

# Les urgences proctologiques : jusqu'au bout du doigt...

## Proctological emergencies: to your fingertips...

**Lucas Spindler, Christian Thomas, Nadia Fathallah, Manuel Aubert, Vincent de Parades**

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

e-mail : <lspindler@hpsj.fr>

### Résumé

Les urgences proctologiques correspondent à l'ensemble des situations cliniques ano-rectales pour lesquelles une intervention rapide est requise pour soulager une douleur, limiter la diffusion d'une infection et/ou contrôler un saignement. Elles sont fréquentes et diverses, dominées par la thrombose hémorroïdaire, la fissure anale et l'abcès ano-périnéal. La consultation initiale doit éliminer les urgences potentiellement vitales (cellulite nécrosante, saignements abondants particulièrement sur chute d'escarre, traumatismes ano-rectaux, corps étranger intrarectal) et chirurgicales (abcès anal). L'interrogatoire et l'examen du malade sont essentiels. Ils suffisent le plus souvent à poser un diagnostic et débiter un traitement adapté. Le traitement de la thrombose hémorroïdaire et de la fissure anale vise à soulager la douleur et à corriger les troubles du transit. En cas d'abcès, le traitement en urgence repose sur le drainage de la collection, en consultation ou au bloc opératoire si nécessaire. L'antibiothérapie n'est pas systématique et n'est indiquée que dans quelques situations particulières. La prescription d'AINS « à l'aveugle » est à proscrire au risque de favoriser la propagation d'une infection, voire le développement d'une cellulite nécrosante. Au moindre doute chez un patient hyperalgique ou fébrile, il ne faut pas hésiter à l'adresser pour un examen sous anesthésie générale ou locorégionale. Le saignement par chute d'escarre est une complication classique des traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire. Il peut engager le pronostic vital et nécessiter un geste chirurgical d'hémostase. Enfin la recrudescence des infections sexuellement transmises, chez les hommes mais également chez les femmes, doit faire évoquer le diagnostic devant un tableau de rectite et encourager le dépistage.

■ **Mots clés** : urgences proctologiques, thrombose hémorroïdaire, fissure anale, abcès ano-périnéal, saignements ano-rectaux, infection sexuellement transmise

### Abstract

*Proctological emergencies are clinical situations related to the anus and the rectum for which a quick intervention is required to relieve pain, limit the spread of infection and/or control bleeding. They are frequent and diverse, dominated by hemorrhoidal thrombosis, anal fissure and perianal abscess. The first consultation must eliminate potentially life-threatening emergencies (necrotizing cellulitis, heavy bleeding especially after hemorrhoids treatment, ano-rectal trauma, intra-rectal foreign body) and surgery (anal abscess). Questioning and examination of the patient are essential. They are usually enough to establish a diagnosis and start a treatment. The treatment of hemorrhoidal thrombosis and anal fissure aims at relieving the pain and correcting transit disorders. In case of*

**HEPATO-GASTRO  
et Oncologie digestive**

Tirés à part : L. Spindler

Pour citer cet article : Spindler L, Thomas C, Fathallah N, Aubert M, de Parades V. Les urgences proctologiques : jusqu'au bout du doigt. ... *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 67-82. doi : 10.1684/hpg.2018.1692

*abscess, the emergency is the drainage of the collection, during the consultation or under anesthesia if necessary. Antibiotics are most often unnecessary. The "blind" prescription of NSAIDs must be prohibited due to the risk of facilitating the propagation of the infection or even the development of necrotizing cellulitis. When no diagnostic can be established after a clinical examination of a painful or febrile patient, an examination under general or loco-regional anesthesia should be performed. Bleeding after an instrumental treatment of hemorrhoidal disease is a classic complication. It can be life-threatening and require a surgical procedure for hemostasis. Finally, the increase of sexually transmitted infections, for both males and females, must beware the diagnosis in case of proctitis and encourage screening.*

■ **Key words:** proctological emergencies, hemorrhoidal thrombosis, anal fissure, perianal abscess, ano-rectal bleeding, sexually transmitted infection

## Introduction

Les urgences proctologiques correspondent à l'ensemble des situations cliniques ano-rectales pour lesquelles une intervention rapide est requise pour soulager une douleur, limiter la diffusion d'une infection et/ou contrôler un saignement [1]. Bien que le pronostic vital soit rarement mis en jeu, il s'agit d'urgences fréquentes et anxiogènes pour le patient et pour le praticien parfois peu à l'aise avec l'exercice de la proctologie. . . Les trois principaux motifs de consultation sont la douleur, les saignements et la tuméfaction anale [2]. La consultation initiale doit éliminer les urgences vitales (infections nécrosantes des tissus mous, saignements continus) et chirurgicales (abcès anal) [1]. L'examen du malade est rendu difficile par la douleur. Cela implique de bien connaître les éléments d'orientation anamnestiques et la séméiologie des différentes maladies [3]. Nous détaillerons dans cette revue les principales urgences proctologiques, du diagnostic à la prise en charge.

## La thrombose hémorroïdaire

La thrombose hémorroïdaire est extrêmement fréquente. On distingue la thrombose hémorroïdaire externe (THE) et le prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé qui est plus rare. Les principaux facteurs de risques [4] sont la constipation, les efforts de poussée lors de la défécation, la grossesse et l'accouchement ainsi que les traitements instrumentaux. Le rôle des facteurs environnementaux, alcool et aliments épicés notamment, reste débattu. Le diagnostic doit être évoqué devant une douleur anale d'apparition brutale, permanente, intense mais rarement insomniant sauf en cas de prolapsus thrombosé, associée à une tuméfaction anale sans fièvre. L'inspection de la marge anale suffit à poser le diagnostic. À l'examen, il existe une (ou plusieurs) tuméfaction(s) de la marge anale,

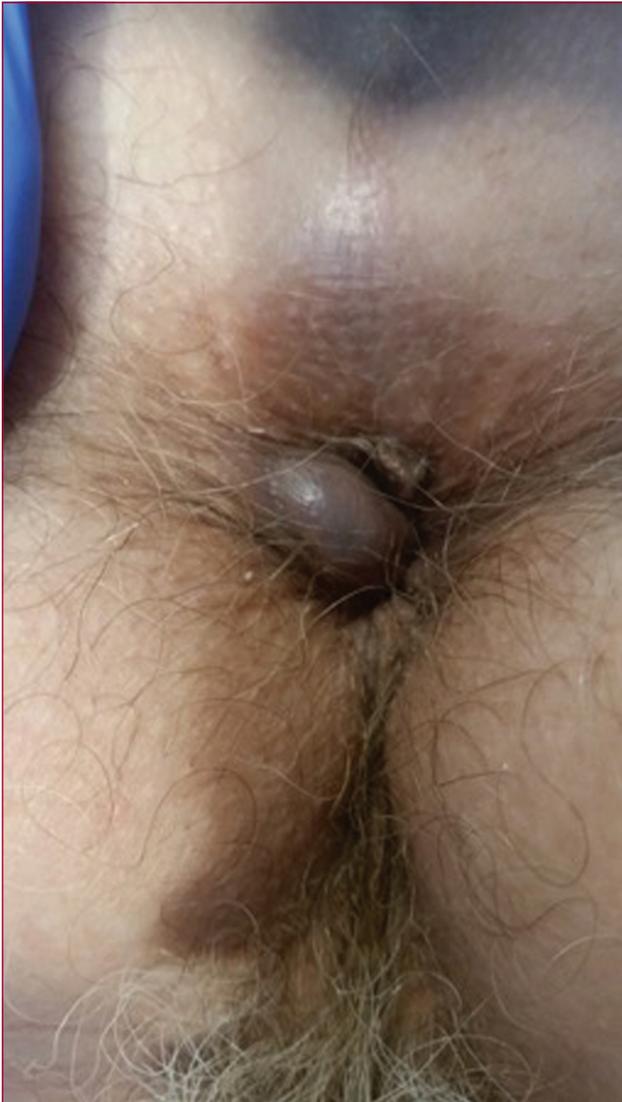
bleutée(s), souvent œdématiée(s) et douloureuse(s) à la palpation (figure 1). En cas de prolapsus thrombosé (figure 2), l'examen montre une ou des hémorroïdes internes thrombosées « accouchées » par l'anus avec souvent une réaction œdémateuse de la marge anale. Des saignements peuvent survenir en cas d'érosion cutanée en regard du thrombus, d'extériorisation du caillot (sphacélisation) ou de nécrose pour le prolapsus thrombosé. Le principal diagnostic différentiel de la THE est l'abcès de la marge anale (figure 3). En cas de doute diagnostique entre une THE et un abcès, une ponction-aspiration à l'aiguille peut être pratiquée pour lever l'incertitude.

“ La thrombose hémorroïdaire est extrêmement fréquente. On distingue la thrombose hémorroïdaire externe et le prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé ”

Le traitement vise à soulager la douleur et non à traiter la thrombose qui guérit spontanément [1]. Il repose principalement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui sont très efficaces sur l'œdème et la douleur, puis d'une manière plus classique sur les antalgiques, et des topiques anesthésiants et/ou des dermocorticoïdes et les laxatifs [1] (tableau 1). Les veinotoniques et les suppositoires n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. En cas de contre-indication aux AINS, par exemple chez la femme enceinte, on peut les substituer par une corticothérapie orale en cure courte

### Abréviations

AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
CE	corps étranger
IST	infection sexuellement transmise
LGV	lymphogranulomatose vénérienne
THE	thrombose hémorroïdaire externe



**Figure 1.** Thrombose hémorroïdaire externe (Coll. Dr L. Spindler).



**Figure 2.** Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé (Coll. Dr L. Spindler).

(deux à cinq jours). Il est essentiel d'éliminer un abcès avant tout traitement. En effet, la prescription d'AINS en cas d'abcès expose à un risque de complications graves (diffusion de la suppuration, gangrène). Le patient doit être informé de l'évolution prévisible. La douleur disparaît rapidement après début du traitement par AINS alors que le thrombus met davantage de temps, quelques semaines, à se dissoudre ou à s'évacuer spontanément et il peut persister une cicatrice cutanée appelée marisque. En cas d'échec du traitement médical ou de THE hyperalgique, un geste d'incision ou mieux d'excision peut être réalisé en consultation en cas de thrombose unique non œdémateuse. L'excision de la thrombose doit être préférée à l'incision qui est moins efficace sur la douleur [4] et qui laisse le sac thrombotique avec le risque d'une réaction



**Figure 3.** Thrombose hémorroïdaire externe (à gauche) et abcès de la marge anale (à droite) (Coll. Dr V. de Parades).

**Tableau 1. Thrombose hémorroïdaire, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.**

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Éliminer un abcès de la marge anale</li> <li>– Prescrire des AINS</li> <li>– Prescrire un traitement antalgique et des laxatifs</li> <li>– Excision en cas d'échec du traitement médical et de THE unique peu ou pas œdémateuse</li> <li>– Rassurer et informer le malade sur l'évolution prévisible, la guérison spontanée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prescrire des AINS à l'aveugle</li> <li>– Prescrire des AINS chez la femme enceinte</li> <li>– Prescrire uniquement des veinotoniques et des topiques</li> <li>– Inciser ou exciser une polythrombose externe, un prolapsus thrombosé interne</li> </ul>

œdémateuse persistante voire une reconstitution rapide du caillot avec l'œdème. Dans tous les cas, l'excision est contre-indiquée en cas de THE œdémateuse ou multiple et de prolapsus thrombosé car elle expose à un risque de récurrence précoce et de saignement important [5]. Chez les patients sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (hormis l'aspirine à faible dose), il faut privilégier le traitement médical [5]. Le traitement du prolapsus thrombosé et de la polythrombose externe non soulagés par le traitement médical repose sur l'hémorroïdectomie tripédiculaire (de type Milligan et Morgan) en urgence [5].

**“ Le traitement médical est essentiel et repose principalement sur les AINS. Il vise à soulager la douleur et non à traiter la thrombose qui guérit spontanément ”**

## La fissure anale

La fissure anale est la deuxième cause de consultation en proctologie après la maladie hémorroïdaire [6]. C'est une urgence « relative » sauf dans deux situations : la fissure hyperalgique et la fissure infectée (avec abcès). Elle correspond à une ulcération de l'anoderme, de la partie basse du canal anal jusqu'à la ligne pectinée. Elle est commissurale postérieure dans 85 % des cas. Sa physiopathologie fait intervenir un traumatisme mécanique responsable de la déchirure initiale, par exemple le passage de selles dures avec d'importants efforts de poussée, une contracture réflexe du sphincter anal et un phénomène d'ischémie qui va gêner la cicatrisation [6]. Le caractère aigu est défini par une durée d'évolution inférieure à six semaines. La constipation et la diarrhée sont les principaux facteurs de risque. La fissure anale est également fréquente

dans les suites d'un accouchement. Elle est alors souvent antérieure et il n'y a pas d'hypertonie anale associée. La douleur est le symptôme principal. Elle est rythmée par la défécation selon une séquence en trois temps qui est quasi pathognomonique [1] : i) une douleur défécatoire intense, ii) suivie d'une courte accalmie de quelques minutes (inconstante), puis iii) une recrudescence plus ou moins prolongée (quelques minutes à plusieurs heures). Le diagnostic positif se fait le plus souvent à l'interrogatoire et l'examen, gêné par la contracture sphinctérienne réflexe, permet de confirmer le diagnostic. Il s'y associe fréquemment une constipation réactionnelle et des traces de sang rouge à l'essuyage.

**“ La douleur est le symptôme principal. Elle est rythmée par la défécation selon une séquence en trois temps qui est quasi pathognomonique ”**

Le diagnostic est posé à l'inspection de la marge anale. L'examen cherche une plaie anale cutanéomuqueuse au déplissement des plis radiés de l'anus, le plus souvent au pôle postérieur [1] (figure 4). Elle a la forme d'une raquette dont le « manche » se prolonge dans le canal anal. Il est très important de bien déplisser la marge anale et de



**Figure 4.** Fissure anale typique commissurale postérieure (Coll. Dr V. de Parades).

demander au patient de pousser légèrement au risque de ne pas voir la fissure. Une marisque cutanée est parfois présente. S'il est réalisé, le toucher ano-rectal est très douloureux et objective une hypertonie anale. L'anuscopie est peu utile au diagnostic et est rarement réalisée en période aiguë du fait de la douleur. Le principal diagnostic différentiel est l'abcès intramural. Chez un patient hyperalgique, une sédation légère, par exemple par inhalation de MEOPA, peut aider à soulager le patient le temps de l'examen. Sinon, en cas de doute diagnostique, un examen sous anesthésie générale ou locorégionale est nécessaire. Une fissure latérale et/ou indolore est toujours atypique et doit faire évoquer entre autres, une maladie de Crohn, un carcinome épidermoïde (figure 5) ou une syphilis. Les principaux risques évolutifs sont le passage à la



**Figure 5.** Carcinome épidermoïde de l'anus et abcès de la marge anale (Coll. Dr L. Spindler).

chronicité, l'infection et la récurrence après guérison. Le traitement médical vise à soulager la douleur et à casser le cercle vicieux : douleur, hypertonie, ischémie, retard de cicatrisation. En première intention, il associe des antalgiques, un AINS, un myorelaxant, des laxatifs doux et des suppositoires et crèmes à visée antalgique et cicatrisante (tableau 2). La correction de la constipation est l'élément essentiel. Le traitement médical permet de guérir un patient sur deux [6]. Cependant la guérison est souvent longue (plusieurs semaines). Le patient doit en être informé. Le risque est d'interrompre trop tôt le traitement, avant la cicatrisation complète, et de conclure à tort à un échec ou à une récurrence. En cas d'échec du traitement de première ligne, bien conduit, l'utilisation de dérivés nitrés en pommade est parfois proposée. Les dérivés nitrés visent à diminuer la contracture sphinctérienne et à améliorer ainsi la vascularisation locale pour favoriser la cicatrisation. Toutefois ce traitement pose un problème de coût pour le patient (prix libre et non remboursé) et de tolérance (céphalées fréquentes). D'autres traitements ont montré une certaine efficacité, inhibiteur calcique en topique, injection de toxine botulique dans le sphincter interne mais ils n'ont pas l'AMM en France dans cette indication. Le traitement chirurgical est proposé en cas d'échec du traitement médical, de fissure récidivante ou chronique et d'emblée en cas de fissure infectée ou hyperalgique [1, 6]. L'intervention de référence en France est la fissurectomie avec ou sans anoplastie. La sphinctérotomie latérale interne a pour but de diminuer le tonus sphinctérien. Elle est répandue dans les pays anglo-saxons mais moins pratiquée en France du fait du risque d'incontinence anale secondaire [6].

“ La correction de la constipation est l'élément essentiel du traitement médical de la fissure. La cicatrisation est longue ”

**Tableau 2. Fissure anale, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.**

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplier soigneusement la marge anale et faire pousser le patient</li> <li>- Corriger les troubles du transit et soulager la douleur</li> <li>- Penser à la chirurgie en cas de fissure infectée, hyperalgique, récidivante ou chronique</li> <li>- Savoir évoquer une maladie de Crohn, un cancer, une IST en cas de fissure atypique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser à « tout prix » une anoscopie chez un patient hyperalgique</li> <li>- Ne pas corriger les troubles du transit</li> <li>- Prescrire un traitement d'épreuve par AINS sans avoir vu la fissure</li> </ul>

## L'abcès ano-périnéal

Les abcès sont moins fréquents que la THE mais néanmoins une cause classique d'urgence proctologique douloureuse [7, 8]. Il est plus fréquent chez l'homme avec un pic entre 20 et 40 ans. Les principaux facteurs de risques sont le diabète, l'immunosuppression, l'obésité et la maladie de Crohn [9].

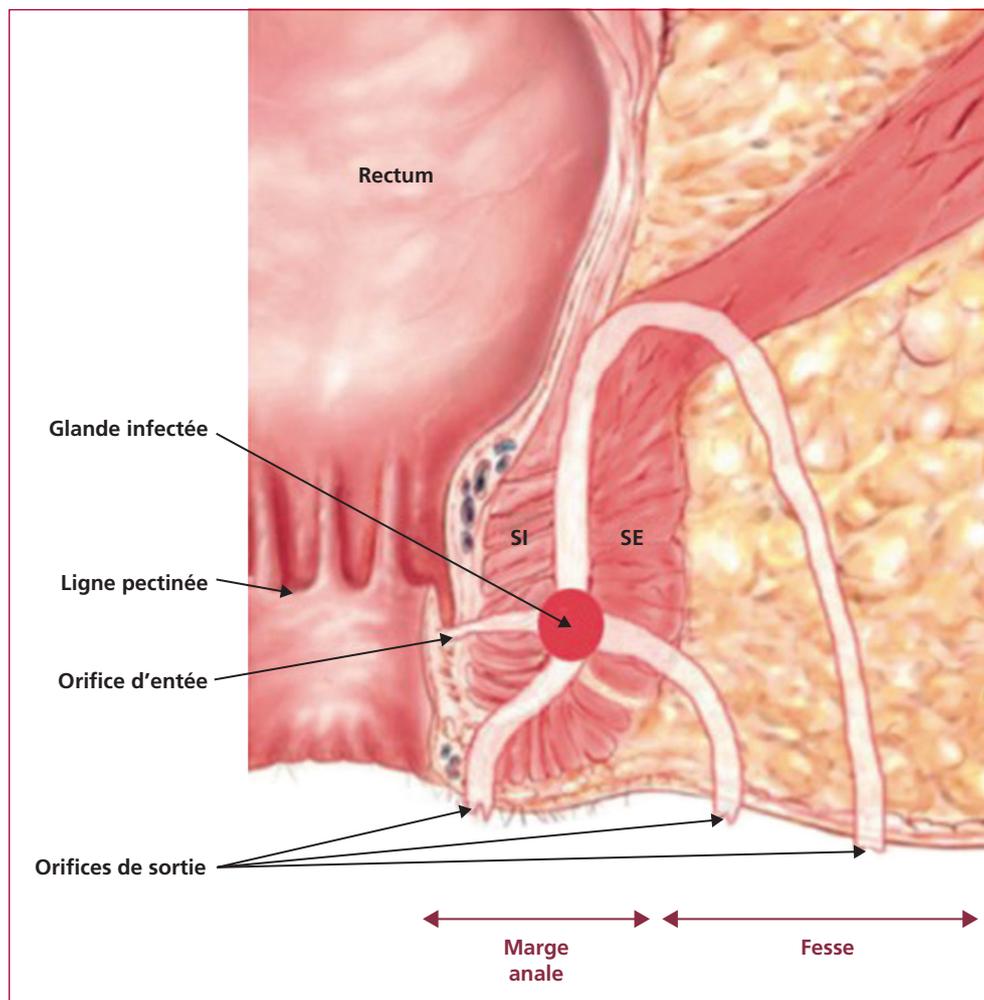
Entre 70 et 90 % des abcès de la région anopérinéale prennent naissance au niveau du canal anal et sont d'origine cryptoglandulaire [7, 8, 10]. Ils résultent de l'infection d'une glande d'Hermann et Desfosses. Ces glandes sont sous-muqueuses ou, pour certains, intersphinctériennes, localisées au niveau de la ligne pectinée au sein d'une crypte. L'infection de la glande aboutit à la formation d'un abcès. Le plus souvent, l'abcès est marginal ou loge dans la fesse (fosse ischio-anale ou ischio-rectale). Dans la majorité des cas, une fistule anale est présente [10, 11] (*figure 6*) mais sa présence (ou non) influence peu

la prise en charge en urgence de l'abcès et son traitement ne sera donc pas abordé ici.

**“ L'abcès anopérinéal résulte le plus souvent de l'infection d'une glande d'Hermann et Desfosses ”**

Plus rarement, l'abcès est secondaire à une fissure infectée ou à une maladie de Crohn, un corps étranger ou encore une infection à gonocoque ou *Chlamydia*. Les principales causes d'abcès ano-périnéaux sont résumées dans le *tableau 3*.

Enfin, certaines suppurations n'ont pas de connexion avec le canal anal. Le sinus pilonidal est la première cause de suppuration non cryptoglandulaire (*figure 7*), localisé le plus souvent dans la région sacrococcygienne à distance de l'anus [8, 11]. Le diagnostic est établi sur la localisation de l'abcès, au niveau ou à proximité du sillon interfessier, et



**Figure 6.** Principaux trajets fistuleux (SI : sphincter interne ; SE : sphincter externe) d'après [11].

**Tableau 3. Principales causes d'abcès anopérinéaux (d'après [11]).**

Infection cryptoglandulaire (infection d'une glande d'Hermann et Desfosses)
Sinus pilonidal infecté
Maladie de Crohn
Fissure anale infectée
Infection à gonocoque, <i>Chlamydia</i>
Maladie de Verneuil
Kyste sébacé infecté
Furoncle/anthrax
Glande à musc infectée
Corps étranger implanté (os de poulet, cure-dents, etc.)
Chirurgie ano-rectale
Exceptionnellement : cancer du canal anal, du rectum, radiothérapie, tuberculose, actinomycose

sur la présence de fossettes pilonidales sur la ligne médiane avec parfois des débris pilaires sortant par l'une des fossettes [8]. On peut citer également la maladie de Verneuil ou hidradénite suppurée (*figure 8*) dont le traitement est médico-chirurgical, les furoncles, l'anthrax, le kyste sébacé infecté, etc.

**“ Le sinus pilonidal est la première cause de suppuration non cryptoglandulaire ”**

Le diagnostic d'abcès est clinique. La douleur domine le tableau. Elle est d'intensité rapidement progressive, pulsatile et insomnante. La fièvre est inconstante. Une dysurie et/ou une constipation réactionnelle peuvent être associées. À l'examen clinique, il existe une tuméfaction de la marge anale, de la fesse (*figure 9*) ou du pli interfessier, inflammatoire et douloureuse. La peau est tendue avec parfois une zone fluctuante. C'est alors à ce niveau que sera réalisée l'incision de drainage. Si l'inspection de la marge est normale, il faut suspecter un abcès intramural, c'est-à-dire l'extension de la suppuration de l'espace intersphinctérien vers la paroi du rectum. Le toucher rectal, s'il est possible, permet de faire le diagnostic en palpant une masse pariétale rectale fluctuante avec une douleur exquise. Si le patient est inexaminable, un examen sous anesthésie générale ou locorégionale est nécessaire. L'examen clinique doit également chercher des signes de



**Figure 7.** Abcès sur sinus pilonidal (Coll. Dr V. de Parades).

gravité, principalement l'évolution vers une cellulite nécrosante (*figure 10*) ou gangrène de Fournier qui est la complication la plus grave d'un abcès. C'est une urgence vitale. La mortalité varie selon les études entre 3 et 67 % [12], secondaire à un état de choc avec défaillance multiviscérale. L'abcès périnéal est une cause classique. Le diabète, l'immunosuppression, l'insuffisance rénale sont les principaux facteurs de risque [12]. Les signes locaux initiaux associent douleurs, œdème, érythème. Puis l'évolution se fait rapidement vers la nécrose avec l'apparition de plaques ecchymotiques, bulleuses et hémorragiques associées à des suintements purulents malodorants liés à la présence de germes anaérobies. L'extension des lésions se fait vers le périnée, le scrotum, les plis inguinaux, les cuisses voire l'abdomen et les lombes. La palpation met en évidence une crépitation sous-cutanée.



**Figure 8.** Maladie de Verneuil (Coll. Dr V. de Parades).

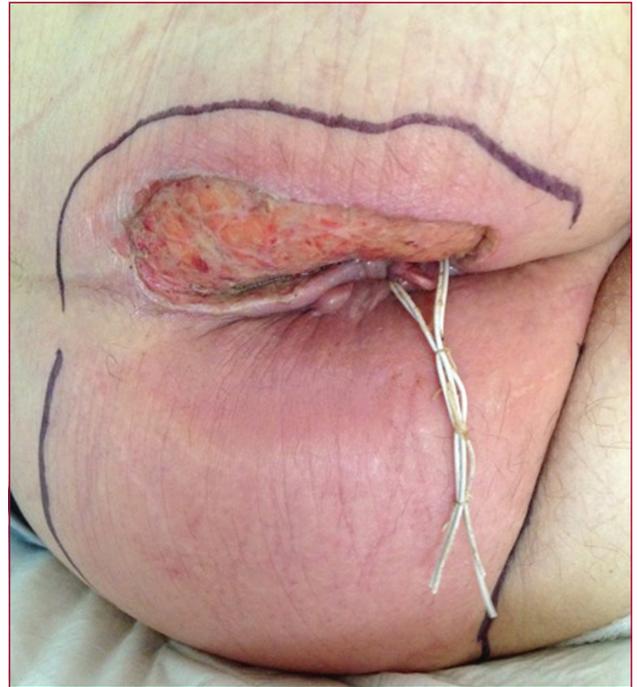
Des signes généraux (fièvre, malaise), des troubles hydro-électrolytiques et un syndrome inflammatoire sont également présents. Le traitement est médico-chirurgical urgent et comprend au minimum une antibiothérapie à large spectre et l'exérèse chirurgicale de l'ensemble des tissus nécrosés.

“ La gangrène de Fournier représente la complication la plus grave d'un abcès ano-périnéal ”

L'imagerie est inutile sauf en cas de doute diagnostique, de suppuration complexe, récidivante, de cellulite nécrosante, mais ne doit pas retarder le geste de drainage.



**Figure 9.** Abscès de la fesse gauche étendue à la grande lèvre (Coll. Dr L. Spindler).



**Figure 10.** Abscès de la fesse droite avec cellulite (marquage aux marqueurs des berges) et fistule anale drainée par un sétou (Coll. Dr V. de Parades).

“ Le diagnostic est clinique. L'imagerie est le plus souvent inutile en contexte d'urgence et ne doit pas retarder le geste de drainage ”

Le traitement de l'abcès est une urgence thérapeutique. Il vise à soulager le patient et à éviter la propagation de l'infection et la survenue d'une éventuelle cellulite (tableau 4). On peut individualiser trois situations : i) l'abcès de la marge anale, ii) l'abcès profond de la fesse, et iii) l'abcès intramural. En pratique, l'abcès de la marge anale ne pose le plus souvent aucun problème diagnostique ni thérapeutique. Le traitement consiste à réaliser une incision au bistouri après anesthésie et désinfection locales pour évacuer le pus collecté. Le point d'incision est repéré à la palpation, zone fluctuante dépressible, au sommet de la tuméfaction. Des soins locaux (désinfection, compresses) et un traitement antalgique sont prescrits durant quelques jours. Concernant l'abcès de la fesse, la collection est parfois profonde, siégeant au sein de la fosse ischiorectale. L'incision en consultation est souvent « blanche » c'est-à-dire sans issue de pus car trop superficielle pour atteindre la collection. L'abcès profond de la fesse et l'abcès intramural sont des urgences chirurgicales. Le drainage de la collection est réalisé au bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale. L'antibiothérapie est inutile en dehors de cas particuliers (tableau 5) [8, 10].

**Tableau 4. Abscès ano-périnéal, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire**

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciser l'abcès</li> <li>- Examiner sous anesthésie générale ou locorégionale en cas de suspicion d'abcès intramural</li> <li>- Savoir reconnaître une cellulite nécrosante</li> <li>- Connaître les (rares) indications de l'antibiothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrire des AINS</li> <li>- Se contenter d'une antibiothérapie</li> <li>- Prescrire d'emblée un bilan biologique, des prélèvements locaux et/ou de l'imagerie</li> </ul>

“ Le traitement repose sur l'incision en urgence de l'abcès. L'antibiothérapie est inutile en dehors de situations particulières ”

## Les saignements ano-rectaux

L'hémorragie digestive basse est un motif fréquent de consultation et d'admission aux urgences. On estime leur prévalence entre 12 et 40 % selon les études [13-15]. Nous nous intéresserons dans ce chapitre uniquement aux saignements d'origine ano-rectale. Ils représentent plus de 10 % des hémorragies digestives basses [16]. En consultation spécialisée de proctologie, les hémorroïdes et la fissure anale représentent plus de 75 % des causes de saignement d'origine ano-rectale [17]. Toutefois, si les saignements hémorroïdaires peuvent être angoissants pour le patient, ils n'engagent pas le pronostic vital à court terme. Contrairement aux saignements d'origine iatrogène, particulièrement la chute d'escarre que nous aborderons spécifiquement. 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 des explorations complémentaires notamment endoscopiques. Le saigne-

**Tableau 5. Indications de l'antibiothérapie en cas d'abcès anopérinéal.**

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

ment 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 [18]. Il peut simplement tâcher le papier hygiénique ou au contraire éclabousser la cuvette (*figure 11*). Il est volontiers récidivant et peut parfois entraîner à terme une anémie. La notion de prolapsus peut orienter sur une origine hémorroïdaire (*figure 11*). Les saignements hémorroïdaires sont exceptionnellement douloureux. Ainsi, en cas de douleur associée, d'autres diagnostics doivent être évoqués (*tableau 6*) [15, 18].

“ 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 ”

Chez les patients âgés de plus de 45 ans, ou en présence de signes d'alarme quel que soit l'âge ou encore si l'examen proctologie est normal, une coloscopie doit être réalisée. Les indications de la coloscopie sont résumées dans le *tableau 7* [17].

“ Une coloscopie est indiquée après 45 ans ou quel que soit l'âge en cas de signes d'alarme ”

Un cas particulier est celui du saignement par chute d'escarre (*figure 12*) qui peut compliquer une chirurgie hémorroïdaire mais aussi un traitement instrumental, photocoagulation infrarouge et ligature élastique. Cette complication concerne selon les études entre 1 % et 5 % des patients [5]. Le contexte est évocateur (geste dans les 15 jours précédents), le saignement est le plus souvent intracanalair et s'arrête en général spontanément, sinon un geste d'hémostase chirurgicale peut s'avérer nécessaire



**Figure 11.** Saignements hémorroïdaires éclaboussant la cuvette (à gauche) ; prolapsus hémorroïdaire de grade 4 responsable de saignement (à droite) (Coll. Dr L. Spindler).



**Figure 12.** Saignements par chute d'escarre à J6 d'une photo-coagulation infrarouge (Coll. Dr V. de Parades).

[5]. Les signes de gravité sont d'une part le malaise (qui peut être vagal mais qui peut aussi s'expliquer par une hypovolémie rapide) et d'autre part les douleurs abdominales (qui témoignent de la mise en tension du rectum et du sigmoïde par la grande quantité de sang). Ces éléments lorsqu'ils sont présents justifient au minimum une

hospitalisation pour surveillance voire un examen sous anesthésie (tableau 8).

**“ Les traitements instrumentaux, photocoagulation infrarouge et surtout la ligature élastique, peuvent se compliquer d'une chute d'escarre dans les 15 jours suivant le geste ”**

Enfin les ulcérations rectales traumatiques (par exemple après un lavement) sont une autre cause de saignement ano-rectal pouvant parfois engager le pronostic vital (figure 13). Le contexte est alors évocateur.

### Les ano-rectites infectieuses

Elles résultent pour la plupart d'une infection sexuellement transmise (IST) à gonocoque et/ou chlamydia trachomatis. Les autres rectites infectieuses (*Escherichia coli* entéropathogène, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium difficile*, amébose, cytomégalovirus) sont plus rares et l'atteinte est plutôt colique que rectale isolée. On observe depuis plusieurs années une recrudescence des IST aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Elles doivent être systématiquement évoquées en cas de rapports anaux et d'antécédent d'IST ano-rectale. Les principaux facteurs de risque sont les rapports anaux, les rapports non protégés et les partenaires sexuels multiples [19]. Les co-infections sont fréquentes, *Chlamydia* et gonocoque, mais aussi VIH, syphilis, hépatite B, HSV 1 et 2, et HPV [19].

**Tableau 6. Saignements d'origine ano-rectale : causes et éléments d'orientation (d'après [15]).**

Hémorroïde interne	Saignement rouge vif en fin de selles, peu abondant et indolore
Thrombose hémorroïdaire externe	Douleur brutale permanente, saignement peu abondant dans les sous-vêtements ou sur le papier
Fissure anale	Douleur rythmée par les selles, saignement peu abondant à l'essuyage
Tumeur anale	Terrain (femme âgée ou homme ayant des rapports anaux avec des hommes, VIH), saignement peu abondant à l'essuyage, parfois important et déclenché par la défécation
Tumeur rectale	Saignement isolé ou associé à des glaires, enrobant les selles, troubles du transit, syndrome rectal, altération de l'état général
Dermatoses	Prurit, saignement de faible abondance à l'essuyage
Infections sexuellement transmissibles	Terrain, syndrome rectal, émissions purulentes et sanglantes, douleurs, fièvre
Rectocolites infectieuses	Contexte, diarrhée aiguë glairo-sanglante, douleurs abdominales, fièvre, syndrome inflammatoire biologique
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin	Diarrhée chronique glairo-sanglante, douleurs abdominales, âge jeune, altération de l'état général, manifestations extradiagnostiques
Maladie iatrogène	Anamnèse
Trouble de la statique rectale	Prolapsus rectal, ulcère solitaire du rectum

**Tableau 7. Signes d'alarme devant conduire à la réalisation d'une coloscopie en cas de saignement ano-rectal (un seul critère nécessaire) (d'après [15]).**

Âge $\geq$ 45 ans
Pas de visualisation de l'origine du saignement et/ou doute à l'examen proctologique
Signes digestifs
Signes généraux
Anémie, syndrome inflammatoire
Antécédents familiaux multiples ou à un âge jeune de cancer colorectal (< 50 ans)

**“ Les ano-rectites infectieuses résultent le plus souvent d'une infection sexuellement transmissible à gonocoque et/ou chlamydia ”**

Le tableau clinique associe un syndrome rectal, des émissions purulentes et sanglantes, de la fièvre et des adénopathies inguinales. Cependant des formes asymptomatiques sont courantes [20]. À l'inspection, la marge anale est souvent ulcérée (cf. fissure atypique) et le toucher rectal est sensible. Il peut percevoir des ulcérations canalaires et une muqueuse rectale irrégulière témoignant d'une rectite. L'anuscopie montre une ano-rectite érythémateuse, œdématisée et ulcérée avec des sécrétions purulentes et sanglantes (figure 14). Des formes sévères fistulisantes avec abcès sont présentes chez environ 15 % des patients [19]. Les complications extra-digestives sont les arthrites, la méningite, la bactériémie, l'endocardite, l'orchite ainsi que la grossesse extra-utérine et l'infertilité [20]. Le diagnostic est microbiologique et repose sur les prélèvements locaux par écouvillonnage rectal avec détection par PCR et réalisation d'une culture et d'un antibiogramme systématique pour le gonocoque du fait de l'émergence de souches résistantes

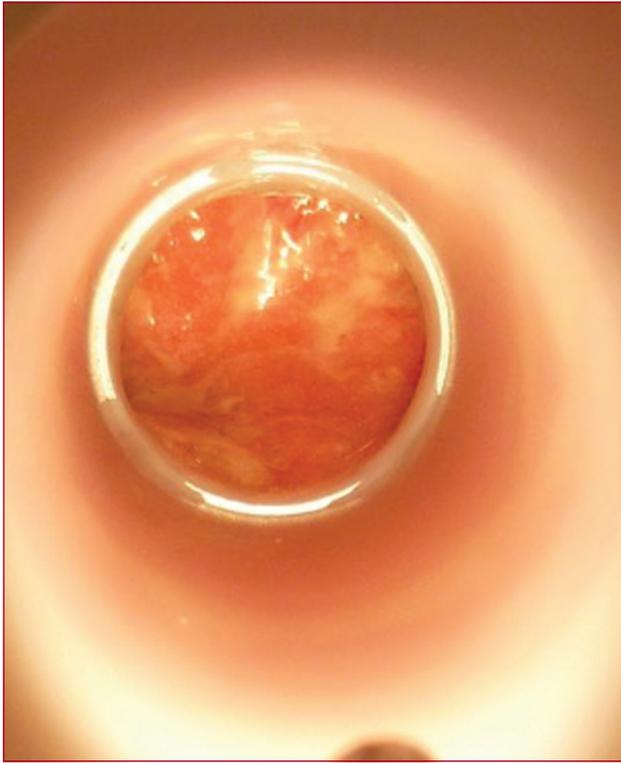


**Figure 13.** Ulcération traumatique du bas rectum dans les suites d'un lavement (Coll. Dr R. Gerometta).

aux fluoroquinolones (fréquentes, 40 % des cas) et aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (plus rares) [19]. 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 tumeur du rectum (forme pseudo-tumorale). En pratique, le sérotypage est rarement réalisé. Le traitement repose sur la doxycycline 100 mg 2 fois par jour durant 7 jours pour les sérotypes D-K et 21 jours pour les sérotypes L1, L2 et L3 [3]. En l'absence de sérotypage, en cas de rectite sévère ou de co-infection VIH une durée de 21 jours est retenue de principe. En cas d'allergie ou de contre-indication à la doxycycline (femme enceinte ou allaitante par exemple) l'azithromycine peut être utilisée, 1 g en dose unique pour une souche de *Chlamydia* non LVG ou 1 g per os par semaine durant 3 semaines dans le cas contraire [21].

**Tableau 8. Saignement ano-rectal, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.**

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les caractéristiques du saignement d'origine hémorroïdaire et fissuraire</li> <li>- Réaliser un examen proctologique complet (inspection, toucher rectal, anoscopie et/ou rectostocpie)</li> <li>- Réaliser une coloscopie chez tout patient <math>\geq</math> 45 ans et/ou en l'absence de cause proctologique évidente et/ou en présence de signes d'alarmes</li> <li>- Penser à la chute d'escarre en cas de saignements dans les suites d'un traitement instrumental ou d'une chirurgie hémorroïdaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclure trop vite à l'origine proctologique du saignement parce que c'est fréquent</li> <li>- Méconnaître les signes d'alarme</li> <li>- Sous-estimer la gravité d'un saignement sur chute d'escarre</li> </ul>



**Figure 14.** Rectite purulente sexuellement transmise (Coll. Dr M. Aubert).

“ **Les symptômes associent un syndrome rectal et des émissions purulentes et sanglantes. L’anoscopie montre le plus souvent une rectite érythémateuse et/ou ulcérée. Le diagnostic est microbiologique par écouvillonnage rectal** ”

Le traitement de l’infection à gonocoque fait appel à une injection intramusculaire unique de ceftriaxone 500 mg. Si le patient est allergique aux bêta-lactamines, un aminoside peut être utilisé [22]. En présence d’un abcès et/ou d’une fistule la chirurgie est parfois nécessaire en plus de l’antibiothérapie. Dans tous les cas le dépistage des autres IST (VIH, hépatites B et C, syphilis) et si possible du partenaire doivent être réalisés. Certains préconisent la recherche d’un portage urinaire et pharyngé de principe. Toutefois, celui-ci est rarement réalisé en contexte d’urgence.

“ **Le traitement repose sur antibiothérapie de trois semaines par doxycycline en cas d’ano-rectite à Chlamydia et sur l’injection d’une dose unique en IM de ceftriaxone en cas d’infection à gonocoque** ”

La primo-infection herpétique (HSV 1 et 2) (figure 15) est une autre cause d’ano-rectite hyperalgique sexuellement



**Figure 15.** Primo-infection herpétique (Coll. Dr R. Leenhardt).

transmise. Elle est responsable de douleurs péri-anales intenses, continues, à type de brûlure plus ou moins prurigineuse. Elle peut précéder l’apparition des lésions cutané-muqueuses d’abord vésiculeuses mais qui vont rapidement s’éroder et laisser place à des érosions en grappe. Un syndrome viral, une dysurie, des brûlures mictionnelles, une constipation réactionnelle et une adénopathie inguinale douloureuse sont souvent présents [1]. Le diagnostic est clinique. En cas de doute, la détection par PCR du virus à partir de l’écouvillonnage d’une lésion est une méthode diagnostique sensible [23]. Des formes atypiques et extensives sont possibles chez l’immunodéprimé. L’anoscopie peut montrer des ulcérations du canal anal et une rectite ulcérée. On cherchera dans tous les cas une co-infection par gonocoque et Chlamydia. Les sérologies de dépistage des autres IST seront systématiquement demandées. Le traitement fait appel aux antalgiques et au valaciclovir (500 mg 2 fois par jour) *per os* pendant 10 jours en cas de primo-infection et 5 jours en cas de récurrence [22]. Chez l’immunodéprimé, la posologie est de 1 000 mg deux fois par jour. Le traitement antiviral accélère la guérison, limite la contagiosité mais n’éradique pas le virus. En cas de récurrences fréquentes, un traitement antiviral par valaciclovir au long cours peut être proposé [22].

“ Le traitement de la primo-infection herpétique repose sur le valaciclovir durant 10 jours ”

## Les autres urgences proctologiques

Moins fréquentes, elles peuvent constituer, dans les cas les plus graves, de véritables urgences chirurgicales et doivent donc être connues. Le contexte clinique oriente le plus souvent le diagnostic. Il s'agit du prolapsus rectal irréductible, du corps étranger intrarectal, du fécalome et des traumatismes ano-rectaux.

Le prolapsus rectal irréductible est une complication rare du prolapsus rectal. C'est une urgence thérapeutique car il peut aboutir à un « étranglement » du prolapsus à l'origine d'une nécrose ischémique. Le diagnostic est clinique et le traitement consiste à réintroduire manuellement le prolapsus par pression douce sous couvert d'une sédation légère (MEOPA) si nécessaire et d'un traitement antalgique. Parfois, un pansement compressif est utile pour diminuer l'œdème et faciliter la réintroduction [24]. La correction chirurgicale du prolapsus sera réalisée à distance. Il s'agit le plus souvent d'une rectopexie ventrale par voie coelioscopique. En revanche en cas d'échec ou de signes de souffrance du moignon rectal (ulcération, nécrose), la chirurgie est réalisée en urgence compte tenu du risque de perforation et de gangrène.



Figure 16. Corps étranger intrarectal à la radiographie de l'abdomen sans préparation (Coll. Dr B. Mory).

Concernant le corps étranger intrarectal (CE), les circonstances sont évocatrices et le diagnostic est parfois donné par le malade dès l'interrogatoire (jeux sexuels principalement, plus rarement trafic de drogue, agression, etc.) [3]. Au contraire, par crainte ou par pudeur, le patient peut cacher le diagnostic au médecin. Le toucher rectal, l'anuscopie, voire la rectoscopie confirment le diagnostic et permettent de préciser la localisation et la disposition du corps étranger qui guideront la prise en charge (objet palpable ou non au TR) [1]. L'examen doit également éliminer une complication, lésion du sphincter anal et surtout une perforation recto-sigmoïdienne qui doit être évoquée en présence d'une douleur abdominale associée à des signes généraux (fièvre, tachycardie). Dans ce cas, la radiographie de l'abdomen sans préparation (figure 16) et le scanner abdomino-pelvien sont utiles. Le retrait du corps peut se faire selon différentes modalités qui dépendent surtout de la localisation du CE, palpable ou non au toucher rectal, et de la présence ou non d'une complication [25]. En l'absence de perforation et si le CE est palpable au TR, une extraction transanale est tentée soit en consultation, avec une sédation légère si besoin, soit sous anesthésie générale en cas d'échec (figure 17). En cas d'échec d'extraction par voie basse ou en cas de



Figure 17. Extraction au bloc opératoire du corps étranger par voie transanale sous anesthésie générale (Coll. Dr B. Mory).

**Tableau 9. Principales urgences potentiellement vitales en proctologie**

Cellulite et infection nécrosante des tissus mous
Abcès intramural
Saignement par chute d'escarre
Traumatisme ano-rectal
Corps étranger intra-rectal

complication, la chirurgie est indiquée en urgence. Selon le type de CE et en l'absence de complication, une extraction endoscopique peut être également tentée. Le diagnostic de fécalome peut être trompeur [1]. Les symptômes classiques, constipation allant parfois

jusqu'au syndrome occlusif, sont volontiers masqués par une fausse diarrhée voire une incontinence anale. Le fécalome après chirurgie proctologique, notamment après hémorroïdectomie, est une cause classique et fréquente de douleurs. Il doit être évoqué avant de majorer (inutilement) le traitement antalgique. Le toucher rectal fait le diagnostic. Le traitement associe lavements évacuateurs et purges à base de PEG. Une extraction sous anesthésie est rarement nécessaire.

Les traumatismes ano-rectaux sont de causes multiples : plaie par balle ou arme blanche, explosion, empalement, accident domestique ou de la circulation, traumatisme sexuel. Le pronostic vital peut être engagé par les complications associées (hémorragiques, infectieuses, perforation d'organe) [1]. La prise en charge en urgence repose d'abord sur le traitement des défaillances vitales. Puis, un bilan lésionnel clinique et paraclinique exhaustif

**Tableau 10. Les urgences proctologiques, principaux éléments d'orientation et de prise en charge.**

Maladie	Interrogatoire et examen clinique	Traitement
Thrombose hémorroïdaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur d'apparition brutale, non fébrile</li> <li>– Contexte évocateur : constipation, grossesse/accouchement</li> <li>– Tuméfaction anale unique ou multiple, œdémateuse, bleutée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antalgiques</li> <li>– AINS</li> <li>– Laxatifs</li> <li>– Topiques</li> <li>± excision si échec du traitement médical</li> </ul>
Fissure anale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur rythmée par la défécation</li> <li>– Traces de sang rouge vif à l'essuyage</li> <li>– Ulcération commissurale postérieure le plus souvent</li> <li>– Hypertonie anale</li> <li>– Capuchon mariscal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laxatifs</li> <li>– Antalgiques</li> <li>– AINS</li> <li>– Topiques</li> <li>– Myorelaxants</li> <li>– Chirurgie si échec ou infection</li> </ul>
Abcès anopérinéal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur d'apparition progressive, insomnante, fébrile</li> <li>– Tuméfaction de la marge anale ou de la fesse inflammatoire douloureuse</li> <li>– Palpation d'une zone fluctuante</li> <li>– Bombement intrarectal en cas d'abcès intramural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Drainage (incision sous anesthésie locale, au bloc si abcès profond)</li> <li>– Antalgiques</li> <li>– Antibiothérapie selon le terrain</li> </ul>
Ano-rectites infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anamnèse évocatrice</li> <li>– Syndrome rectal</li> <li>– Emissions glairo-sanglantes</li> <li>– Rectite, ulcérations du canal anal</li> <li>– Adénopathies inguinales</li> </ul>	Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gonocoque : Ceftriaxone pour gonocoque 500 mg IM dose unique</li> <li>– <i>Chlamydia</i> : Doxycycline 100 mg 2×/j durant 3 semaines</li> <li>– HSV : Valaciclovir 2×500 mg durant 10 jours</li> </ul>
Corps étranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anamnèse évocatrice</li> <li>– Palpation du corps étranger au TR</li> <li>– Visible à l'anuscopie/rectoscopie rigide, à l'ASP, au scanner</li> </ul>	Extraction manuelle, endoscopique ou chirurgicale
Fécalome	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constipation, douleurs abdominales, syndrome occlusif ou au contraire fausse diarrhée</li> <li>– Diagnostic au TR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lavements et purge</li> <li>– Extraction manuelle si échec</li> </ul>
Prolapsus rectal irréductible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inspection</li> <li>– Œdème, ulcérations, nécrose en cas d'étranglement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réintroduction manuelle douce et prudente</li> <li>– Chirurgie à distance ou en urgence si complications</li> </ul>

guidera la prise en charge colo-proctologique. Des prélèvements à la recherche d'IST et une recherche d'ADN s'imposent en cas de viol [1]. En cas de plaie rectale, la réparation chirurgicale dépend de l'étendue des lésions. Elle est réalisée soit directement pour les lésions peu étendues sans signes de péritonite, soit dans le cas contraire secondairement sous couvert d'une colostomie de dérivation réalisée en urgence [26]. En cas de traumatisme anal, le traitement repose d'abord sur le parage et le débridement des tissus nécrosés de la plaie afin d'éviter une infection. Si la rupture sphinctérienne est peu étendue et que les berges de la plaie sont saines, une réparation sphinctérienne peut être envisagée d'emblée.

### Take home messages

- Les urgences proctologiques sont un motif fréquent de consultation. Les trois principaux symptômes d'appel sont la douleur, la rectorragie et la tuméfaction anale.
- Les urgences les plus fréquentes sont la thrombose hémorroïdaire, la fissure anale, l'abcès et les saignements d'origine ano-rectale.
- Il faut éliminer les urgences vitales (hémorragie active, infections nécrosantes des tissus mous) et/ou chirurgicale (abcès en tension).
- L'examen sous anesthésie générale ou locorégionale est parfois nécessaire chez le patient hyperalgique et donc inexaminable en consultation.
- Le traitement de la thrombose hémorroïdaire vise à soulager la douleur et repose d'abord sur les AINS, voire les corticoïdes en cas de contre-indication.
- La régularisation du transit est essentielle pour le traitement de la fissure anale.
- En cas d'abcès, le drainage de la collection, sous anesthésie locale ou au bloc opératoire si nécessaire, doit être réalisé en urgence. L'antibiothérapie est inutile en dehors de cas particuliers.
- Il faut toujours se méfier d'une éventuelle infection nécrosante des tissus mous, certes rare mais au pronostic gravissime.
- Bien que fréquent, le saignement d'origine hémorroïdaire doit rester un diagnostic d'élimination.
- Le saignement par chute d'escarre peut compliquer un traitement instrumental ou chirurgical des hémorroïdes et engager le pronostic vital si l'hémorragie ne cesse pas spontanément.

Sinon elle sera discutée à distance une fois la cicatrisation terminée [25].

## Conclusion

Les urgences proctologiques sont fréquentes et diverses, dominées par la thrombose hémorroïdaire, la fissure anale et l'abcès ano-périnéal. Il convient de garder à l'esprit les urgences potentiellement vitales que sont la cellulite nécrosante, l'abcès intramural, le saignement par chute d'escarre, voire les traumatismes ano-rectaux et le corps étranger intra-rectal (tableau 9). Les principaux éléments d'orientation et de prise en charge sont résumés dans le tableau 10. L'interrogatoire et l'examen du malade sont essentiels car pour le malade venant consulter le problème est presque toujours « hémorroïdaire ». D'autre part, ils suffisent le plus souvent à poser un diagnostic et débiter un traitement adapté. La prescription d'AINS « à l'aveugle » est à proscrire au risque de favoriser la propagation d'une infection, voire le développement d'une cellulite nécrosante. Au moindre doute chez un patient hyperalgique ou fébrile, il ne faut pas hésiter à l'examiner sous anesthésie générale ou locorégionale. Enfin la recrudescence des IST, chez les hommes mais également chez les femmes, doit faire évoquer le diagnostic devant un tableau de rectite et encourager le dépistage.

**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. de Parades V. Dossier urgences proctologiques. *Rev Prat* 2017 ; 2 : 147-61.
2. Pigot F, Sproudhis L, Bigard MA, Staumont G. Ano-rectal complaints in general practitioner visits: consumer point of view. *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ; 30 : 1371-4.
3. Lohsirawat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol* 2016 ; 22 : 5867-78.
4. Chan KK, Arthur JD. External haemorrhoidal thrombosis: evidence for current management. *Tech Coloproctol* 2013 ; 17 : 21-5.
5. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg* 2016 ; 153 : 213-8.
6. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg* 2015 ; 152 : 37-43.
7. Sahnan K, Adegbola SO, Tozer PJ, Watfah J, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ* 2017 ; 356 : j475.
8. 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.
9. Adamo K, Sandblom G, Brännström F, Strigård K. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess : a population-based study, Sweden 1997-2009. *Int J Colorectal Dis* 2016 ; 31 : 669-73.

**10. 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.**

**11. Horaist C, Fathallah N, Pommaret E, de Parades V. Prise en charge des fistules anales en 2015. *Hépatogastro* 2015 ; 22 : 816-27.**

**12. Shyam DC, Rapsang AG. Fournier's gangrene. *Surgeon* 2013 ; 11 : 222-32.**

**13. Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: Epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009 ; 11 : 921-6.**

**14. Crosland A, Jones R. Rectal bleeding: prevalence and consultation behaviour. *BMJ* 1995 ; 311 : 486-8.**

**15. Fathallah N, Crochet E, Pommaret E, Barré A, de Parades V. Conduite à tenir devant un saignement anorectal. *Rev Prat* 2017 ; 2 : 152-9.**

**16. Oakland K, Guy R, Uberoi R, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut* 2018 ; 67 : 654-62.**

**17. Fathallah N, Blanchard P, Cellier C, Marty O, de Parades V. Quelles sont les principales causes des saignements digestifs bas en consultation proctologique spécialisée ? *Presse Med* 2015 ; 44 : 536-7.**

**18. Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 944-51.**

**19. 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.**

**20. Price MJ, Ades AE, De Angelis D, et al. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection : analysis of prospective studies with a multistate model. *Am J Epidemiol* 2013 ; 178 : 484-92.**

**21. Bouchard D, de Barbeyrac B, Favreau-Weltzer C, Pigot F, Juguet F. <https://www.snfcp.org/fiches-pratiques/fiches-techniques/maladies-sexuellement-transmissibles-et-dermatologie/traitement-de-linfection-ano-rectale-a-chlamydia-trachomatis-2017/>.**

**22. Didelot JM. <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2012-paris/textes-postu-2012-paris/infections-ano-rectales-sexuellement-transmissibles/>.**

**23. Garland SM, Steben M. Genital herpes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014 ; 28 : 1098-110.**

**24. Seenivasagam T, Gerald H, Ghassan N, Vivek T, Bedi AS, Suneet S. Irreducible rectal prolapse: emergency surgical management of eight cases and a review of the literature. *Med J Malaysia* 2011 ; 66 : 105-7.**

**25. Cologne KG, Ault GT. Rectal foreign bodies: what is the current standard? *Clin Colon Rectal Surg* 2012 ; 25 : 214-8.**

**26. Herzig DO. Care of the patient with anorectal trauma. *Clin Colon Rectal Surg* 2012 ; 25 : 210-3.**