

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

PROCTOLOGIE : QUE DOIT SAVOIR LE GENERALISTE?

Docteur Nicolas LEMARCHAND

Institut de Proctologie Léopold BELLAN
Groupe Hospitalier PARIS SAINT JOSEPH

1. GENERALITES

1.1. LA DOULEUR

C'est la cause la plus fréquente de consultation (56%).

L'existence d'une douleur anale n'est en aucun cas synonyme "d'hémorroïdes".

Tout traitement nécessite un examen et ceci est particulièrement vrai en proctologie. En effet l'examen de la marge anale permet un diagnostic dans la majorité des cas.

1.2. L'EXAMEN DE LA MARGE ANALE

Il est toujours être effectué avec douceur, en expliquant chaque geste, sous un bon éclairage, en position genu-pectoral, en écartant avec douceur les plis radiés de l'anus.

2. TUMEFACTION ANALE D'APPARITION BRUTALE

Deux principaux diagnostics : la thrombose hémorroïdaire et l'abcès de la marge anale.

2.1. LA THROMBOSE HEMORROÏDAIRE

C'est une complication survenant chez 15% des « hémorroïdaires ». Les mécanismes de formation mal connus.

Les facteurs déclenchant, souvent aucun, le plus certain c'est un effort de poussée.

On distingue : les thromboses externes et les thromboses internes (extériorisées ou non)

2.1.1. LA THROMBOSE HEMORROÏDAIRE EXTERNE

2.1.1.1. CLINIQUEMENT

C'est la seule manifestation pathologique des hémorroïdes externes.

La tuméfaction anale est d'apparition brutale, le plus souvent unique.



L'évolution spontanée de la thrombose hémorroïdaire externe est soit

- Une résorption lente en trois semaines.
- Parfois énucléation du thrombus
- Une possible marisque séquellaire

2.1.1.2. TRAITEMENT

Il dépend de l'intensité de la douleur :

Non douloureuse : ne rien prescrire.

Peu douloureuse traitement médical : dermocorticoïde (Diprolene™) et antalgiques.

Douloureuse ou lors de l'énucléation du thrombus, excision (EGFA007 62,70€), plutôt qu'incision.

Le suivi est simple : soins locaux, antalgiques. La cicatrisation prend une semaine. Il n'y a pas besoin de traitement préventif.

2.1.2. LA POLYTHROMBOSE HEMORROÏDAIRE INTERNE EXTERIORISEE ET ŒDEMATEUSE

2.1.2.1. CLINIQUEMENT

Elle est souvent improprement appelée "étranglement hémorroïdaire".

La douleur est très vive.

On retrouve une tuméfaction tendue, douloureuse, avec en son centre une zone noirâtre violacée, et à la périphérie, une zone œdémateuse plus rose, translucide.

Le diagnostic différentiel :

 Prolapsus hémorroïdaire.

 Prolapsus rectal.

L'évolution spontanée se fait vers une résorption lente laissant comme séquelle une papille hypertrophique, parfois la nécrose.

2.1.2.2. TRAITEMENT

Dans un premier temps, médical associant : per os des antalgiques et un anti-inflammatoire non stéroïdien (chez la femme enceinte corticoïde per os).

Localement, matin, midi et soir : un dermocorticoïde (Diprolene™) ou mousse à base de corticoïde (Colofoam™).

En cas d'échec de ce traitement ou d'emblée devant une polythrombose en voie de nécrose, il faut opérer le patient en urgence.

Aucune étude n'a permis de mettre en évidence une différence significative des veinotoniques

2.2. ABCES DE LA MARGE ANALE

2.2.1. CLINIQUEMENT

C'est une douleur d'intensité croissante, pulsatile, permanente, associée à des signes généraux (fièvre).



Tuméfaction rouge, chaude, luisante, indurée, douloureuse.
Parfois non visible asymétrie à la palpation.

2.2.2. LES CAUSES

Quelle origine à un abcès?

- Suppurations provenant du canal anal (75%)
 - Fistules anales (71%)
 - Fissures infectées (4%)
- Suppurations indépendantes de l'ano-rectum (20%)
 - Sinus pilonidal (15%)
 - Maladie de Verneuil (2%)
- Maladie de Crohn (5%): provenance anale ou sus anale

2.2.3. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Les antibiotiques sont inutiles et les AINS formellement contre-indiqués.
L'incision se fait lorsque l'abcès est collecté (HKPA006 52,25€)

2.3. FISTULES ANALES

2.3.1. CLINIQUEMENT

La fistule anale d'origine crypto-glandulaire prend son origine au niveau de la ligne pectinée (ouverture naturelle de la glande anale). Elle traverse toujours l'appareil sphinctérien. Le trajet peut être simple, direct et superficiel, ou complexe.

Une fistule peut aussi être secondaire à une fissure anale infectée, ou à des lésions primaires de la maladie de Crohn.

Les fistules d'origine rectale ou colique posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques différents.

2.3.2. TRAITEMENT

Aucun traitement médical n'est efficace, en dehors du cas particulier des Anti-TNF dans la maladie de Crohn et des suppurations spécifiques (tuberculose, chlamydiae).

Le traitement chirurgical a pour double objectif de guérir le patient, en faisant disparaître le trajet fistuleux, et de préserver au mieux le sphincter anal dans lequel passe ce trajet.

Les fistules simples (inter-sphinctériennes, et trans-sphinctériennes inférieures) sont le plus souvent traitées par mise à plat (section du sphincter anal, avec cicatrisation dirigée de la plaie de fistulotomie) en un temps. Le risque de troubles de la continence est faible. Toutefois il peut être proposé, comme dans les fistules complexes, des techniques d'épargne sphinctérienne, qui sont plus souvent efficaces que dans les fistules complexes.

2.4. CAS PARTICULIERS

2.4.1. L'HIDRADENITE SUPPUREE – MALADIE DE VERNEUIL

La maladie de Verneuil est une suppuration chronique fistulisante sclérosante développée dans les régions où existent les glandes apocrines.

La prévalence est difficile à estimer, car la maladie est souvent sous-diagnostiquée. Elle varie de 1/3000 à 4,1% selon les critères diagnostics.

Elle se traduit par l'apparition de multiples abcès douloureux évoluant vers la suppuration et la fistulisation. La chronicité de la symptomatologie douloureuse, la localisation des abcès, notamment au niveau périnéal, la relative inefficacité des traitements médicaux dans les formes évoluées et le retard diagnostique majorent le retentissement psychologique de la maladie.

A l'heure actuelle, l'exérèse chirurgicale large constitue le seul traitement curatif dans les formes évoluées.

2.4.2. MALADIE DE CROHN

Les lésions anales sont parfois inaugurales.

Un aspect évocateur est l'association à des ulcérations, de pseudo marisques ulcérées.

2.5. TUMEFACTIONS PEU DOULOUREUSES

2.5.1. CONDYLOMES ACUMINES

2.5.1.1. GLOBALEMENT

Les condylomes anaux (ou papillomes, ou « crêtes de coq ») sont des maladies sexuellement transmissibles causées par des papillomavirus humains. L'infection par HPV est la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles. Les condylomes anaux peuvent siéger sur la peau péri-anales mais également à l'intérieur du canal anal.

2.5.1.2. BUTS DU TRAITEMENT

Eliminer l'ensemble des lésions visibles à visée « confort et esthétique » pour les lésions à souches non oncogènes (HPV 6 et 11 notamment).

Eviter le risque de dégénérescence pour les souches à risque.

Limiter le risque de contamination des partenaires en détruisant les lésions visibles.

DESTRUCTION PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Azote liquide pour les lésions uniquement extracanalaires anales peu nombreuses et peu volumineuses.

Electrocoagulation au bistouri électrique (plus efficace) sous anesthésie locale ou générale (le plus souvent en ambulatoire) selon l'importance de l'atteinte. Les suites opératoires peuvent être douloureuses.

Destruction par vaporisation laser sous anesthésie locale ou générale selon l'importance de l'atteinte. Les suites opératoires peuvent être douloureuses.

L'exérèse aux ciseaux.

LA DESTRUCTION PAR AGENTS CHIMIQUES

Application locale, parfois mal tolérée (réactions cutanées locales, incluant érythème, érosion, excoriation, desquamation et œdème).

Ils ne peuvent pas être utilisés sur les lésions du canal anal.

Les agents chimiques utilisables sont :

- La podophylotoxine (Condyline®) : 2 applications par jour pendant 3 jours consécutifs pendant un maximum de 5 semaines successives.
- Le fluorouracil (Efudix®) 1 à 2 applications par jour pendant 4 semaines.
- L'imiquimod (Aldara®) : 3 applications par semaine pendant une durée maximale de 16 semaines mais assez souvent mal toléré. C'est un modificateur de la réponse immunitaire qui n'a pas d'activité antivirale directe et se comporte comme un agent antitumoral, principalement par induction de l'interféron alpha et d'autres cytokines.

3. DOULEURS ANALES SANS TUMEFACTION

Les étiologies les plus fréquentes sont :

- La fissure anale.
- L'eczéma fissuré de la marge anale.
- L'herpès.

3.1. LA FISSURE ANALE

3.1.1. PRESENTATION

C'est le deuxième motif de consultation proctologique chez l'adulte, après la pathologie hémorroïdaire.

Suspectée dès l'interrogatoire par sa douleur déclenchée par la selle avec parfois rectorragie.

La fissure anale a la même incidence dans les deux sexes.

Elle siège dans près de 75% des cas, au niveau de la commissure postérieure.

Le déplissement doux de la marge anale permet d'objectiver :

Une ulcération triangulaire, à base externe, à bords nets, à peine surélevés, à fond rouge.

Évolution spontanée vers la cicatrisation.

La récurrence est fréquente avec apparition d'une marisque sentinelle.

La surinfection est également possible

3.1.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La syphilis (TPHA VDRL) ; pénicilline G retard 2,4 MUI ou 1 injection intramusculaire de benzathine benzylpénicilline.

Le cancer épidermoïde ; biopsie Scanner IRM Pet Scan Echo endoscopie ; traitement par radiochimiothérapie

3.1.3. TRAITEMENT

Le traitement est d'abord médical, associant à une régularisation du transit, des antalgiques, des suppositoires AINS et dermocorticoïdes.

Les dérivés nitrés, la toxine botulique et autres inhibiteurs calciques n'ont pas confirmé leurs promesses.

En cas d'échec du traitement, c'est la chirurgie (anoplastie ou exérèse en cas de fissure antérieure ou de surinfection)

Les dérivés nitrés (Rectogesic™) permettent une simple diminution du score moyen de la douleur de 3,2 mm à 3,4 mm mais pas de différence statistiquement significative sur l'intensité de la douleur la plus aiguë et à la défécation et la durée de la cicatrisation. A noter, la fréquence et intensité des céphalées (57%).

3.2. L'ECZEMA FISSURE DE LA MARGE ANALE

Prurit anal, non modifié, par les selles, souvent plus marqué le soir ou la nuit, accompagné, parfois de rectorragies sur le papier.

Il s'agit sur un fond d'eczéma lichénifié, de fissurations superficielles souvent multiples "en coups de râpes"

Le traitement repose sur les dermocorticoïdes matin et soir pendant une quinzaine de jours. Afin d'éviter une récurrence trop rapide, il faudra, de préférence, diminuer progressivement les applications de dermocorticoïdes.

3.3. L'HERPES

3.3.1. GLOBALEMENT

De plus en plus fréquent et souvent sans rapport avec l'infection par le VIH.

Il est suspect, à l'interrogatoire par l'existence de troubles urinaires à type de dysurie.

Il est parfois déclenché, par une sodomie.

Le diagnostic peut être affirmé, en cas de doute, par la recherche du virus par grattage au niveau des plaies soit HSV 1 ou HSV 2.

Il existe des ulcérations arrondies, souvent creusantes, douloureuses, groupées en bouquet, pouvant prendre un caractère extensif et mutilant.

Il existe souvent des adénopathies douloureuses et inguinales.

3.3.2. LE TRAITEMENT

Il repose sur le Zelitrex® (valaciclovir) 2 comprimés 3 fois par jour, et le Zovirax® (aciclovir), une application de pommade trois fois par jour, pendant une semaine au moins,

4. DOULEUR AVEC MARGE ANALE NORMALE

4.1. LE DIAGNOSTIC

C'est l'anuscopie lorsqu'elle est possible qui permet alors le diagnostic.

Cet examen est toujours précédé d'un toucher ano-rectal doux.

L'anuscopie permet de découvrir exceptionnellement une thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée ou une rectite purulente.

4.2. UNE INFECTION

Le prélèvement rectal, l'examen bactériologique, la PCR (amplification génique de l'ADN) permettent le diagnostic de gonococcie ou de lymphogranulomatose vénérienne.

4.2.1. GONOCOCCIE

Il faut toujours faire un antibiogramme. Le traitement consiste en une IM de Rocephine® 1g (Ceftriaxone).

4.2.2. LA LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE

Elle est due aux *Chlamydia Trachomatis* (CT) de sérotypes L1, L2 et L3. Le traitement est la doxycycline 100mg deux fois par jour pendant 21 jours.

4.3. L'ANUSCOPIE MET EN EVIDENCE QUE DES HEMORROÏDES INTERNES

L'examen de marge anale est normal, le toucher rectal est indolore.

L'anuscopie ne met en évidence que des hémorroïdes internes.

Il s'agit d'une algie anale essentielle.

Les algies anales essentielles

4.3.1. LA NEURALGIE ANALE

La plus fréquente de ce type de douleurs.

Fortement suspectée par son caractère aggravé, par la position assise, soulagée par la position allongée.

Le traitement repose essentiellement sur le Neurontin™ et le Rivotril™ (prescription uniquement délivrée les Neurologues).

4.3.2. LES ALGIES ANALES ESSENTIELLES

4.3.2.1. LA PROCTALGIE FUGACE

Douleur violente rectale, à type de crampe, survenant le plus souvent la nuit, brève de quelques secondes à quelques minutes rarement plus d'un quart d'heure.

Elle ne survient en règle qu'une à quatre fois par an.

La trinitrine est proposée pour diminuer la durée de la crise qui reste de toute façon courte

4.3.2.2. LA COCCYGODINIE

Douleur du coccyx provoquée ou exacerbée par sa mobilisation lors des selles, du toucher rectal ou à la pression.

Son traitement repose sur des massages, des infiltrations locales, des AINS et des antalgiques.

4.4. LES RECTORRAGIES D'ORIGINE ANALE

4.4.1. GLOBALEMENT

C'est 43% des motifs de consultation en proctologie.

Les hémorroïdes représentent la principale cause, mais doivent demeurer un diagnostic d'élimination, en raison de l'absence de parallélisme anatomo-clinique dans la pathologie hémorroïdaire

La fissure anale constitue la deuxième cause. Viennent ensuite, le cancer de l'an us et les dermites érosives.

4.4.2. LE TRAITEMENT DES RECTORRAGIES HEMORROÏDAIRES

Est essentiellement instrumental.

La régularisation du transit est toujours utile.

Aucune technique n'a fait la preuve de sa supériorité.

4.4.2.1. L'INJECTION SCLEROSANTE (EGLFOO2 14,50€)

Technique simple, peu coûteuse, à la portée de tout omnipraticien un peu entraîné.

Injection de 0,5 à 1 ml de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5% dans l'espace sous muqueux de la zone sus-hémorroïdaire.

L'injection sclérosante

CONTRE-INDICATIONS :

Pas de contre-indications réelles.

Elles peuvent, en particulier, être utilisées, avec prudence, chez les sujets sous anticoagulant.

INCIDENTS

Les premiers liés aux produits utilisés avec en particulier, un malaise associant vertige et acouphène survenant un quart d'heure après l'injection. Il s'agit d'un incident, toujours bénin, spontanément régressif de pathogénie indéterminée.

Les autres sont secondaires à une mauvaise technique d'injection mais dont nul n'est à l'abri :

- Une injection trop superficielle peut aboutir à la constitution d'une escarre parfois responsable de rectorragies secondaires.
- Une injection trop profonde provoque des douleurs. Cette injection trop profonde au pôle antérieur peut occasionner une brèche prostatique responsable de spermaturie avec prostatite plus ou moins grave. Il s'agit de l'accident le plus sérieux qui, pour certains, doit conduire à proscrire l'injection sclérosante antérieure.

4.4.2.2. L'INFRAROUGE (EGNP001 52,42€)

Plusieurs impacts au sommet d'un paquet.

Les effets secondaires sont : douleur et rectorragie, parfois importante, à la chute d'escarre

4.4.2.3. LA LIGATURE ELASTIQUE (EGSP001 21,90€)

LA TECHNIQUE

L'appareil à aspiration permet un meilleur contrôle du tissu ligaturé et a de ce fait moins de complications infectieuses et hémorragiques.

La ligature est particulièrement indiquée en cas de prolapsus hémorroïdaire associé.

La ligature élastique consiste à placer, par aspiration, un anneau élastique au sommet des paquets hémorroïdaires, en zone sus-pectinéale

Insensible.

LES EFFETS SECONDAIRES

Ce sont :

- Douleur, syndrome fissuraire (ligature placée trop bas).

- Rectorragies à la chute d'escarre (contre-indication chez le patient sous anticoagulants).
- Bactériémie, gangrène gazeuse (exceptionnelle); (une antibioprophylaxie est recommandée)

RESULTATS DU TRAITEMENT INSTRUMENTAL

L'efficacité immédiate est bonne sur les rectorragies et le prolapsus modéré, évaluée à plus de 80%, sans différence significative entre les différentes techniques instrumentales.

A plus long terme, l'efficacité de la ligature élastique est significativement supérieure sur ces symptômes, avec un bénéfice à 3 ans encore présent dans 75 à 90% des cas, en particulier lorsqu'il existe un prolapsus.

4.4.2.4. LE TRAITEMENT MEDICAL

Aucune étude n'a démontré l'intérêt des topiques locaux.

Une seule étude contre placebo a mis en évidence une diminution des rectorragies avec de la diosmine micronisée à forte dose mais avec une récurrence dès l'arrêt du traitement soit un coût de 38,34 € par mois.

Seule la régularisation du transit est justifiée.

4.5. INDICATIONS DE LA CHIRURGIE

Dans tous les cas de suppurations.

Dans la maladie hémorroïdaire :

- Prolapsus permanent.
- En cas d'échec du traitement instrumental.
- Accident de thromboses à répétition et en urgence en cas de poly thrombose en voie de nécrose.
- Devant une anémie hémorroïdaire.

En cas de fissure (anoplastie) :

- Fissure hyperalgique.
- Poussées fréquentes.

5. EN CONCLUSION

Le diagnostic en proctologie est le plus souvent fait facilement dès l'examen de la marge anale.

Toute douleur de la marge anale n'est pas synonyme d'hémorroïdes.

La prescription de veinotiques est excessive, car aucune étude n'a prouvé leur efficacité.

L'excision d'une thrombose hémorroïdaire externe et l'incision d'un abcès collecté de la marge anale sont deux gestes simples qui soulagent rapidement le patient.

L'injection sclérosante est une technique instrumentale simple et peu coûteuse qui est à la portée de tout omnipraticien un peu entraîné.