

GUIDELINES DE PROCTOLOGIE POUR LES URGENCES

Dr B. ROCHE, Dr S. TCHOKOTEU, Dr S. ABRASSART



TABLE DES MATIERES

p. 3 à 5	Proctologie en un coup d'œil
p. 7 à 10	Anamnèse et examens en proctologie
p. 10	Toucher rectal
p. 11	Différents types de pathologies
p. 12 à 18	Fissures anales
p. 18 -25	Pathologies hémorroïdaires
p. 21	Thrombose hémorroïdaire
p. 24-25	Prolapsus hémorroïdaire
p. 26 à 32	Abcès
p. 33-34	Fistules
p. 35-36	Kyste sacro-coccygien (KSC)
p. 37	Algorithme décisionnel lors de douleurs anales

PROCTOLOGIE D'URGENCE EN UN COUP D'ŒIL

1) Fissure anale



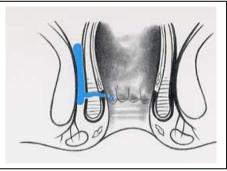
Symptômes: Douleur aiguë, brutale, violente, sensation de brûlure interne, déclenchée par les selles puis calmée en 15 - 30 minutes, puis reprise lancinante. Rectorragie minime, constipation.

<u>Examen clinique</u>: Marisque, contracture anale douloureuse souvent hémorroïdes associées.

<u>Traitement</u>: antalgique, EMLA crème laxatifs, AINS et rendez-vous programmé en consultation en proctologie.

2) Abcès intra-mural du rectum





<u>Symptômes</u>: Douleur ano-périnéale progressive devenant atroce, lancinante, pulsatile, insomniante, souvent rétention d'urines associée chez l'homme, syndrome septique éventuel.

<u>Examen clinique</u>: Anus béant, parfois écoulement purulent, au TR: tuméfaction rectale localisée atrocement douloureuse.

<u>Biologie</u>: NFS, CRP Echographie endo-rectale ou CT

3) Thrombose hémorroïdaire externe



<u>Symptômes</u>: Douleur aiguë brutale.

<u>Examen clinique</u>: Tuméfaction bleuâtre, unique, localisée sur la marge anale, douloureuse, dure au toucher.

<u>Traitement</u>, par le senior ou le chirurgien :

- Anesthésie locale par 5cc de Xylocaïne à 1% sous la thrombose,
- Incision au bistouri de la convexité,
- Exérèse des caillots avec curette, puis
- Compresse bétadinée.

Sortie avec ordonnance de Daflon®, antalgique, AINS, soins locaux.

4) Prolapsus hémorroïdaire thrombosé



<u>Symptômes</u>: Douleur aiguë brutale, position assise impossible.

<u>Examen clinique</u>: Déformation de plus d'un tiers de la circonférence par une zone oedématiée et inflammatoire contenant de nombreux nodules bleuâtres douloureux.

Avis chirurgical. Si pas d'acte chirurgical en urgence :

- Sortie avec repos au lit,
- Daflon®,
- Antalgique,
- Bains de siège,
- Arrêt de travail.

5) Abcès fessier ou péri-anal



<u>Symptômes</u>: Douleur progressive, lancinante,

Examen clinique: Syndrome septique, tuméfaction inflammatoire tendue et très douloureuse localisée sur le versant cutané de l'anus ou à distance sur le périnée, de la fesse ou de l'ischion.

<u>Traitement</u>: Incision sous AL, lavage, mèche, EMLA, douches 6 x/jr.

6) Marisque ou Hémorroïde externe



Marisque = transformation fibreuse d'une hémorroïde.

Clinique : souple, indolore, non ulcérée

Traitement:

Stade 1-2 -> TTT conservateur.

Stade 3-4 quand taille ++ -> TTT chirurgical.

7) Kyste pilonidal ou kyste sacro-coccygien (KSC)



Lésion kystique, développée à la partie haute des fesses, et contenant des poils et des follicules pileux.

<u>Si abcès</u>: simple évacuation dans un premier temps, puis exérèse du kyste dans un second temps lorsque celui-ci est bien vide.

L'excision laisse une cavité plus ou moins grande selon la taille du kyste. Habituellement les berges ne sont pas rappprochées car cela peut être la source de récidive, on laisse la plaie restante en cicatrisation dirigée.

PROCTOLOGIE PRATIQUE EN Voie Verte (VV) : PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES LES PLUS COURANTES

Le but de cette feuille de route n'est pas de refaire le tour de toute la proctologie mais de donner un outil pratique utile pour les internes du SMPR en rotation à la Voie Verte.

Nous essaierons de passer essentiellement en revue les pathologies les plus fréquentes, motifs de consultation.

- l'anamnèse
- > l'examen clinique
- les examens diagnostiques en proctologie
- les différentes étiologies des douleurs anales avec leurs prises en charge spécifiques

Anamnèse en proctologie

Dans 80% des cas, le diagnostic est donné par l'anamnèse

1) Douleurs anales?

dédicatoires

Au cours ou au décours immédiat de la selle (oriente vers une maladie de canal anal (hémorroïdes ou fissure anale).

positionnelles

Déclenchées par la position assise et calmées par l'orthostatisme.

- 2) Hématochésie?
- 3) Prurit?
- 4) Troubles de la continence?
- 5) Etat fébrile?
- 6) Sensation de corps étranger au niveau anal?
 - associée ou non à la défécation
- 7) Tuméfaction?

Examen proctologique





• Inspection Recherche de fissures, marisques, prolapsus, ulcérations anales







• Palpation:

De la marge anale : à la recherche d'une tuméfaction, induration, douleur.



Toucher rectal : doit être expliqué au patient !
Normalement indolore.

Palpation des parois du canal anal, parois du bas rectum, de la prostate chez l'homme et du col utérin chez la femme.

Il faut «amadouer» l'anus au niveau de la marge du canal anal et ensuite évaluer les points suivants :



- 1) Résistance du sphincter interne
- 2) Longueur du canal anal?
- 3) Aspérités des parois anales et rectales
- 4) Y-a-t-il des selles ou pas?
- 5) Y-a-t-il du sang ou pas sur le doigtier?
- 6) Palpation des aires inguinales à la recherche d'ADP non physiologiques.

Examens complémentaires en proctologie :

• Echographie endo-anale

Essentiellement bilan des infections complexes de l'anus (abcès et fistules anales), lésions des sphincters de l'anus, etc.

• CT et IRM du pelvis

2 principales indications:

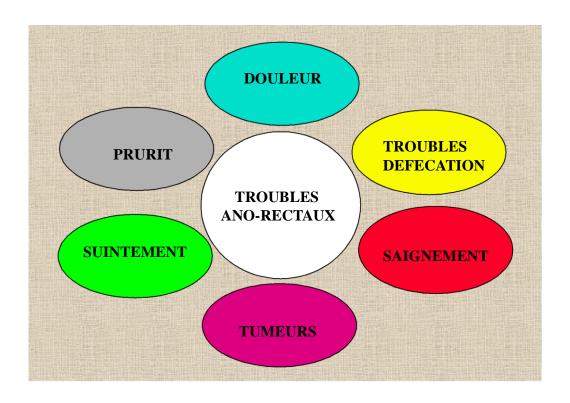
- Extension locale et régionale des cancers du rectum
- Cartographie des lésions suppuratives (fistules et abcès) anopérinéales.

• Défécographie et déféco-IRM

Troubles fonctionnels anorectaux et trouble dynamique de la statique du pelvis (prolapsus rectal et colpocèles).

• Manomérie anorectale

Étude de la physiologie anorectale.

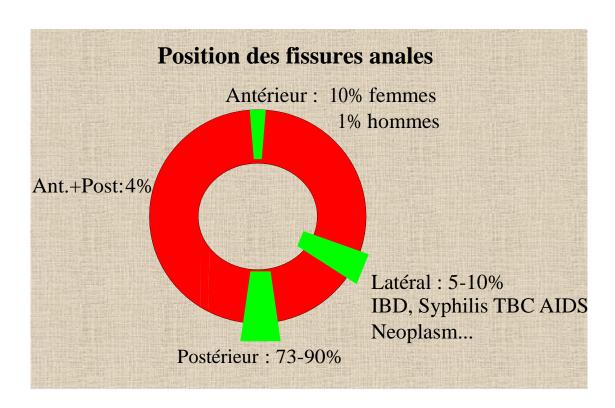


- > Fissures anales
- > Pathologies hémorroïdaires
- > Thromboses hémorroïdaires
- > Abcès ano-rectaux et fistules para-anales
- > Kystes sacro coccygien

FISSURES ANALES

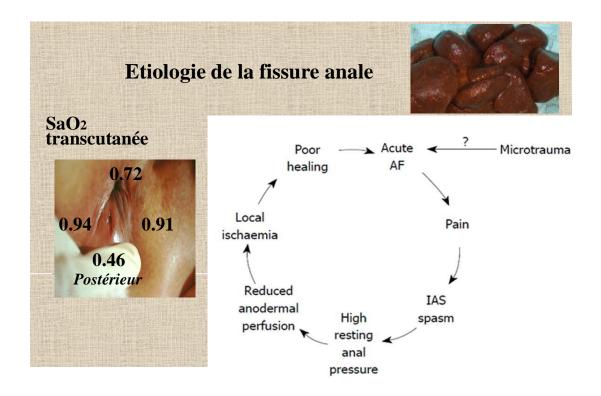
Correspond à une déchirure de l'anoderme du canal anal.





Etiologie principale: traumatisme anal

- Constipation
- Selles dures
- Diarrhées
- Microtraumatisme au niveau de la région postéromédiale du canal anal



Symptomatologie

- Douleur rythmée par les selles, persistant après la défécation, spasmes.
- Saignement fréquent en faible quantité (principalement sur le papier toilette).

Clinique

Ulcération linéaire s'étendant de la ligne médiane postérieure jusqu'à la marge anale.

Toucher Rectal

Retrouve le plus souvent un spasme du sphincter (spasme réflexe).

IMAGES de FISSURES

Fissure aiguë



Ulcération en forme de raquette ou de larme, fond rosé et à berges fines, bords bien délimités.

Fissure chronique



Ulcération plus creuse, atteinte des fibres transversales du sphincter interne (terrain d'infection et d'inflammation) caractérisée par une marisque siégeant au bord distal.

<u>Fissure</u>: Elle s'étend de la ligne pectinée à la marge anale.

Marisque : Exubérance cutanée (au bord distal de la fissure)

À forme de coquillage (marisca en latin).

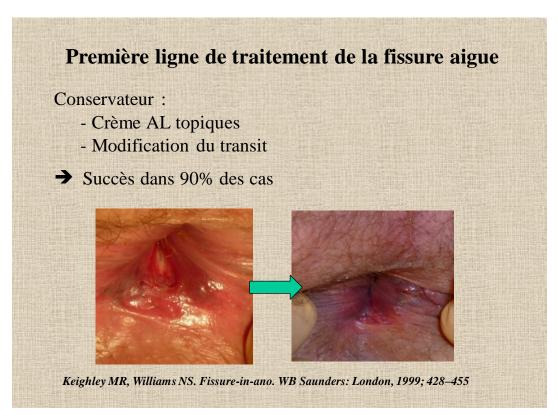
Raghades: Petites lésions multiples dans les plis de l'anus.

Elles génèrent du prurit (mycose, parasitose, psoriasis)

Principaux diagnostics différentiels

- Maladie de Crohn ou cancer (fissure ne guérissant pas sous traitement conservateur bien conduit)
- MST (syphilis, chlamydia, HSV, etc.)
- Tuberculose
- Colite ulcéreuse, RCUH
- Maladie hématologique
- Radique
- Autres (suppuration périanale, pruritus ani, etc.)

1) Traitement médical (1ère intention)



1a) Prise en charge de la douleur

- Antalgique per os
- Application locale anesthésiant (EMLA®) ou de topique local.

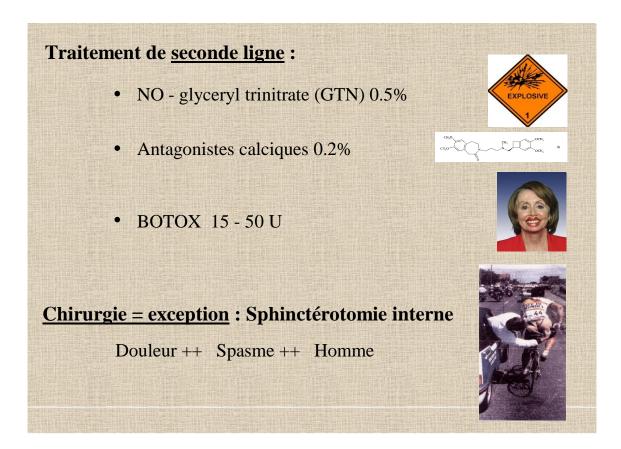
1b) Ramollissement des selles

- Régime riche en fibres
- Laxatifs non irritants (sirop de figue)

À la sortie de la voie verte :

⇒ Suivi de l'évolution par le médecin traitant à 1 semaine ou par un proctologue en ambulatoire.

2) Traitement spécifique – lors échec du traitement médical



Dérivés nitrés et antagonistes calciques

Nitroglycérine 0.2%, Ifédipine 2% (3 à 4x/j) Diltiazem 2% -> font disparaître rapidement la douleur et le spasme et augmentent le flux sanguin

Effets secondaires : céphalées pour la nitroglycérine.

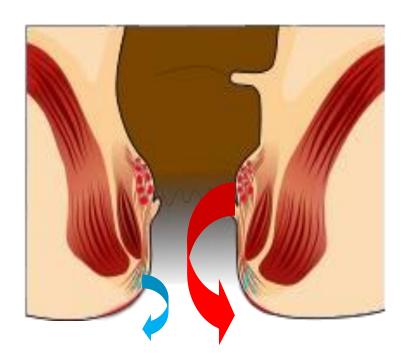
• Toxine botulique

Injection dans l'espace intersphintérien.

Rectogésic®, Isoket® 0,2% dans vaseline -> permet la réduction du spasme

- **3) Chirurgie** en cas d'échec du traitement conservateur ou en cas de fissure chronique.
 - Fissurectomie guérison dans 80% des cas
 - Sphinctérotomie latéral interne partielle si spasme du sphincter
 - Anoplastie muqueuse
 - Lambeau d'avancement pour les ulcérations du bas rectum

Pathologies hémorroïdaires



Prolapsus hémorroïdaire

Rappel anatomique (image ci-dessus)

- Canal anal avec les plexus externes (en bleu)
- Plexus veineux internes (en rouge): portion supérieure du canal anal sous la muqueuse

Physiopathologie

- Atteinte des plexus veineux du canal anal : congestion veineuse secondaire à une dérégulation des shunts vasculaires ou à un retour veineux insuffisant par les veines rectales supérieures entraînant une hypertrophie des coussins hémorroïdaires
- Prolapsus muqueux suite à l'affaiblissement des tissus conjonctifs de la *muscularis mucosae*
- Augmentation de la pression intra abdominale (obésité, grossesse, constipation, prostatisme, etc.)
- Hypertonie du sphincter interne et diminution du retour veineux au travers des shunts trans-sphinctériens

Symptomatologie

- Douleurs continues + masse d'apparition récente ou excroissance douloureuse
- Gonflement et induration de la marge anale (lésion tuméfiéequi ne prolabe pas depuis le canal anal)



En urgence: thrombose hémorroïdaire

= hématome marginal (peut être associé ou non à un prolapsus)



Thrombose hémorroïdaire



Traitement = thrombectomie

Dépend de la durée de la symptomatologie :

- Si <72h: incision sous AL avec évacuation de la thrombose.
- Si >72h : traitement conservateur (régularisation des selles), AINS et veinotonique.

Résorption du thrombus dans les 2 à 3 semaines.

Pour les patients de la Voie Verte :

Orientation soit vers un proctologue ou vers le médecin traitant à 48 heures pour un suivi de l'évolution.

Prolapsus hémorroïdaire thrombosé



Traitement = conservateur

- Améliorer le transit et ramollir les selles (mucilage)
- Antalgique per os (AINS et Paracétamol®)
- Veinotoniques (Daflon®) per os durée d'environ 6 semaines (agissent sur la composante vasculaire et inflammatoire)
- Bain de siège tiède x 2 à 3/j
- Topiques locaux (EMLA®)
- Crème d'hydrocortisone à « tartiner », ne pas dépasser une semaine (risque d'atrophie)
- EMLA® pommade (lidocaine/prilocainum)
- Correction des erreurs diététiques : hydratation abondante, alimentation riche en fibres, activités physiques régulières, éviter les aliments pouvant être irritants tels que alcool, épices, café, thé, etc.
- Surveillance 24 à 48 heures
- Si nécrose : cure chirurgicale

En cas d'échec du traitement conservateur : Indication à sclérothérapie, photocoagulation par rayons infrarouges ou traitement par ligatures élastiques



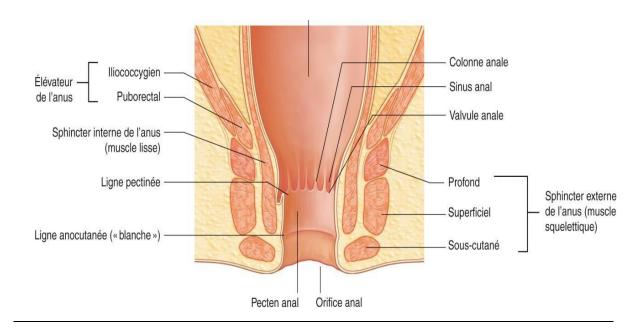
En chronique : maladie hémorroïdaire

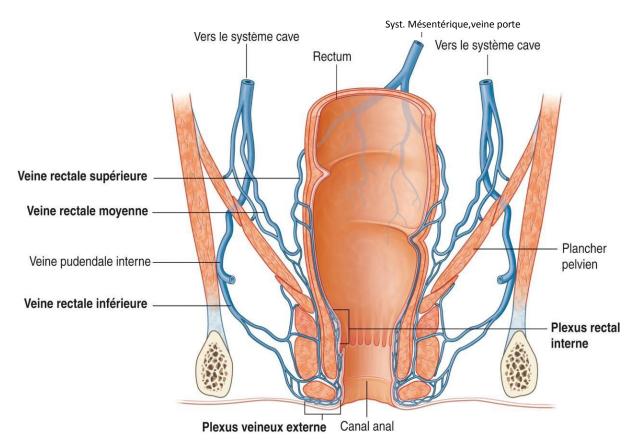
Peut se présenter sous forme de crise douloureuse ! Urgence

Maladie hémorroïdaire = glissement progressif des glomérules artério-veineux hémorroïdaires vers l'extérieur du canal anal.

Qu'est ce qu'une hémorroïde?

Les hémorroïdes sont des glomérules c'est à dire des shunts artério-veineux du canal anal situés au-dessus de la ligne pectinée qui servent à la continence fine (gaz).





Prolapsus hémorroïdaire

Thrombose hémorroïdaire externe = hématome marginal associé ou non à un prolapsus.

4 stades de classification selon le degré de prolapsus associé

- 1. Hypertrophie des coussins hémorroïdaires dans le canal anal visualisé à l'anuscopie sans prolapsus associé
- 2. Présence d'un prolapsus hémorroïdaire lors du Valsalva, se réduisant spontanément
- 3. Prolapsus au Valsalva, nécessitant une réduction digitale
- 4. Prolapsus irréductible

Symptômes les plus fréquents :

Saignement	59%		
Douleur	22%		
Prurits	10%		
Prolapsus	9%		

Quand douleur +++, penser à la possibilité d'une thrombose hémorroïdaire, à une fissure anale (association concomittante dans 20% des cas chez le même patient), à un prolapsus hémorroïdaire de stade IV.

Prolapsus hémorroïdaire de stade III



Traitement prolapsus hémorroïdaire de stade 3-4 -> Chirurgical

- hémorroïdectomie
- hémorroidopexie
- ligature sélective des artères hémorroïdaires

Abcès et fistules ano-rectales

Pathologies les plus fréquemment rencontrées en pratique proctologique -> 100.000 cas/an aux USA

Abcès et fistules sont les 2 temps d'une même maladie

a) Abcès

Symptomatologie

- Douleurs pulsatiles internes qui augmentent en intensité non calmées par un traitement antalgique classique
- Baisse de l'état général
- Inappétence
- Etat fébrile parfois

Toucher Rectal douloureux + hypotonie anale



Abcès à gauche

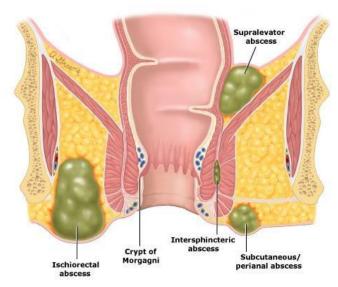


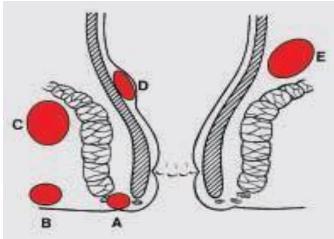
Abcès à droite

Physiopathologie

Surinfection des glandes anales situées au niveau de l'espace intersphinctérien.

L'abcès (phase aigue) et la fistule (phase chronique) résultent du même processus pathogénique.



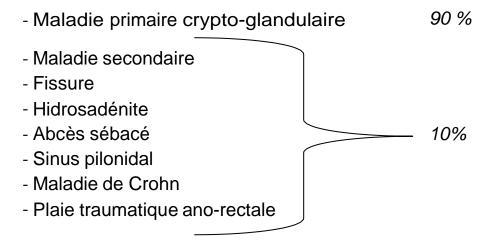


1. Localisation des abcès para-anaux (schéma ci-dessus)

- A) Intersphinctérien
- B) Para anal
- C) Sous-lévatorien
- D) Sous-muqueux
- E) Ischio-rectal

Les abcès para anaux et périnéaux représentent environ 50% des cas, les abcès ischio-rectaux 25%.

2. Principales étiologies des abcédations ano-rectales



Symptomatologie

 Douleur intense, pulsatile, stimulée par la position assise, la marche et la défécation, rougeur, tuméfaction, chaleur Ultrasons

> Indication à l'imagerie

 CT ou IRM : En cas de forte suspicion abcès ano-rectal non palpable

> Indication à l'antibiothérapie

• Immunosuppression, maladie valvulaire cardiaque, cellulite extensive, diabète

> Place de la culture

- En général non indiqué sauf situation particulière :
 - Administration récente de ATB
 - Immunosuppression
 - Patient avec leucémie ou lymphome (germes atypiques ou bactéries résistants⁺⁺)
 - Suspicion de MST

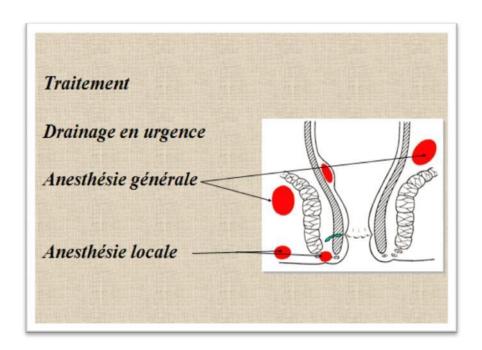
Traitement

Tout abcès de la région ano-rectale DOIT ETRE DRAINÉ :

-> Urgence à ne pas différer!

Complications sévères éventuelles :

- Sepsis sévère
- Gangrène de Fournier (cellulo-fascéite anaérobie du périnée) nécessitant un débridement agressif en extrême urgence.



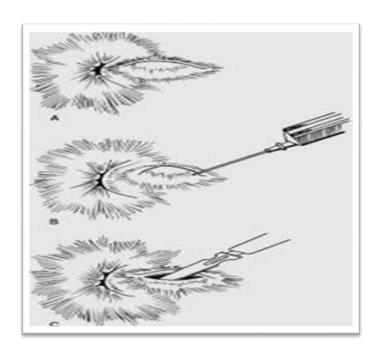
Les abcès complexes (ischio-rectal,intersphintérien, sous-lévatorien ou sous-muqueux)

-> Drainage, en général, au bloc opératoire.

DRAINAGE d'un abcès :

Comment faire l'anesthésie?

- Bicarbonate 5% 1 ml
- Rapidocaïne 1% sans Adrénaline® (10 ml)
- Injection sous-cutanée radiaire intradermique
- Attendre que la zone soit insensible.



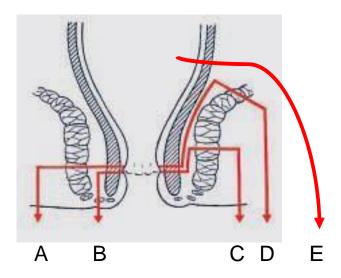
Comment inciser?

- Incision sous AL le plus proche de la marge anale afin de limiter le risque de fistule
- Lavage abondant au sérum physiologique
- Mise en place d'une mèche + EMLA
- Ôter la mèche à 24 h + contrôle en salle de traitement
- Rinçage de la plaie opératoire par douche tiède 4 à 6 x/jour pendant 10 min. ainsi qu'après chaque selle (séchage au sèche-cheveux)
- AINS, antalgie de type Paracétamol®
- PAS d'ANTIBIOthérapie systématique

b) Fistules para-anales

Évolution chronique secondaire d'un abcès para anal avec développement d'un trajet épithélialisé persistant entre le canal anal et l'orifice externe.

90% sont crypto-glomérulaires (A à D).



Classification de Parks (schéma)

- A) Fistules trans-sphinctériennes basses
- B) Fistules inter-sphinctériennes
- C) Fistules trans-sphinctériennes hautes
- D) Fistules supra-sphinctériennes
- E) Fistules extra-sphinctériennes

Symptomatologie

- Douleurs anales non liées à la défécation
- Écoulements para-anaux (écoulements intermittents parfois purulents si abcédation surajoutée)
- Palpation : possible mise en évidence d'un cordon fistuleux entre pouce et index

Imagerie

- Echo-endoscopie par proctologue
- IRM du petit bassin (si suspicion de trajets complexes à distance ou de collection profonde)

Traitement

- Fistulotomie
- Fistulectomie
- Lambeau d'abaissement
- Occlusion des fistules

Kystes sacro-coccygiens, sinus pilonidal ou maladie pilonidale

Fréquente chez l'homme: 1% des hommes et 0.1% des femmes. En général, il s'agit d'un adolescent ou d'un adulte jeune à forte pilosité (type méditerranéen).

Invagination des poils dans le derme du pli interfessier avec réaction inflammatoire s'étendant dans le tissu sous-cutané et formant une cavité ou un kyste.

Cavité qui communique avec la peau par un ou plusieurs trajets primitifs souvent épithélialisés et des trajets secondaires résultant de la fistulisation de la cavité.

- Forme aigue : surinfection du kyste (bactérie de la peau et de la région anale) avec formation d'un abcès
 - -> nécessitant une incision et un drainage

À ne pas confondre avec un abcès para-anal ou une fistule anale.

- Forme chronique : Infection chronique avec écoulement en surface
 - -> Excision du kyste et des trajets de drainage sous AG ou loco-régionale (péridurale).

Symptomatologie

- Petit sinus (pertuis) au niveau du pli inter fessier
- Abcès
- Douleur pulsatile au niveau du pli inter-fessier
- Tuméfaction, chaleur, rougeur parfois

Evolution : Phases de rémission apparente et de récidives en cas de non traitement.

Traitement

- Incision au bombement de l'abcès + drainage
- Revoir à 48 heures
- Soins locaux : hygiène, rasage, épilation
- Consulter un proctologue si l'écoulement persiste
- Sinon, contrôle après 3-4 semaines
- Cure chirurgicale définitive quand la cicatrisation est complète et la zone calme.



