pathologiques afécales

SYNDROME OCCLUSIF : douleur abdominale +vomissements +arrêt des matières des gaz

EXAMEN PHYSIQUE :

EXAMEN PROCTOLOGIQUE : après l'interrogatoire bien expliquer au patient l'examen proctologique et assurer les conditions d'examen respectant l'intimité de celui-ci .

Inspection: aspect marge anale :

Aspect normal des plis radiés de l'anus (fins et harmonieux)

Rechercher un orifice fistuleux : préciser :siège horaire,nombre,aspect .

une tuméfaction :préciser: nombre, aspect ,siège horaire.



Toucher rectal:

✓ En position genu pectorale

✓ En décubitus latéral

✓ En décubitus dorsal, cuisses fléchies en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face postérieure et la partie haute du rectum

Le doigt ganté lubrifié explore :

Tonus et contraction volontaire de l'appareil sphinctérien: Toucher actif

La moitié inférieure du rectum (jusqu'à 8 cm) d'une façon circulaire explore toutes les faces de la paroi rectale

Prostate chez l'homme, combiné au TV col utérin chez la femme

Cul-de-sac de Douglas

Authentifie les rectorragies

Toucher combiné au palper abdominal

Le toucher rectal retrouve

- **Masse** préciser

- ✓ siège par rapport à la marge anale (pole inférieur)
 - ✓ taille
 - ✓ nombre
- ✓ aspect macroscopique végétant ou ulcérée
 - ✓ mobilité par rapport à la paroi
 - ✓ Type :pédiculé ou sessile

- **Ulcérations:** préciser le nombre ,siège et taille

- ✓ Ulcération thermométrique
- ✓ Ulcère solitaire du rectum
- ✓ Ulcérations multiples : maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn ,recto colite ulcéro-hémorragique)

- **Fécalome:** accumulation de matières fécales déshydratées et stagnantes dans le rectum.

- **Douleur au cul de sac de Douglas:**

Urgence chirurgicale témoignant de l'irritation péritonéale : cri de DOUGLAS

Compléter l'examen proctologique par l'examen des autres appareils et l'examen général

EXPLORATIONS

- **Anuscopie** se pratique avec un appareil court muni d'un mandrin pour l'introduction. Il permet de voir la muqueuse du canal anal comprenant la partie glandulaire, les cryptes et la zone cutanée lisse. Cet examen est indolore et ne nécessite aucune préparation.
- **Rectoscopie au tube rigide** se fait avec un appareil de 15 à 25 cm. Cet examen explore la muqueuse de tout le rectum jusqu'à la charnière recto sigmoïdienne située à 12-13 cm de la marge anale. Celle-ci peut être franchie mais les manœuvres sont souvent douloureuses. L'examen doit être indolore et peut être pratiqué soit sans préparation, soit après évacuation rectale par un micro lavement.
- **Rectosigmoïdoscopie au tube souple**, encore appelée coloscopie courte ou coloscopie gauche, permet d'explorer le rectum côlon sigmoïde. Elle ne nécessite pas de sédation et doit être indolore. pratiquée après évacuation recto sigmoïdienne par un ou plusieurs lavements de petit volume. La progression est interrompue par la douleur ou par la présence de matières.

Ces examens doivent dans certains cas être complétés par une exploration totale du côlon par coloscopie.

Rectosigmoidoscopie avec biopsie de toute lésion et examen Anapath+++

- **Lavement baryté opacifications** ::examen radiologique permettant de visualiser le rectum et sigmoïde par introduction à partir d'une sonde rectale , d'une substance de contraste "baryum"
- **TDM abdomino-pelvien**: intérêt lors des occlusions ,extension d'un cancer aux organes de voisinage.
- **Echoendoscopie rectale**: Exploration de la paroi rectale, de l'appareil sphinctérien et des organes de voisinage
- **IRM pelvienne**: recherche de fistule et suppurations périnéales et bilan d'extension du cancer du rectum
- **Défécographie**
Imagerie dynamique avec opacification du rectum et du canal anal
Recherche d'anomalies fonctionnelles ou anatomiques ano-rectales et du plancher périnéal.
- **Manométrie** :en cas d'incontinence anale

Mesure du tonus sphinctérien basal (sphincter interne)
Contraction volontaire (sphincter externe)
Réflexe recto-anal inhibiteur

PATHOLOGIES PROCTOLOGIQUES ANO RECTALES

- **Pathologie tumorale maligne** : cancer du rectum ;cancer du canal anal
- **Pathologie Tumorale Bénigne** :tumeurs villeuses, polypes
- **Pathologie inflammatoire : MICI(maladies inflammatoires chroniques intestinales)** maladie de Crohn / Recto colite hémorragique

- **Pathologies anales:**
 - Maladie hémorroïdaire externe
 - Abcès périanal
 - Abcès intra canalaire
 - Fissure anale
 - Fistule anale ou périanale
 - Kyste pilonidal
 - Condylome

MARISQUE



Maladie hémorroïdaire

Ensemble des complications liées aux dilatations veineuses sous muqueuses (hémorroïdes internes) ou sous-cutanées (hémorroïdes externes)

Extériorisation intermittente ou permanente des hémorroïdes (on parle aussi de procidence). Le prolapsus peut s'extérioriser lors de la selle ou lors d'effort . Il peut se réintégrer spontanément ou nécessiter des manœuvres digitales de réintégration.

La thrombose hémorroïdaire externe se caractérise par une tuméfaction douloureuse d'apparition brutale, siégeant au niveau anal.



**Prurit anal en rapport avec une
dermite anale érosive**



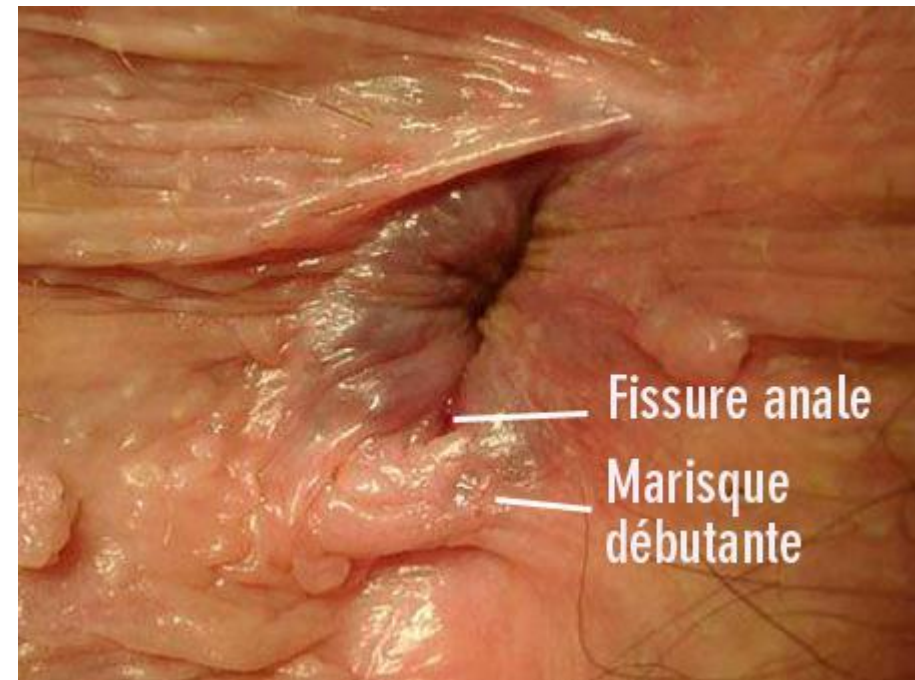
Prolapsus rectal

Extériorisation par l'anus de toute ou partie de la paroi rectale.



Fissure anale

La fissure anale est une ulcération siégeant au niveau de la muqueuse de la partie basse du canal anal (zone située entre la peau périanale et la ligne pectinée). Elle a un aspect typiquement en raquette à bords décollés. Son fond est habituellement atone, non bourgeonnant. Elle s'accompagne habituellement d'une hypertonie du canal anal .



ABCES ANAL

Collection purulente à proximité de la région anale



FISTULE ANALE

Ecoulement périanal intermittent de pus par un orifice souvent induré, en relief et inflammatoire



Kyste pilonidal

le kyste ou sinus pilonidal (en rapport avec des poils) est une cavité qui se forme sous la peau. Elle est secondaire à l'accumulation de poils ayant pénétré dans le derme le plus souvent par une petite fossette présente chez certains individus au niveau du sillon inter fessier. La localisation la plus fréquente concerne la région sacro-coccygienne (d'où l'ancienne dénomination de kyste sacro-coccygien).



CONDYLOMES

les condylomes de l'anus, également appelés papillomes "végétations vénériennes ou crêtes-de-coq" sont des excroissances comparables à des verrues, blanchâtres, rosées ou grisâtres.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DIGESTIVE © CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014
ICONOGRAPHIE : <http://www.proktos.com/>

❑ Patiente âgée de 35 ans présente une douleur anale vive, atroce, intense, survenue lors de la défécation, qui s'est calmée quelques minutes pour réapparaître de manière rapidement croissante, maximale en 3 heures. Pas de saignement associé.

- A quoi pensez-vous ?
- Quel signe physique recherchez vous?
- Qu'est ce qu'il faut proscrire?

❑ Patiente âgée de 65 ans, présente depuis quelques mois des pertes anales en dehors des selles, l'obligeant à porter des couches. Dans ses antécédents, on note 4 grossesses difficiles, un DID mal équilibré depuis l'âge de 30 ans et un syndrome dépressif depuis 5 ans.

A quoi pensez vous?

❑ Patient âgé de 70 ans, consulte pour des rectorragies évoluant depuis 2 mois. ATCD médicaux : une HTA difficile à équilibrer,).

Il prend parfois des AINS pour son lumbago.

Il a déjà saigné il y a un an, le diagnostic d'hémorroïdes avait été retenu, et tout était rentré dans l'ordre avec un traitement médical.

A quoi pensez vous?

Quel signe physique recherchez vous?

Quelle exploration demandez vous ?

QUESTIONS : VRAI OU FAUX

Les hémorroïdes sont physiologiques

vrai faux

Devant une rectorragie, à l'évidence liée à un saignement hémorroïdaire, le TR est inutile

vrai faux

La fissure anale aiguë est très douloureuse et le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen proctologique

vrai faux

La première cause du prurit anal est d'origine psychogène

vrai faux

La fistule anale est souvent secondaire à un abcès intra-mural ou péricirculaire

vrai faux