

Errors not to commit
in proctology

Lucas Spindler¹
Manuel Aubert¹
Jean-David Zeitoun²
Christian Thomas¹
Nadia Fathallah¹
Vincent de Parades¹

¹ Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, Service de proctologie médico-chirurgicale, 185 rue Raymond Losserand, 75014 Paris

² Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Service de proctologie médico-chirurgicale, 18 rue du Sergent Bauchat, 75012 Paris

@ Correspondance : L. Spindler
lspindler@hpsj.fr

Erreurs à ne pas commettre en proctologie

▼ Résumé

La thrombose hémorroïdaire externe et l'abcès de la marge anale sont deux causes fréquentes de tuméfaction anale douloureuse. Il est essentiel de savoir les différencier tant leur prise en charge s'oppose. Une fissure latérale et/ou indolore, l'absence de contracture sphinctérienne ou encore la présence d'une adénopathie inguinale sont des signes d'alarme qui doivent faire évoquer une maladie de Crohn, un carcinome épidermoïde ou une infection sexuellement transmise. Il faut savoir évoquer une cause spécifique devant une fistule complexe et/ou atypique (multiples orifices externes, caractère très inflammatoire de la fistule, trajet complexe), une fistule récidivante après chirurgie ou encore un retard de cicatrisation. Il est essentiel de savoir évoquer le diagnostic de rectite sexuellement transmise devant une rectite même d'évolution prolongée d'autant plus que les lésions histologiques sont peu spécifiques.

Devant une lésion cutanée anale, une biopsie cutanée doit être réalisée en cas d'errance diagnostique, d'échec du traitement de première ligne ou d'emblée en cas de lésions d'évolution chroniques, infiltrées ou atypiques. Les hommes infectés par le VIH ayant des rapports anaux avec des hommes sont particulièrement exposés au cancer du canal anal avec un risque relatif cent fois plus élevé que la population générale. Le traitement de la thrombose hémorroïdaire externe est d'abord médical et repose principalement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou une corticothérapie courte durant 3 à 5 jours. Le drainage de l'abcès anal vise à soulager le patient et à éviter la propagation de l'infection. L'administration d'AINS est formellement contre-indiquée en cas d'abcès ano-périnéal car elle favorise la diffusion de la suppuration. Les traitements instrumentaux des hémorroïdes sont contre-indiqués en cas de traitement anticoagulant et antiagrégant sauf l'aspirine seule. L'hémorroïdectomie tri-pédiculaire et la fistulotomie sont contre-indiquées en cas de facteurs de risque d'incontinence anale. Les marisques ulcérées sont des lésions ano-périnéales qui témoignent d'une maladie inflammatoire active et relèvent du traitement médical. Ce n'est qu'en cas d'échec du traitement médical et de la rééducation qu'une chirurgie de correction d'un trouble de la statique rectal peut être envisagée.

• **Mots clés** : erreurs diagnostiques, erreurs thérapeutiques, proctologie

▼ Abstract

External hemorrhoidal thrombosis and anal margin abscess are two common causes of painful anal swelling. It is essential to know how to differentiate them as their treatment is opposed. A lateral and/or painless fissure, the absence of sphincter contracture or the presence of an inguinal lymphadenopathy are warning signs that should evoke Crohn's disease, squamous cell carcinoma or a sexually transmitted infection. It is necessary to evoke a specific cause when facing a complex fistula and/or atypical (multiple external orifices, very inflammatory character of the fistula, complex tract), a recurring fistula after surgery or a delay of cicatrisation. It is essential to evoke the diagnosis of

Pour citer cet article : Spindler L, Aubert M, Zeitoun JD, Thomas C, Fathallah N, de Parades V. Erreurs à ne pas commettre en proctologie. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 54-66. doi : 10.1684/hpg.2019.1869

proctitis sexually transmitted when a proctitis has prolonged evolution especially as the histological lesions are not very specific.

In the case of an anal skin lesion, a skin biopsy must be performed in case of diagnostic wandering, failure of first-line treatment or when the lesions are infiltrate or atypical. HIV-infected men with anal intercourse with men are at particular risk for anal canal cancer with a relative risk 100-fold higher than the general population. The treatment of external haemorrhoid thrombosis is primarily medical and relies mainly on nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or short corticosteroids for 3 to 5 days. The drainage of anal abscess is aimed at relieving the patient and preventing the spread of infection. The administration of NSAIDs is formally contraindicated in case of ano-perineal abscess because it promotes the diffusion of suppuration. Instrumental treatment of haemorrhoids is contraindicated in anticoagulant and antiplatelet therapy except aspirin alone. Tri-pedicular hemorrhoidectomy and fistulotomy are contraindicated in cases of risk factors for anal incontinence. The sentinel skin tags with ulcerations are active anoperineal lesions related to inflammatory disease and requiring medical treatment. Surgery to correct a disorder of rectal static can be considered only in the case of failure of medical treatment and rehabilitation.

- **Key words:** diagnostic errors, therapeutic errors, proctology

Les erreurs diagnostiques

Prendre en charge un patient sans l'avoir au préalable examiné

D'aucuns diront qu'il s'agit d'une vérité de La Palice. Pourtant, l'examen proctologique est trop fréquemment le grand oublié de l'examen clinique alors qu'il est essentiel au diagnostic et à la prise en charge des maladies proctologiques [1]. Les raisons évoquées sont multiples : appréhension de l'examen par le patient qui « négocie » et parfois par le praticien peu à l'aise avec cet examen clinique spécifique ; locaux inadaptés et absence de matériel adéquat ; à priori concernant le diagnostic : « *c'est sûrement hémorroïdaire* » (et donc bénin), etc. Mais elles sont toutes mauvaises ! L'examen est le plus souvent bien toléré, à condition qu'il soit expliqué au patient et pratiqué avec un minimum de « douceur » dans un environnement approprié. Même la position genu-pectorale souvent pointée du doigt est jugée acceptable par la plupart des patients [2]. D'autre part, l'absence d'anuscopie n'empêche pas l'inspection de la marge anale qui suffit au diagnostic (sans même réaliser de toucher rectal) d'un grand nombre de maladies proctologiques comme la thrombose hémorroïdaire externe, la fissure anale ou encore l'abcès ano-périnéal.

A contrario, un patient hyperalgique, inexamenable, sans anomalie évidente à l'inspection de la marge anale, doit être examiné en urgence au bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale afin de ne pas méconnaître un abcès intramural du rectum qui est une urgence chirurgicale [3]. D'ailleurs, chez un patient hyperalgique, il est inutile voire contre-indiqué (et éthiquement discutable) de vouloir à tout prix réaliser un toucher rectal ou pire une anuscopie.

Enfin, les retards diagnostiques et les traitements inadaptés car prescrits « à l'aveugle » peuvent avoir de lourdes conséquences : prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour un abcès ano-périnéal dans l'hypothèse d'une « crise hémorroïdaire », de suppositoires et de topiques pour des saignements

présumés hémorroïdaires alors qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde de l'an us, etc. Il ne s'agit que de quelques exemples pour illustrer la place essentielle de l'examen clinique dans la prise en charge diagnostique et par conséquent thérapeutique des patients souffrant d'une maladie proctologique. C'est aussi l'occasion pour le clinicien de se démarquer des pharmaciens, souvent sollicités directement et donc amenés à délivrer des traitements anti-hémorroïdaires sans avoir au préalable examiné le patient (que ça arrange bien parfois...).

/// L'examen proctologique est trop fréquemment le grand oublié de l'examen clinique ///

Confondre thrombose hémorroïdaire externe et abcès de la marge anale

La thrombose hémorroïdaire externe (THE) et l'abcès de la marge anale sont deux causes fréquentes de tuméfaction anale douloureuse. Il est essentiel de savoir les différencier tant leur prise en charge s'oppose : AINS voire geste local simple pour la THE ; incision pour l'abcès de la marge anale. L'anamnèse et surtout l'examen clinique permettent de trancher [4]. Les caractéristiques de la douleur aident à s'orienter. En cas de THE, la douleur est de début brutal, d'emblée maximale et normalement non insomniante, alors qu'en cas d'abcès elle est (rapidement) progressive, pulsatile et souvent insomniante. Par ailleurs, la fièvre est inconstamment présente en cas d'abcès et toujours absente en cas de THE. Mais c'est l'examen clinique qui permet le bon diagnostic. En cas de THE, le thrombus est parfois visible alors qu'en cas d'abcès, les signes inflammatoires locaux sont souvent au premier plan. La peau est tendue, chaude, plus érythémateuse que violacée avec parfois une zone centrale fluctuante. Malgré ces éléments d'orientation, il peut parfois être plus difficile de distinguer cliniquement l'abcès et la THE (*figure 1*), particulièrement en cas de THE œdémateuse unique. Une incision à la pointe du bistouri peut être pratiquée pour lever l'incertitude. En situation d'urgence, l'IRM est inutile, le diagnostic est clinique.



Figure 1 • Thrombose hémorroïdaire externe (à gauche) et abcès de la marge anale (à droite).

Enfin, après incision d'un abcès, il est nécessaire de réévaluer précocement le patient (à 48 heures).

/// L'examen clinique permet de différencier abcès de la marge et thrombose hémorroïdaire externe ///

Conclure à des rectorragies d'origine hémorroïdaire sans bilan endoscopique chez un patient de 45 ans et/ou ayant des facteurs de risque de cancer colorectal

Les saignements d'origine ano-rectale représentent plus de 10 % des causes d'hémorragies digestives basses [5]. En consultation spécialisée de proctologie, les hémorroïdes et la fissure anale représentent plus de 75 % des causes de saignement d'origine ano-rectale [6]. Toutefois, si les saignements hémorroïdaires sont fréquents et angoissants pour le patient, ils n'engagent pas le pronostic vital à court terme et doivent par conséquent rester un diagnostic d'élimination. L'enjeu pour le clinicien est de savoir s'orienter, par l'interrogatoire et l'examen clinique, sur l'origine du saignement, d'apprécier le degré d'urgence et de savoir à quels patients proposer un bilan endoscopique. Le saignement d'origine hémorroïdaire est le plus souvent indolore, rouge vif, de faible abondance, déclenché par le passage des selles et survient en fin d'exonération [7]. Il peut simplement tâcher le papier hygiénique ou éclabousser la cuvette et

est volontiers récidivant pouvant parfois entraîner à terme une anémie. La notion de prolapsus oriente sur une origine hémorroïdaire (figure 2) mais n'exclut pas de fait une maladie colorectale. Chez les patients ayant plus de 45 ans, ou en présence de signes d'alarme quel que soit l'âge ou encore si l'examen proctologique est normal, une coloscopie doit être réalisée [8]. Les indications de la coloscopie sont résumées dans le tableau 1.

/// En cas de rectorragies, une coloscopie doit être réalisée chez les patients ayant plus de 45 ans, ou en présence de signes d'alarme quel que soit l'âge ou si l'examen proctologique est normal ///

Ne pas évoquer une cause spécifique devant une « fissure anale » atypique

La fissure anale idiopathique est une maladie fréquente, c'est la deuxième cause de consultation en proctologie après la maladie hémorroïdaire [9]. La douleur déclenchée par la défécation, éventuellement en trois temps, est le principal symptôme et permet souvent d'évoquer dès l'interrogatoire le diagnostic qui est confirmé à l'inspection de la marge anale. L'examen met en évidence une plaie anale cutanéomuqueuse au déplissement des plis radiés de l'anus, le plus souvent commissurale postérieure (près de neuf fois sur dix), plus rarement antérieure (notamment dans les suites d'un accouchement) ou bipolaire, ayant la forme d'une raquette dont le manche se prolonge dans le canal anal [10] (figure 3). Il s'y associe



Figure 2 • Saignements hémorroïdaires éclaboussant la cuvette (à gauche) ; prolapsus hémorroïdaire de grade 4 responsable de saignement (à droite).

fréquemment une contracture sphinctérienne. La constipation, et dans une moindre mesure la diarrhée, sont les principaux facteurs de risque. C'est une maladie bénigne mais dont il faut connaître les diagnostics différentiels. Ainsi une fissure latérale et/ou indolore, l'absence de contracture sphinctérienne ou encore la présence d'une adénopathie inguinale sont des signes d'alarme qui doivent faire évoquer, entre autres, une maladie de Crohn (MC), un carcinome épidermoïde (*figure 4*) ou une infection sexuellement transmise (IST) (*tableau 2*) [11]. Pour autant, d'authentiques fissures anales idiopathiques peuvent avoir une présentation atypique. En outre, d'authentiques fissures anales typiques peuvent survenir par exemple dans le contexte d'une MC !

TABEAU 1 • Signes d'alarme devant conduire à la réalisation d'une coloscopie en cas de saignement ano-rectal (un seul critère suffit).

Âge \geq 45 ans
Pas de visualisation de l'origine du saignement et/ou doute à l'examen proctologique
Signes digestifs (diarrhée chronique ou modification récente du transit, etc.)
Signes généraux (perte de poids, asthénie, etc.) Anémie ferriprive, syndrome inflammatoire
Antécédents familiaux multiples ou à un âge jeune de cancer colorectal (< 50 ans)



Figure 3 • Fissure anale aiguë commissurale postérieure.



Figure 4 • Carcinome épidermoïde de l'anüs.

/// Les diagnostics différentiels des fissures anales idiopathiques sont la maladie de Crohn, le carcinome épidermoïde et une infection sexuellement transmise ///

Ne pas évoquer une cause spécifique devant une fistule complexe ou de présentation atypique ou ne cicatrisant après chirurgie

La majorité des fistules anales sont d'origine cryptoglandulaire [12]. C'est-à-dire qu'elles résultent de l'infection « idiopathique » d'une glande d'Hermann et

TABLEAU 2 • Principaux diagnostics différentiels devant une fissure anale « atypique ».

Maladie de Crohn
Infection sexuellement transmise : gonocoque, chlamydia, syphilis (chancre, syphilis secondaire), VIH
Carcinome épidermoïde
Tuberculose
Ulcération traumatique
Maladie de système : Behçet, sarcoïdose
Agranulocytose

TABLEAU 3 • Causes infectieuses spécifiques de fistules anales.

Actinomycose
Tuberculose
Mycobactéries atypiques
<i>Chlamydia trachomatis</i> (lymphogranulomatose vénérienne (LGV))
Gonocoque

Desfosses localisée au fond des cryptes anales entre les colonnes de Morgani. Le traitement des fistules anales cryptoglandulaires est chirurgical. Toutefois, dans une minorité de cas, il existe une cause spécifique de fistule anale : MC mais aussi des causes infectieuses spécifiques (tableau 3) (figure 5). Il faut savoir évoquer une cause spécifique devant une fistule complexe et/ou atypique (multiples orifices externes, caractère très inflammatoire de la fistule, trajet complexe), de fistule récidivante après chirurgie ou encore de retard de cicatrisation [4]. La présence d'une rectite, d'une diarrhée chronique, de signes généraux ou encore un terrain à risque (migrant, précarité sociale, rapports anaux, diabète et immunodépression, rapports anaux, diabète et immunodépression, antécédents familiaux de MC) doivent également alerter le clinicien [4, 13, 14]. Le diagnostic repose sur l'examen histologique de la fistule (montrant des granulomes par exemple) et les



Figure 5 • Fistule atypique.

prélèvements bactériologiques (PCR, culture). La présence d'une cause spécifique modifie la prise en charge. Le traitement comprend en plus du drainage chirurgical un traitement médical spécifique (antibiothérapie ciblée ou anti-TNF par exemple) [4].

/// Il faut savoir évoquer une cause spécifique devant une fistule complexe et/ou atypique, de fistule récidivante après chirurgie ou encore de retard de cicatrisation ///

Ne pas évoquer une rectite infectieuse sexuellement transmise devant une rectite ulcérée

Les rectites infectieuses résultent pour la plupart d'une IST à gonocoque et/ou *Chlamydia trachomatis*. On observe depuis plusieurs années une recrudescence des IST aussi bien chez les hommes que chez les femmes [15]. Elles doivent être systématiquement évoquées en cas de rapports anaux, d'antécédent d'IST ano-rectale mais aussi plus largement devant toute ano-rectite (la sexualité anale reste un sujet tabou pour bon nombre de patients). Les principaux facteurs de risque sont les rapports anaux, les rapports non protégés et les partenaires sexuels multiples [16]. Les co-infections sont fréquentes (chlamydia et gonocoque, VIH, syphilis, hépatite B, HSV 1 et 2, et HPV).

Les formes asymptomatiques sont courantes. En cas de symptômes, le tableau clinique peut associer un syndrome rectal, des émissions purulentes et sanglantes, de la fièvre et des adénopathies inguinales. À l'inspection, la marge anale peut être ulcérée (cf. fissure atypique), le toucher rectal est sensible et l'anuscopie montre souvent une ano-rectite érythémateuse, œdématiée et/ou ulcérée avec des sécrétions purulentes et sanglantes (figure 6). Des formes sévères fistulisantes avec abcès concerneraient environ 15 % des patients [16]. Les sérotypes de chlamydia L1, L2, L3 sont responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Il s'agit d'une forme sévère de rectite faisant parfois suspecter à tort une maladie inflammatoire chronique intestinale voire une tumeur du rectum (forme pseudo-tumorale). Il est donc essentiel de savoir évoquer le diagnostic de rectite sexuellement transmise devant une rectite même d'évolution prolongée d'autant plus que les lésions histologiques sont peu spécifiques. Le diagnostic repose sur la détection des germes par PCR à partir de prélèvements locaux par écouvillonnage rectal. La réalisation d'une culture avec antibiogramme est systématique pour le gonocoque (du fait de l'émergence de résistance aux antibiotiques). Les symptômes étant peu spécifiques et les présentations variables, il ne faut pas hésiter à réaliser des écouvillons rectaux, particulièrement chez les patients à risque, d'autant que l'écouvillonnage est facile et ne nécessite pas d'anuscopie. L'antibiothérapie est adaptée

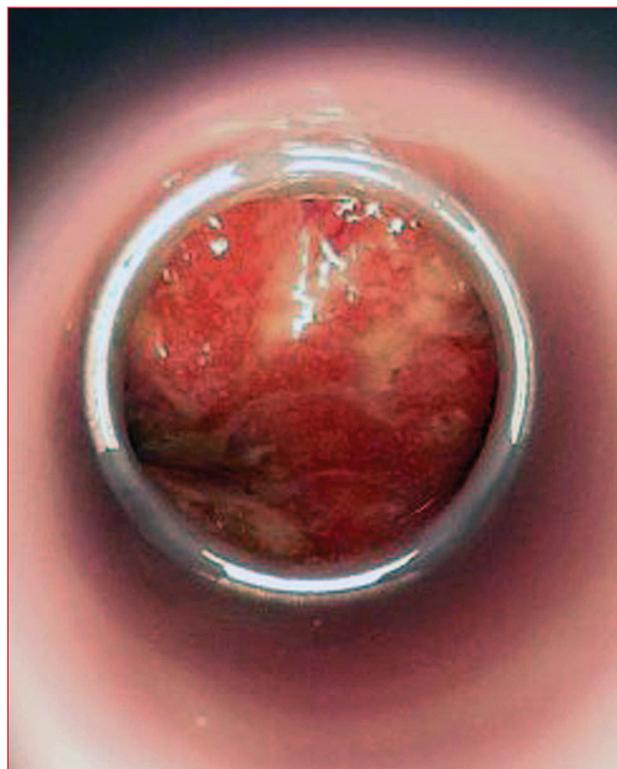


Figure 6 • Rectite purulente sexuellement transmise.

au germe : pour les chlamydias, doxycycline per os 100 mg 2x/j durant 21 jours (en cas d'allergie ou de contre-indication, l'azithromycine peut être utilisée, 1 g per os par semaine durant trois semaines dans le cas contraire) et, pour le gonocoque, une injection intramusculaire de ceftriaxone 500 mg (si le patient est allergique aux bêta-lactamines, la gentamicine peut être utilisée) [17]. En présence d'un abcès et/ou d'une fistule, la chirurgie est parfois nécessaire en plus de l'antibiothérapie. Le dépistage des autres IST (VIH, hépatites B et C, syphilis) et si possible du partenaire doivent être réalisés.

/// Il est essentiel de savoir évoquer le diagnostic de rectite sexuellement transmise devant une rectite même d'évolution prolongée ///

Ne pas biopsier une lésion cutanée marginale d'évolution chronique et de cause indéterminée

La marge anale est le siège de nombreuses dermatoses chroniques le plus souvent bénignes et dont les symptômes sont peu spécifiques (prurit, douleurs ou inconfort, saignements) : psoriasis inversé, eczéma, candidose, lichen, etc. (tableau 4). Le traitement comprend des mesures d'hygiène locale et un traitement spécifique, par exemple un antifongique en topique (candidose) ou un

TABEAU 4 • Principaux diagnostics à évoquer devant une dermatose chronique de la marge anale.

Dermites de macération	Diarrhée chronique Suintements Incontinence fécale
Dermites mécaniques	Excès d'hygiène (papier hygiénique)
Dermatoses infectieuses	Dermites à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A Érythrasma Mycoses
Dermatoses inflammatoires	Psoriasis inversé Eczéma Lichen scléreux Lichen plan Maladie de Crohn
Dermatoses tumorales	Maladie de Paget Maladie de Bowen Mélanome Lymphome Carcinome basocellulaire

dermocorticoïde (eczéma, psoriasis, lichen). En cas d'errance diagnostique, d'échec du traitement de première ligne ou d'emblée en cas de lésions d'évolution chroniques, infiltrées ou atypiques une biopsie cutanée doit être réalisée (souvent possible sous anesthésie locale) pour ne pas méconnaître une dermatose tumorale plus rare mais grave : maladie de Paget (*figure 7*) ou maladie de Bowen (*figure 8, tableau 4*) [18-20].

/// En cas de dermatose chronique de la marge de cause indéterminée, en échec du traitement de première ligne ou d'emblée en cas de lésions infiltrées ou atypiques une biopsie cutanée doit être réalisée ///

Ne pas dépister les patients à haut risque de carcinome épidermoïde de l'anus

Le cancer du canal anal est rare, un peu plus de 1 600 cas/an en France mais son incidence est en augmentation (900 nouveaux cas/an) et l'âge au diagnostic baisse [21].

L'objectif du dépistage est de diagnostiquer précocement les lésions pré-cancéreuses afin de les traiter et d'éviter la survenue d'un cancer invasif.

Le cancer de l'anus étant rare, ce dépistage ne concerne pas l'ensemble de la population mais cible les groupes à risques (*tableau 5*). Les hommes infectés par le VIH ayant des rapports anaux avec des hommes sont particulièrement exposés avec un risque relatif de cancer du canal anal jusqu'à près de 100 fois plus élevé que la population générale, dépassant ainsi le risque de cancer colorectal dans cette population [22, 23]. Les recommandations



Figure 7 • Maladie de Paget.



Figure 8 • Maladie de Bowen.

TABLEAU 5 • Principaux groupes à risque justifiant d'un examen proctologique de dépistage annuel.

Patients infectés par le VIH, particulièrement les hommes homosexuels ayant des rapports anaux
Patients ayant un antécédent de condylomes anaux
Femmes ayant un antécédent de néoplasie cervico-vulvo-vaginale
Patients transplantés d'organe et/ou traités au long cours par immuno-suppresseur(s)
Patients avec une maladie inflammatoire intestinale chronique

françaises pour les personnes vivant avec le VIH préconisent la réalisation d'un examen clinique proctologique annuel (incluant toucher rectal et anoscopie) [24]. La réalisation d'un frottis anal éventuellement associé à la recherche du papillomavirus humain de type 16 avec réalisation d'une anoscopie haute résolution en cas d'anomalie est également une stratégie valide. Mais l'accès restreint à l'anoscopie haute résolution limite son application.

/// Les recommandations françaises pour les personnes vivant avec le VIH préconisent la réalisation d'un examen clinique proctologique annuel (incluant toucher rectal et anoscopie) ///

Les erreurs thérapeutiques

Faire une excision sous anesthésie locale en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse

Le traitement de la THE vise à soulager la douleur et non à traiter la thrombose qui guérit spontanément en quelques semaines. Il est d'abord médical et repose principalement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ou une corticothérapie courte durant trois à cinq jours en cas de contre-indication) qui sont très efficaces sur l'œdème et la douleur. On y associe des antalgiques, des topiques anesthésiants et/ou des dermocorticoïdes et des laxatifs [25]. L'intérêt des veinotiques n'est pas démontré.

L'excision de la THE est selon nous limitée aux (rares) situations où la douleur n'est pas contrôlée par le traitement médical en cas de THE unique peu ou pas œdémateuse.

L'excision de la thrombose est préférée à l'incision qui est moins efficace sur la douleur [26] et qui laisse le sac thrombotique avec le risque d'une réaction œdémateuse persistante voire une reconstitution rapide du caillot avec l'œdème et enfin d'une marisque cicatricielle (*figure 9*).

Le geste, fait sous anesthésie locale, est contre-indiqué en cas de THE œdémateuse ou multiple et de polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée car elle expose à un risque de récurrence précoce et de saignement important [25]. Les autres contre-indications sont la prise d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (hormis l'aspirine) et les troubles de la coagulation [25]. Le traitement de la polythrombose externe non soulagée par le traitement médical fait discuter une hémorroïdectomie tripédiculaire en urgence [25].

/// Le traitement de la thrombose hémorroïdaire externe vise à soulager la douleur et non à traiter la thrombose qui guérit spontanément en quelques semaines ///

Se contenter d'une antibiothérapie en cas d'abcès ano-périnéal

Le traitement de l'abcès est une urgence thérapeutique. Il vise à soulager le patient et à éviter la propagation de l'infection (sepsis, cellulite). Le traitement consiste à drainer l'abcès pour évacuer le pus. Il est réalisé soit en consultation, incision au bistouri sous anesthésie locale si l'abcès est superficiel, soit au bloc opératoire sous anesthésie locorégionale ou générale en cas d'abcès profond de la fesse ou d'abcès intramural du bas rectum.

L'antibiothérapie est le plus souvent inutile en dehors de cas particuliers (*tableau 6*). Elle est alors associée au geste de drainage mais ne saurait s'y substituer [4, 12]. En effet, l'antibiothérapie seule ne permet pas de guérir ni même



Figure 9 • Récidive de thrombose hémorroïdaire externe après incision.

TABLEAU 6 • Indications de l'antibiothérapie en cas d'abcès ano-périnéal.

Diabète sucré
Patient immunodéprimé
Risque d'endocardite
Patients porteurs de matériel prothétique
Sepsis sévère, cellulite associée
Maladie de Crohn

de limiter l'extension de l'infection dans beaucoup d'abcès ano-périnéaux.

En cas d'abcès, l'antibiothérapie est le plus souvent inutile en dehors de cas particuliers

Prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens en cas d'abcès ano-périnéal

L'administration d'AINS est formellement contre-indiquée en cas d'abcès ano-périnéal. La prescription d'AINS résulte le plus souvent d'un diagnostic erroné de crise hémorroïdaire d'où l'importance d'examiner le patient et de savoir différencier abcès et THE.

Les AINS favorisent la diffusion de la suppuration qui peut aboutir dans les cas les plus graves à une gangrène de Fournier qui constitue une véritable urgence vitale [4, 27].

L'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est formellement contre-indiquée en cas d'abcès ano-périnéal

Faire un traitement instrumental sous antiagrégant plaquettaire (hors aspirine) et/ou anticoagulant

On entend par traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire l'ensemble des traitements physiques réalisables en consultation visant à traiter un saignement ou un prolapsus d'origine hémorroïdaire de grade 3 maximum (l'excision de THE est exclue de cette définition) [25]. Les traitements disponibles sont les injections sclérosantes (de moins en moins pratiquées) et surtout la photocoagulation infrarouge et la ligature élastique. Le traitement instrumental est contre-indiqué en cas de traitement anticoagulant et antiagrégant sauf l'aspirine seule [25]. En effet, ces traitements majorent le risque de saignement grave par chute d'escarre, survenant dans un délai de quelques jours à 15 jours après le geste (figure 10) [28, 29]. Certains proposent de traiter par photocoagulation infrarouge à des temps

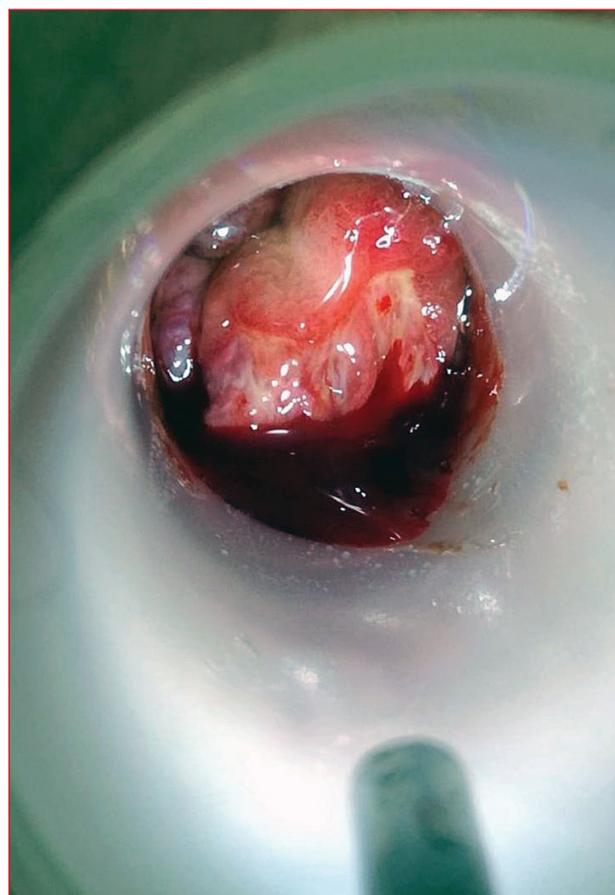


Figure 10 • Chute d'escarre après photocoagulation infrarouge.

d'impact réduits bien qu'on ne dispose pas de données scientifiques à ce sujet. À noter que le traitement instrumental est également contre-indiqué chez la femme enceinte compte tenu des complications potentiellement graves auxquelles il expose et de la prise en charge difficile d'autant plus délicate dans un contexte de grossesse.

Les traitements instrumentaux des hémorroïdes sont contre-indiqués en cas de traitement anticoagulant et antiagrégant sauf l'aspirine seule

Réséquer les hémorroïdes d'un patient ayant une continence limite ou altérée

L'hémorroïdectomie tripédiculaire (figure 11) est le seul traitement efficace aussi bien sur les manifestations liées à une maladie hémorroïdaire externe (thromboses) qu'interne (prolapsus, hémorragie). Elle est généralement proposée d'emblée en cas de prolapsus hémorroïdaire irréductible (grade 4), d'anémie sévère d'origine



Figure 11 • Hémorroïdectomie tri-pédiculaire.

hémorroïdaire et en cas complications aiguës de la maladie hémorroïdaire (polythrombose hyperalgique et/ou nécrotique). Mais elle peut être proposée à tous les stades de la maladie hémorroïdaire en cas d'échec du traitement médico-instrumental et à condition de sélectionner les patients en pré-opératoire [25]. En effet, parmi les complications de l'hémorroïdectomie tripédiculaire, l'incontinence anale (IA) est l'une des complications les plus redoutées et concernerait jusqu'à 6 % des patients [30]. Différents mécanismes interviennent, principalement des lésions sphinctériennes lors de la dissection (ou liées à l'utilisation d'écarteurs) et les modifications de la sensibilité du canal anal (liées à la résection de la muqueuse sensible du canal anal). À ces facteurs opératoires s'ajoutent les facteurs liés au terrain : l'existence d'un syndrome de l'intestin irritable, d'un antécédent de traumatisme obstétrical ou d'une neuropathie sont à prendre en compte. Chez ces patients, et à plus forte raison chez les patients souffrant déjà de troubles de la continence anale, les techniques chirurgicales mini-invasives (par exemple, les ligatures artérielles sous contrôle doppler avec mucopexie) doivent être envisagées car elles n'aggravent pas les troubles de la continence anale [31]. En revanche, le taux de succès à long terme de ces traitements est vraisemblablement inférieur à l'hémorroïdectomie tripédiculaire.

/// L'incontinence anale est l'une des complications les plus redoutées de l'hémorroïdectomie tripédiculaire ///

Faire une fistulotomie chez un patient ayant une continence anale limitée ou altérée

La fistulotomie consiste à mettre à plat le trajet fistuleux, ce qui implique de sectionner le sphincter anal (interne et externe en cas de fistule trans-sphinctérienne) (figure 12). Le taux de guérison est supérieur à 90 % [12]. La principale complication de la fistulotomie est l'IA. Des études ont rapporté des taux d'IA après fistulotomie de plus de 40 % pour les fistules anales hautes [32]. Même en cas de fistule anale basse (intéressant moins du tiers de la hauteur du sphincter anal), le risque d'IA est élevé chez des patients non sélectionnés en pré-opératoire [33]. Ainsi, la fistulotomie doit être réservée au traitement des fistules anales basses chez les patients ayant une continence anale normale et sans facteur de risque d'IA [12]. Dans le cas contraire, il est recommandé de s'orienter après un premier temps de drainage du trajet fistuleux vers une technique dite d'épargne sphinctérienne (LIFT pour *ligation of the intersphincteric fistula tract*, laser, colle ou encore lambeau ano-rectal d'avancement par exemple) même si leurs taux de succès apparaissent nettement inférieurs [34], ou de procéder à une fistulotomie très progressive, ce qui implique plusieurs temps opératoires.

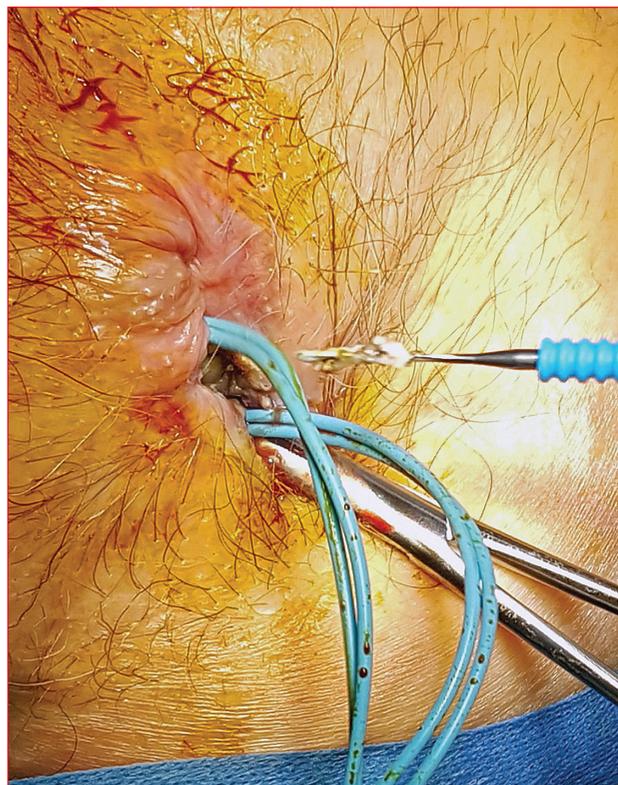


Figure 12 • Fistulotomie.

/// La fistulotomie doit être réservée au traitement des fistules anales basses chez les patients ayant une continence anale normale et sans facteur de risque d'incontinence ///

Faire une fistulotomie dans le contexte d'une maladie de Crohn

Les lésions ano-périnéales (LAP) sont une complication fréquente de la MC. Environ un patient sur deux a ou aura des LAP au cours de sa vie. Dans un tiers des cas, elles précèdent l'atteinte intestinale. Le risque de développer une LAP est d'autant plus important que la maladie luminale est distale.

On estime que les fistules anales (LAP secondaires) concernent entre 21 % et 33 % des patients atteints de MC à 10 ans [35] (figure 13).

Le traitement des fistules anales de la MC est médico-chirurgical. Il repose principalement sur le drainage du trajet fistuleux et un traitement de fond par anti-TNF, idéalement en combothérapie avec l'azathioprine [35]. La fistulotomie est contre-indiquée du fait du risque d'IA (en dehors du cas d'une fistule anale isolée très superficielle chez un patient jamais opéré avec une atteinte ano-périnéale peu sévère) [35]. En effet, l'IA est fréquente dans la MC et multifactorielle : atteinte sphinctérienne



Figure 13 • Fistule crohnienne.

par les processus inflammatoires (ulcérations, suppurations), troubles du transit, atteinte du réservoir rectal, sténose anale. Le risque d'apparition de nouvelles fistules au cours du temps est également à prendre en compte. Il est donc impératif de préserver au maximum l'intégrité du sphincter anal et pour cela d'éviter tout geste chirurgical aboutissant à des lésions de l'appareil sphinctérien.

/// La fistulotomie est contre-indiquée dans la maladie de Crohn du fait du risque d'incontinence ///

Faire l'exérèse d'une marisque ulcérée dans le contexte d'une maladie de Crohn

Les marisques ulcérées (figure 14) de la MC sont considérées comme des LAP primaires et témoignent d'une MC active. Le traitement des LAP primaires est médical et repose principalement sur les anti-TNF éventuellement associés à l'azathioprine (même si littérature est assez pauvre) [35]. En l'absence de suppuration associée, la chirurgie doit être évitée du fait de son impact potentiellement délétère : risque important de retard de cicatrisation, d'incontinence anale et d'infection.



Figure 14 • Marisque ulcérée.

Les marisques ulcérées de la maladie de Crohn sont des lésions anopérinéales primaires dont le traitement est médical



TAKE HOME MESSAGES

- La thrombose hémorroïdaire externe et l'abcès de la marge anale sont deux causes fréquentes de tuméfaction anale douloureuse.
- En cas de rectorragies, une coloscopie doit être réalisée chez les patients ayant plus de 45 ans, ou quel que soit l'âge en présence de signes d'alarme ou si l'examen proctologique est normal.
- Une fissure latérale et/ou indolore, l'absence de contracture sphinctérienne ou encore la présence d'une adénopathie inguinale sont des signes d'alarme qui doivent faire évoquer une maladie de Crohn, un carcinome épidermoïde ou une infection sexuellement transmise.
- Il faut savoir évoquer une cause spécifique devant une fistule complexe et/ou atypique ou récidivante après chirurgie ou de cicatrisation retardée.
- Devant une rectite, même d'évolution prolongée, il faut savoir évoquer le diagnostic de rectite sexuellement transmise.
- Les hommes infectés par le VIH ayant des rapports anaux avec des hommes doivent avoir un examen clinique proctologique annuel (incluant toucher rectal et anoscopie).
- Le traitement de la thrombose hémorroïdaire externe vise à soulager la douleur et non à traiter la thrombose qui guérit spontanément en quelques semaines.
- Le drainage de l'abcès ano-périnéal est une urgence thérapeutique.
- L'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est formellement contre-indiquée en cas d'abcès ano-périnéal.
- Les traitements instrumentaux des hémorroïdes sont contre-indiqués en cas de traitement anti-coagulant et antiagrégant sauf l'aspirine seule.
- L'hémorroïdectomie tripédiculaire est contre-indiquée en cas d'incontinence anale et chez les patients à risque d'en développer une.
- La principale complication de la fistulotomie est l'incontinence anale.
- Les marisques ulcérées témoignent d'une maladie de Crohn active et relèvent du seul traitement médical.
- Le traitement de la dyschésie et de l'incontinence anale est d'abord médical et repose sur la régularisation du transit et la rééducation ano-périnéale.

Envisager la prise en charge chirurgicale d'une dyschésie et/ou d'une incontinence anale sans avoir au préalable prescrit des régulateurs du transit, voire une rééducation ano-périnéale

La dyschésie et l'IA font partie des troubles fonctionnels ano-rectaux et peuvent être associés [36]. Leur traitement est d'abord médical et repose sur la régularisation du transit et la rééducation ano-périnéale [37, 38].

Concernant la dyschésie, il est recommandé d'utiliser en première intention des laxatifs locaux (suppositoires, lavements) éventuellement associés à des laxatifs à prise orale. Lorsqu'il existe un asynchronisme abdomino-pelvien (anisme) ou un trouble de la sensibilité rectale, une rééducation par *biofeedback* est indiquée [39]. Elle permet de soulager environ deux patients sur trois [40].

Concernant l'IA, la régularisation du transit et de la consistance des selles est essentielle [38]. Le type de traitement dépend de la nature des selles (laxatifs en cas de constipation, ralentisseur du transit ou cholestyramine en cas de selles molles ou liquides). Le traitement médical améliore un patient sur deux. En cas d'échec ou de manière concomitante au traitement médicamenteux, une rééducation ano-périnéale peut être proposée aux patients souffrant d'IA et qui gardent un certain degré de contraction sphinctérienne volontaire. Le but est d'améliorer les compétences de l'appareil sphinctérien et la sensibilité rectale. La rééducation est efficace chez près de trois malades sur quatre souffrant d'IA [41].

Aussi bien pour la dyschésie que pour l'IA, ce n'est qu'en cas d'échec du traitement médical et de la rééducation et lorsqu'il existe un trouble significatif de la statique rectale (rectocèle > 3 cm « rétentionniste », prolapsus rectal interne de haut grade ou complet) qu'une chirurgie de correction peut être envisagée. Après s'être assuré que l'anomalie anatomique est bien responsable du trouble fonctionnel...

Le traitement de la dyschésie et de l'incontinence anale est d'abord médical et repose sur la régularisation du transit et la rééducation ano-périnéale



Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relationship between anal symptoms and anal findings. *Int J Med Sci* 2009 ; 6 : 77-84.
- 2 • Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Patients' views of medical positioning for proctologic examination. *Clin Exp Gastroenterol* 2009 ; 2 : 133-8.

- 3 • Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol* 2016 ; 22 : 5867-78.
- 4 • Fathallah N, Ravaux A, de Parades V, Pommaret E, Crochet E, Ganansia O. Conduite à tenir face à un abcès anopérinéal. *Ann Fr Med Urgence* 2017 ; 7 : 174-82.
- 5 • Oakland K, Guy R, Uberoi R, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: Pcharacteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut* 2018 ; 67 : 654-62.
- 6 • Fathallah N, Blanchard P, Cellier C, et al. Quelles sont les principales causes des saignements digestifs bas en consultation proctologique spécialisée ? *Presse Med* 2015 ; 44 : 536-7.
- 7 • Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 944-51.
- 8 • Arpurt JP, Lesur G, Heresbach D, et al. Hémorragie digestive basse aiguë. *Acta Endosc* 2010 ; 40 : 379-83.
- 9 • Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg* 2015 ; 152 : 37-43.
- 10 • de Parades V. Dossier urgences proctologiques. *Rev Prat* 2017 ; 2 : 147-61.
- 11 • Madoff RD, Fleshman JW. AGA technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003 ; 124 : 235-45.
- 12 • Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, et al. Clinical practice guideline for the management of anorectal abscess, fistula-in-Ano, and rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2016 ; 59 : 1117-33.
- 13 • Tai WC, Hu TH, Lee CH, et al. Anoperianal tuberculosis: 15 years of clinical experiences in Southern Taiwan. *Colorectal Dis* 2010 ; 12 : e114-20.
- 14 • Bauer P, Sultan S, Atienza P. Perianal actinomycosis: Diagnostic and management considerations: A review of six cases. *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ; 30 : 29-32.
- 15 • Sigle GW, Kim R. Sexually transmitted proctitis. *Clin Colon Rectal Surg* 2015 ; 28(2) : 70-8.
- 16 • Lourtet Hascoet J, Dahoun M, Cohen M, et al. Clinical diagnostic and therapeutic aspects of 221 consecutive anorectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Int J Infect Dis* 2018 ; 71 : 9-13.
- 17 • Higuero T. Infections sexuellement transmissibles (hors HPV). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fmcastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/infections-sexuellement-transmissibles-hors-papillomavirus/>.
- 18 • Favreau-Weltzer C, le Naoures P, Portal A, et al. Dermatoses anales. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.snfc.org/fiche-diagnostique/dermatoses-anales/>.
- 19 • Sultan S, Bauer P, Lons-Danic D, et al. Prurit anal : ce qu'il faut faire et ne pas faire... Disponible à l'adresse suivante : https://www.fmcastro.org/textes-postus/no-postu_year/prurit-anal-ce-qu'il-faut-faire-et-ne-pas-faire/.
- 20 • Fathallah N, Fite C, Duchatelle V, et al. A persistent lesion of the anus. *Rev Prat* 2018 ; 68 : 531-5.
- 21 • Abramowitz L, Jacquard AC, Jaroud F, et al. Human papillomavirus genotype distribution in anal cancer in France: The EDITH V study. *Int J Cancer* 2011 ; 129 : 433-9.
- 22 • Piketty C, Selinger-Leneman H, Bouvier AM, et al. Incidence of HIV-related anal cancer remains increased despite long-term combined antiretroviral treatment: Results from the french hospital database on HIV. *J Clin Oncol* 2012 ; 30 : 4360-6.
- 23 • Legarth R, Helleberg M, Kronborg G, et al. Anal carcinoma in HIV-infected patients in the period 1995-2009: A Danish nationwide cohort study. *Scand J Infect Dis* 2013 ; 45 : 453-9.
- 24 • Morlat P (dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. *Cancers* (août 2017). Disponible à l'adresse suivante : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_cancers.pdf.
- 25 • Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg* 2016 ; 153 : 213-8.
- 26 • Chan KK, Arthur JD. External haemorrhoidal thrombosis: Evidence for current management. *Tech Coloproctol* 2013 ; 17 : 21-5.
- 27 • Shyam DC, Rapsang AG. Fournier's gangrene. *Surgeon* 2013 ; 11 : 222-32.
- 28 • Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47 : 1364-70.
- 29 • Nelson RS, Ewing BM, Terment C, et al. Risk of late bleeding following hemorrhoidal banding in patients on antithrombotic prophylaxis. *Am J Surg* 2008 ; 196 : 994-9.
- 30 • Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, et al. Evaluation and management of hemorrhoids : Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement. *Tech Coloproctol* 2015 ; 19 : 567-75.
- 31 • Fathallah N, Pommaret E, Crochet E, et al. Les techniques mini-invasives en chirurgie hémorroïdaire : la fin du règne de l'hémorroïdectomie ? *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2017 ; 24 : 1019-29.
- 32 • Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery: Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 723-9.
- 33 • Göttgens KW, Janssen PT, Heemskerck J, et al. Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy : a multicenter study. *Int J Colorectal Dis* 2015 ; 30 : 213-9.
- 34 • Kontovounisios C, Tekkis P, Tan E, et al. Adoption and success rates of perineal procedures for fistula-in-ano : a systematic review. *Colorectal Dis* 2016 ; 18 : 441-58.
- 35 • Bouchard D, Abramowitz L, Bouguen G, et al. Anoperineal lesions in Crohn's disease: French recommendations for clinical practice. *Tech Coloproctol* 2017 ; 21 : 683-91.
- 36 • Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. Defecation disorders: A French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006 ; 49 : 219-27.
- 37 • Vitton V, Damon H, Siproudhis L (coord.) Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. Disponible à l'adresse suivante : https://www.snfc.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017_long.pdf.
- 38 • Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, et al. Treatments of faecal incontinence: Recommendations from the French national society of coloproctology. *Colorectal Dis* 2014 ; 16 : 159-66.
- 39 • Benfredj P. Traiter la dyschésie : la rééducation sinon rien ? *Hépatogastro* 2014 ; 21 : 125-33.
- 40 • Jodorkovsky D, Dunbar KB, Gearhart SL, et al. Biofeedback therapy for defecatory dysfunction : "real life" experience. *J Clin Gastroenterol* 2013 ; 47 : 252-5.
- 41 • Heymen S, Scarlett Y, Jones K, et al. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009 ; 52 : 1730-7.