

Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations

N. Lemarchand, K. Fellous

En proctologie, les motifs de consultation en urgence sont dominés par la douleur. Celle-ci est essentiellement secondaire à un accident de thrombose hémorroïdaire, à une fissure ou un abcès. Les rectorragies sont une source plus rare d'urgence proctologique. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'anuscopie. Les examens complémentaires sont inutiles. En cas de maladie hémorroïdaire, l'excision d'une thrombose hémorroïdaire externe peut rapidement soulager le patient. Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire n'existe pas, sa seule indication est la polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse et repose alors, per os, sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les veinotoniques ou phlébotoniques, les antalgiques, et localement sur des pommades et suppositoires à base d'héparine-hydrocortisone. En cas d'échec de ce traitement, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la chirurgie. Les autres manifestations (rectorragies et prolapsus peu important) peuvent bénéficier des différentes techniques instrumentales (sclérose, infrarouge et ligature élastique) qui ont des résultats comparables. Il faut cependant préciser que, en cas de prolapsus hémorroïdaire à l'effort ou permanent, la seule solution efficace reste l'hémorroïdectomie. Le traitement médical de la fissure anale (pommade et suppositoire sans corticoïdes, laxatifs et antalgiques) permet la cicatrisation dans l'immense majorité des cas. Cependant, il faut savoir qu'il existe une véritable maladie fissuraire avec des crises fréquentes. Dans ce cas, la meilleure solution est chirurgicale. Notre préférence va à l'anoplastie sans léiomyotomie plutôt qu'à la sphinctérotomie latérale dont le retentissement sur la continence anale est loin d'être négligeable. En cas de suppurations anales, le traitement est toujours chirurgical ; cependant, à la phase d'abcès, quand celui-ci est collecté, une incision en consultation soulage rapidement le patient. Ce traitement dépend de l'étiologie ; la classification repose sur leurs rapports avec le rectum et le canal anal. Le traitement des suppurations indépendantes de l'anorectum (sinus pilonidal et maladie de Verneuil) est la dissection-exérèse en bloc des lésions. Les suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal sont dominées par les fistules anales (71 %), cause la plus fréquente des suppurations anopérinéales. La classification des fistules est fonction de leur rapport avec l'appareil sphinctérien. Le traitement d'une fistule anale a essentiellement deux objectifs : d'une part tarir la suppuration et éviter la récurrence en traitant la crypte responsable, et d'autre part respecter la continence anale qui est liée à l'appareil sphinctérien mais aussi à l'architecture anorectale, ce qui conduit parfois à segmenter les temps opératoires. Ainsi, les fistules trans-sphinctériennes supérieures ou suprasphinctériennes nécessitent deux temps opératoires.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hémorroïdes ; Fissures annales ; Suppurations anales

Plan

■ Introduction	1	■ Suppurations	5
■ Interrogatoire	2	Suppurations indépendantes de l'anorectum	5
■ Examen clinique	2	Suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal	6
■ Hémorroïdes	2	■ Conclusion	8
Thromboses	2		
Autres manifestations de la maladie hémorroïdaire	3		
■ Fissure anale	4		
Différents types	4		
Traitement	5		

■ Introduction

Sur 500 patients consultant en urgence dans le service de coloproctologie à l'hôpital Léopold Bellan (Paris), la douleur est le premier motif de consultation (85,60 %). Celle-ci peut être secondaire à un accident de thrombose hémorroïdaire

(41,80 %), à une fissure anale (19,30 %), à une suppuration anopérinéale (18,20 %), les autres étiologies étant beaucoup moins fréquentes et très variées ; pour information, nous citerons les infections sexuellement transmissibles (7,80 %), le fécalome (2,80 %), les algies anales essentielles (2,70 %), l'eczéma fissuré de la marge anale (2,20 %), les plaies traumatiques et corps étrangers (0,80 %), etc. Les rectorragies sont une cause moins fréquente de consultation (10,20 %).

■ Interrogatoire

Il précise :

- l'existence d'une douleur : son caractère permanent ou non, parfois pulsatif qui oriente vers un abcès ; ses facteurs déclenchants, en particulier le rôle de la défécation qui évoque une fissure anale ;
- l'existence d'une tuméfaction de la marge anale et sa date de survenue ;
- l'existence de rectorragie et ses particularités, qui peut faire suspecter :
 - une origine marginale devant une rectorragie minime tachant le papier hygiénique ;
 - la responsabilité d'hémorroïdes lorsque le sang éclabousse la cuvette en fin de selle ;
 - devant une rectorragie, même d'allure terminale, il faut toujours éliminer une lésion sus-jacente et selon les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (avril 2004 endoscopie basse en dehors du dépistage en population), en cas de rectorragie chronique isolée rouge vif, une coloscopie totale est recommandée après 50 ans (grade B) ; avant 50 ans, il est recommandé d'explorer le côlon mais le groupe de travail ne peut se prononcer sur le choix entre une rectosigmoïdoscopie souple ou une coloscopie totale de première intention (accord professionnel) ;
- l'existence d'une modification récente du transit ou d'un écoulement et les antécédents personnels et familiaux de lésion colorectale.

■ Examen clinique

Il doit être effectué avec douceur et minutie, sous un bon éclairage, au mieux en position genupectorale. Il comprend l'inspection de la marge anale, en écartant avec douceur les plis radiés de l'anus, un toucher anal à l'aide de la pulpe du doigt, puis un toucher rectal et enfin une anoscopie. Cependant, l'examen endoanal est parfois difficile en raison de la douleur et il faut savoir ne pas insister, en particulier devant une fissure anale.

Dans la très grande majorité des cas, ce simple examen permet de faire le diagnostic. La proctologie est une discipline simple, les examens complémentaires sont inutiles sauf dans d'exceptionnels cas et le plus souvent alors dans un but de bilan lésionnel. De même, l'histologie n'a d'intérêt que pour éliminer une néoplasie, ce qui n'est d'ailleurs pas le sujet de cet article.

■ Hémorroïdes ^[1]

Thromboses

Il faut souligner en préambule que :

- l'existence d'une douleur anale n'est en aucun cas synonyme « d'hémorroïdes » ; en effet, celles-ci ne se manifestent par des douleurs que lorsqu'elles sont thrombosées ; seuls 15 % des « hémorroïdaires » ont des thromboses, ce qui représente moins de la moitié des causes de douleur anale... ;
- il n'existe aucun parallélisme entre l'importance des hémorroïdes et leur symptomatologie ; même en cas de volumineuses hémorroïdes, il faut alors éliminer une fissure anale, un abcès ou une névralgie anale ;
- les thromboses ne sont pas liées à une coagulation intravasculaire, comme l'est une thrombophlébite, mais à une

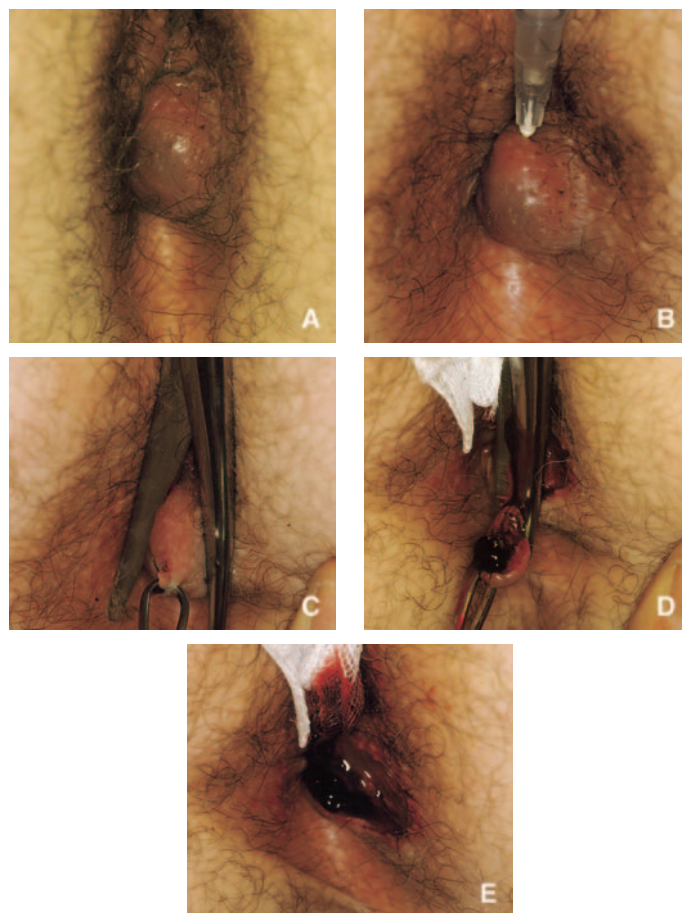


Figure 1. Excision de la thrombose hémorroïdaire externe.

A. Thrombose externe.

B. Injection de lidocaïne non adrénalinée à 2 %.

C. Sens de l'excision.

D. Excision.

E. Plaie de l'excision.

coagulation extravasculaire : la rupture d'une veine superficielle des plexus hémorroïdaires entraîne la constitution d'un hématome sous tension ; le terme de « thrombose hémorroïdaire » est donc inadéquat, il vaudrait mieux l'appeler « hématome hémorroïdaire ».

Certains facteurs déclenchants sont classiquement décrits : repas trop riches ou trop épicés, épisodes de la vie génitale, prise de médicaments, efforts de poussée. Leur rôle réel n'est pas clairement démontré.

Leur symptomatologie diffère en fonction de leur localisation sur les plexus hémorroïdaires externes et/ou internes.

Thrombose hémorroïdaire externe

C'est un accident aigu banal survenant au niveau du plexus hémorroïdaire externe qui est habituellement invisible sous la zone cutanée lisse. Cet épisode ne traduit pas un stade évolutif de la maladie hémorroïdaire. Il peut rester unique ou se répéter.

La thrombose hémorroïdaire externe se manifeste par l'apparition brutale d'une douleur et d'une tuméfaction de la marge anale. La palpation montre une masse de consistance inégale avec des zones souples d'œdème et d'autres plus dures, bleuâtres, de thrombi multiples. L'évolution spontanée, parfois lente, est le plus souvent favorable. La douleur s'atténue en même temps que le caillot s'organise et que l'œdème éventuel disparaît. Parfois, la surface de revêtement cutané s'érode avec apparition d'un suintement sérosanglant traduisant l'énucléation du caillot. À distance, il y a restitutio ad integrum ou formation d'une marisque, appelée souvent à tort « hémorroïde externe ».

Le traitement de cette thrombose externe (Fig. 1A) est l'excision après une anesthésie locale.



Figure 2. Polythrombose interne extériorisée et œdémateuse.

Le premier temps est l'injection sous le plancher de la thrombose de 1 à 2 ml de lidocaïne (Xylocaïne®) à 2 % (Fig. 1B). Ensuite, on saisit le sommet de la thrombose à l'aide d'une pince de Chaput (Fig. 1C), puis on en assure l'exérèse à l'aide d'une paire de ciseaux (Fig. 1D) afin d'obtenir une plaie plane et l'évacuation complète du caillot (Fig. 1E). Cette excision se fait perpendiculairement aux plis radiés de l'anus afin d'éviter la survenue d'une fissure anale iatrogène.

L'excision de la thrombose hémorroïdaire est à préférer à la simple incision. En cas d'exérèse, compte tenu de la largeur de la plaie, il n'y a pas de risque de récurrence par accolement des bords, ce qui est le plus souvent le cas lorsqu'on se contente d'une simple incision.

Des soins locaux biquotidiens associant un antiseptique local dilué (type Cyteal® ou Bétadine® solution dermique à 10 %) et une pommade dite « cicatrisante » (type Proctolog® ou Biafine®) permettent une cicatrisation sans marisque en une semaine de jours.

Cette petite intervention doit être faite le plus rapidement possible ; en effet, elle n'a plus d'intérêt lorsque la douleur a disparu, sauf si l'on craint la formation d'une marisque inesthétique ou inconfortable dont on peut d'ailleurs assurer l'exérèse sous anesthésie locale.

Thrombose hémorroïdaire interne

Il s'agit d'une thrombose au niveau du plexus hémorroïdaire interne pouvant être ou non extériorisée.

Thrombose interne intracanalair non extériorisée

Elle est exceptionnelle. Elle se manifeste par une douleur vive intracanalair pouvant faire suspecter une fissure ou un abcès intramural, avec au toucher une ou plusieurs tuméfactions rondes, indurées, douloureuses, visibles à l'anuscopie sous forme de petites lésions bleutées. Elle peut s'énucléer spontanément et alors être responsable de rectorragies parfois abondantes. Elle peut évoluer vers la constitution d'un reliquat fibreux, une papille hypertrophique, improprement appelée polype hémorroïdaire.

Insistons cependant sur le fait que si ces thromboses internes sont indolores à l'examen, elles ne peuvent être retenues, alors, comme responsables d'une douleur anale. L'anite bleue, si elle existe, n'est qu'un aspect endoscopique sans aucune manifestation clinique et qui ne nécessite donc aucun traitement.

Le traitement est le plus souvent médical par des suppositoires à base d'héparine-hydrocortisone (Cirkan®) et des dermocorticoïdes et des antalgiques per os. Exceptionnellement, on peut faire une incision au bistouri à lame fine qui libère le caillot, mais cette technique est assez difficile à réaliser sous anuscopie.

Polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse

Ce terme est plus adapté que prolapsus thrombosé ou encore étranglement hémorroïdaire (Fig. 2).

C'est une véritable urgence proctologique en raison de la douleur et du risque de nécrose. Les hémorroïdes internes

thrombosées s'extériorisent et ne peuvent plus se réintégrer dans le canal anal, ce qui gêne la circulation de retour, mais pas la circulation artérielle, et aggrave l'œdème. La douleur est très vive, associée à une tuméfaction tendue, violacée en son centre, plus rose et œdémateuse à sa périphérie. Cette thrombose peut être localisée à un quadrant ou à une hémicircumférence, ou être circulaire. Son évolution spontanée se fait généralement vers la résorption qui est accélérée par le traitement. La douleur s'atténue en quelques jours ; la tuméfaction diminue progressivement, laissant parfois en séquelle une marisque ou une papille hypertrophique. Mais l'évolution peut se faire vers le sphacèle, pouvant nécessiter un geste chirurgical d'urgence.

Le traitement est d'abord médical.

- Le traitement médical, dans tous les cas prescrit, associe per os des phlébotoniques fortement dosés à raison de deux comprimés à chaque repas (type ginkgo biloba [Ginkor® fort], flavonoïdes [Daflon® 500 mg], ruscosides [Cirkan®], etc.), un anti-inflammatoire non stéroïdien (type kétoprofène, acide tiaprofénique [Surgam®], diclofénac [Voltarène® 50], etc.) et des antalgiques à la demande (paracétamol associé à de la codéine [Dafalgan codéiné® ou mieux Efferalgan-codéiné®, Codoliprane®, etc.] ou à du dextropropoxyphène [Di-Antalvic®, tramadol [Topalgic®], etc.). Localement, on utilise des dermocorticoïdes (mousse Colofoam®, Betnéval®, Dermoval®, etc.) matin, midi et soir et des suppositoires à base d'héparine-hydrocortisone (Cirkan®) matin et soir.
- En cas d'échec de ce traitement médical ou d'emblée devant une polythrombose en voie de nécrose, il ne faut pas hésiter à opérer le patient en urgence. En effet, contrairement à une notion ancienne, cet accident n'est pas une contre-indication, car il n'existe aucune difficulté opératoire particulière dans ce type d'accident, les suites sont souvent même plus faciles, le patient étant rapidement soulagé par l'intervention. Il s'agit alors d'une hémorroïdectomie classique de type Milligan et Morgan simple ou associée à une anoplastie au pôle postérieur type Bellan [2]. La chirurgie est également indiquée en cas de thrombose externe ou interne récidivante et invalidante. Il n'existe en effet aucun traitement préventif pour ce type d'accident hémorroïdaire.

Autres manifestations de la maladie hémorroïdaire

Elles sont liées au plexus hémorroïdaire interne.

Rectorragies

Typiquement, il s'agit de sang rouge rutilant survenant en fin de selle de façon intermittente, en quantité variable, éclaboussant la cuvette ou tachant simplement le papier. Très exceptionnellement, l'hémorragie est très importante, pouvant refluer dans le côlon terminal et être évacuée en dehors des selles.

Les facteurs favorisants jouent un rôle accessoire (sédentarité, constipation, usage de laxatifs irritants et de suppositoires, alcool, épices) en augmentant la pression anale, ce qui favorise l'effraction hors des artérioles.

L'hémorragie hémorroïdaire est souvent compensée malgré sa répétition, cependant elle peut être responsable d'une anémie ferriprive. Dans ce cas, il faut proposer d'emblée une solution chirurgicale quel que soit le volume des hémorroïdes, ce qui représente, à l'hôpital Léopold Bellan, 1 % des hémorroïdectomies.

Le traitement repose (en l'absence de prolapsus associé) (Fig. 3) sur plusieurs techniques instrumentales qui ont des résultats comparables.

- La *sclérose hémorroïdaire* est une technique simple et peu coûteuse. Son mécanisme d'action reste mal connu, passant probablement par une diminution de l'élasticité de la muqueuse et du flux sanguin. Le geste consiste à injecter 0,5 à 1 ml de chlorhydrate de quinine-urée (Kinurée H®) en différents sites de l'espace sous-muqueux sus-hémorroïdaire. Plusieurs séances sont nécessaires à 15 jours d'intervalle. Les injections sclérosantes peuvent être utilisées avec prudence chez les sujets sous anticoagulants. Les effets secondaires sont l'allergie, la syncope dite « du métro » (malaise d'allure vagale

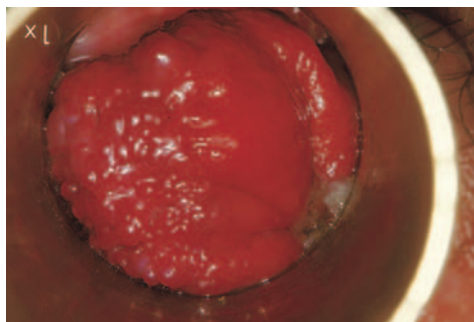


Figure 3. Hémorroïdes internes.



Figure 4. Prolapsus hémorroïdaire.

survenant un quart d'heure après l'injection), les rectorragies à la chute d'escarre (rares), les injections trop profondes pouvant causer des douleurs, une spermaturie, une prostatite (éviter les injections trop antérieures).

- La *photocoagulation infrarouge* réalise une coagulation vasculaire au niveau de la muqueuse sus-hémorroïdaire de façon à créer une sclérose secondaire à la nécrose. Plusieurs impacts de 1 seconde sont effectués par séance au sommet d'un paquet hémorroïdaire, en zone sus-pectinée. Deux à trois séances espacées de 15 jours sont nécessaires. Les effets secondaires sont la douleur et la rectorragie à la chute d'escarre parfois importante, contre-indiquant ce traitement chez les patients sous anticoagulants.
- L'*électrocoagulation* est assez peu utilisée en France. Elle est bipolaire (Bicap®) ou monopolaire à courant direct (Ultroid®). La technique est comparable à la photocoagulation.
- La *ligature élastique*, dont l'indication de choix est le prolapsus hémorroïdaire (dont nous décrirons la technique plus loin), peut aussi être proposée en cas de rectorragies.

Prolapsus hémorroïdaire (Fig. 4)

Les hémorroïdes s'extériorisent à travers l'anneau sphinctérien, du fait d'une laxité pathologique de l'appareil conjonctivo-musculaire de soutien.

La procidence est parfois circulaire, plus souvent localisée à une hémicirconférence ou à un quadrant (classique paquet de 5 heures chez la femme). Elle apparaît à la selle, à l'effort ou est permanente, sa réintégration se faisant spontanément ou de façon manuelle. Lorsqu'elle est permanente, elle peut entraîner un suintement sérosanglant, source de prurit. Il faut éliminer un prolapsus rectal vrai en faisant pousser le malade en position accroupie.

Le traitement dépend évidemment de l'importance du prolapsus ; en cas de prolapsus modéré et limité à un quadrant, on peut essayer une ligature élastique associée ou non à la cryothérapie. Il faut cependant savoir que cette ligature ne peut en aucun cas remplacer la chirurgie en cas de prolapsus circulaire survenant à l'effort, et a fortiori en cas de prolapsus permanent.

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

zone sus-pectinée insensible. Le paquet hémorroïdaire en lui-même n'est donc pas étranglé. Le geste est d'autant plus facile qu'il existe une laxité de la muqueuse rectale associée. Le tissu va progressivement se nécroser et la chute d'escarre se fait en 2 à 10 jours. Le mode d'action de la ligature est donc comparable à celui des injections sclérosantes ou de la photocoagulation par infrarouge. Une ou plusieurs séances peuvent être nécessaires. Les effets secondaires sont : douleur, syndrome fissuraire (ligature placée trop bas), rectorragie à la chute d'escarre (contre-indication chez le patient sous anticoagulants), bactériémie, gangrène gazeuse (exceptionnelle).

- La cryothérapie associée à une ligature élastique a été proposée en France par Parnaud et Brulé. L'intérêt est de circonscrire, par l'anneau élastique, le volume à congeler et de contrôler ainsi le processus de destruction. Les suites sont souvent moins douloureuses qu'avec une ligature élastique seule, par effet antalgique du froid, mais il existe parfois un œdème et des suintements par cytolyse. Cependant, l'association d'une congélation à la ligature élastique n'a pas fait la preuve scientifique de son intérêt à notre connaissance.

En conclusion, les hémorroïdes volumineuses mais asymptomatiques ne doivent pas être traitées, le traitement médical de la maladie hémorroïdaire n'existe pas. Il est uniquement indiqué dans certains accidents de thromboses (cf. supra). Les autres manifestations relèvent du traitement instrumental ou chirurgical.

Pour illustrer ceci, nous rapportons les résultats d'une étude portant sur 855 patients ayant consulté pour la première fois dans le service entre octobre 1993 et janvier 1994. Sur les 310 patients (36,25 %) ayant une maladie hémorroïdaire, 24,20 % avaient une thrombose, dans 11 % des cas, une hémorroïdectomie a été proposée, parfois en urgence.

L'attitude thérapeutique proposée pour les autres manifestations hémorroïdaires a été :

- dans 41 % des cas, une hémorroïdectomie d'emblée ; dans 53 % des cas, les patients étaient adressés pour cette intervention ; en revanche, pour les patients consultant directement dans le service, l'hémorroïdectomie a été proposée dans 31 % des cas ;
- dans 34,80 % des cas, un traitement instrumental : photocoagulation (66,70 %), sclérose (23,10 %) et ligature élastique (10,20 %).

■ Fissure anale

L'interrogatoire évoque fortement le diagnostic devant une douleur provoquée par la selle, parfois accompagnée d'une rectorragie.

Différents types

Fissure « jeune » (Fig. 5)

Elle apparaît comme une ulcération triangulaire à base externe, à bords nets à peine surélevés, à fond rouge, le plus souvent située au pôle postérieur, parfois au pôle antérieur, surtout chez la femme. Une ulcération non commissurale doit faire suspecter une autre affection : eczéma fissuré de la marge



Figure 5. Fissure anale jeune.



Figure 6. Fissure « vieille » avec marisque.

anale, fissurations vénériennes (herpès, ulcérations syphilitiques, maladie de Nicolas et Favre, donovanose), maladie de Crohn, cancer anal à forme fissuraire... Cette ulcération s'accompagne d'un spasme sphinctérien.

Fissure « vieille » (Fig. 6)

Elle est précédée ou non d'épisodes douloureux de fissure aiguë. Les douleurs et le spasme sphinctérien sont moins intenses. L'aspect se modifie : ses bords s'épaississent, son fond devient blanchâtre, mettant à nu les fibres transversales du sphincter interne, et elle s'accompagne parfois d'annexes : marisque à l'extérieur et/ou papille hypertrophique ou « pseudopolype » dans le canal anal. La marisque est souvent improprement appelée « hémorroïde externe » et la papille hypertrophique ne doit pas être confondue avec un polype pédiculé vrai (polyadénome, hyperplasique ou juvénile), dont la base d'implantation est toujours rectale et non anale.

Fissure « infectée »

C'est le stade compliqué de la fissure anale. L'infection peut être superficielle et se manifester par un suintement responsable d'un prurit, ou plus profonde avec constitution d'un trajet fistuleux sous-fissuraire, voire d'un abcès.

Traitement

Le traitement reste controversé, il existe en effet de nombreuses méthodes et il faut bien reconnaître qu'aucune d'entre elles n'a prouvé sa supériorité.

Méthodes

Méthodes médicales

- Le traitement médical peut être utilisé dans tous les cas : régularisation du transit intestinal, utilisation de suppositoires et pommade sans corticoïde pour faciliter l'exonération, voire la cicatrisation, et enfin antalgiques per os.
- L'injection sous-fissuraire de quinine-urée ne peut être proposée qu'en cas de fissure jeune non infectée. On injecte 1 ml de chlorhydrate de quinine-urée à 5 % (Kinurée H[®]) sous le plancher de la fissure après anesthésie sphinctérienne par lidocaïne (Xylocaïne[®]) à 2 %. Cette injection peut se compliquer d'un abcès au point d'injection qui nécessitera le plus souvent une exérèse sous anesthésie générale.
- Les autres traitements proposés (injection de toxine botulique [3], application de dérivés nitrés [4] [Rectogesic[®] laboratoire Prostrakan] et inhibiteurs calciques) n'ont en fait pas, du moins dans les études françaises, confirmé les espoirs soulevés.

Il faut savoir qu'il existe une vraie maladie fissuraire faite de récurrences fréquentes, que le traitement médical ne traite que la poussée fissuraire et qu'il peut donc être renouvelé fréquemment, voire être permanent lorsque le patient refuse l'opération ou ne peut être opéré.

Méthodes chirurgicales

- L'anoplastie [4, 5] au pôle postérieur est l'exérèse d'un triangle cutanéomuqueux jusqu'à la muqueuse rectale, emportant la fissure et ses annexes, avec abaissement de la muqueuse

rectale qui est suturée au sphincter interne. Elle est réalisée avec ou sans sphinctérotomie.

- Les lambeaux d'avancement sont assez peu utilisés.
- La dissection-exérèse en bloc de la fissure et ses annexes au bistouri électrique, avec ou sans sphinctérotomie, peut être réalisée.
- La sphinctérotomie latérale interne [6, 7] peut être faite à « ciel ouvert » selon la technique de Parks, ou à l'aveugle, par voie sous-cutanée selon la technique de Notaras. Le geste est éventuellement couplé à l'exérèse des annexes. Cette technique est la méthode de référence du traitement chirurgical ; elle peut avoir, comme toute sphinctérotomie, un retentissement non négligeable sur la continence anale [8].

Indications

Elles varient en fonction du stade d'évolution de la fissure :

- devant une fissure « jeune », il faut proposer en premier lieu un traitement médical associant une régularisation du transit intestinal, des topiques locaux et des antalgiques ; en cas d'échec de ce traitement ou de fissure hyperalgique, la chirurgie s'impose et plutôt, à notre avis, l'anoplastie sans léiomyotomie ; en effet, même s'il est exact que le délai de cicatrisation est long (un mois et demi en moyenne), son retentissement sur la continence anale est quasiment nul à la différence de la sphinctérotomie latérale ;
- devant une fissure « vieille », il faut d'emblée proposer l'anoplastie au patient, tout en sachant que cette intervention ne présente aucun caractère d'urgence ; si le patient ne peut ou ne veut pas se faire opérer, le traitement médical est alors prescrit ;
- devant une fissure « infectée », la meilleure solution est la dissection-exérèse en bloc de la fissure au bistouri électrique ; en cas d'impossibilité ou de refus, il est possible d'ajouter au traitement médical un ovule gynécologique de métronidazole (Flagyl[®]), utilisé comme un suppositoire le soir au coucher.

■ Suppurations

Elles peuvent se voir, soit au stade d'abcès, associant douleur, tuméfaction et signes généraux d'intensité variable, soit au stade de fistule avec un écoulement séropurulent.

L'examen clinique permet le diagnostic étiologique dans l'immense majorité des cas. Les examens complémentaires, en particulier l'imagerie par résonance magnétique et l'échoendoscopie, sont sans intérêt dans les suppurations indépendantes de l'anorectum ; en revanche, ces examens complémentaires sont particulièrement utiles pour faire le bilan des lésions dans la maladie de Crohn anopérinéale et parfois en cas de fistules anales complexes.

Le traitement en phase aiguë repose sur l'incision de l'abcès, ce qui permet d'attendre le traitement étiologique qui est chirurgical. Les antibiotiques utilisés seuls peuvent favoriser une évolution torpide et ne traitent pas la cause sous-jacente. Nous ne parlerons que des techniques chirurgicales utilisées dans le service.

La classification des suppurations anopérinéales repose sur leurs rapports avec le rectum et le canal anal : ainsi on peut distinguer les suppurations indépendantes de l'anorectum (22 %) et les suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal (76 %).

Suppurations indépendantes de l'anorectum

Sinus pilonidal (15 %) (Fig. 7)

Il s'agit d'une cavité pseudokystique, parfois occupée par des poils, le plus souvent située dans le tissu cellulaire précoccygien et présacré, communiquant avec la peau par des orifices médians ou parfois latéralisés appelés les fossettes. Les localisations antérieures sont plus rares.

En phase aiguë d'abcès, il existe une induration rouge, chaude et douloureuse dans le sillon interfessier avec des signes généraux variables. L'évolution spontanée se fait vers la régression ou l'ouverture à la peau. Dans la forme chronique, la



Figure 7. Sinus pilonidal.



Figure 8. Maladie de Verneuil.

sécrétion séropurulente est plus ou moins abondante, s'extériorisant par les fossettes ou par un orifice externe situé à distance du sillon interfessier.

Le traitement est toujours chirurgical : la meilleure technique [9] reste l'exérèse de l'ensemble de la cavité à « ciel ouvert », c'est-à-dire sans refermer la plaie. La cicatrisation est lente (2 à 3 mois) et se fait de la profondeur vers la surface et des bords vers le centre, laissant une cicatrice linéaire longitudinale dans le sillon interfessier. Le taux de récurrence avec cette technique est faible (moins de 3 %).

Maladie de Verneuil (4 %) (Fig. 8)

C'est une affection cutanée dont le point de départ serait classiquement les glandes sudoripares apocrines. Plus récemment, on a incriminé une infection des sinus pilaires. Cliniquement, la lésion fondamentale est le nodule hypodermique. Il est enchâssé dans le derme, recouvert d'un épiderme violacé, mobile sur le plan profond, indolore spontanément et peu douloureux à la palpation, sauf dans les périodes de rétention. Ce nodule finit par s'ouvrir à la peau, ce qui permet d'évacuer un liquide séropurulent qui ne vide pas totalement l'abcès et laisse persister une induration qui donne ultérieurement un nouvel abcès. Il existe à distance de cette lésion fondamentale d'autres éléments du même âge ou plus anciens, avec des cicatrices volontiers chéloïdes, communiquant entre eux par des galeries qui sillonnent la peau réalisant, au stade ultime, un aspect de « terrier de lapin ». D'autres localisations peuvent exister sur la région inguino-scroto-pubienne, les aisselles (abcès tubéreux), la nuque, le mamelon ou derrière le lobule de

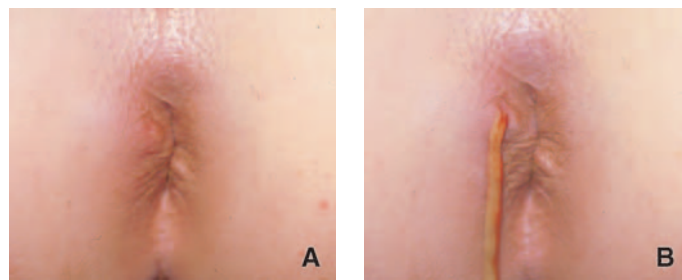


Figure 9. Fistule anale au stade d'abcès.

A. Abscès.

B. Issue de pus après incision.

l'oreille. Un sinus pilonidal associé est relativement fréquent, de même qu'une acné ou une folliculite du cuir chevelu. Il n'est pas rare de voir une maladie de Verneuil au cours d'une maladie de Crohn sans que l'on sache si cela est fortuit ou non.

Le traitement est chirurgical et repose sur l'exérèse en bloc, à « ciel ouvert », des lésions cutanées apparentes, en les décollant du plan profond « comme on pèlerait une orange ». La cicatrisation est longue. Il n'y a pas de récurrence au niveau des lésions excisées, mais d'autres localisations peuvent apparaître, proches ou à distance.

Autres suppurations

Nous ne ferons que citer les kystes dont l'étiologie est parfois difficile à établir sur le plan histologique, mais dont le traitement repose sur l'incision ou la dissection-exérèse.

Plus rares sont les suppurations d'origine osseuse, prostatique ou en rapport avec une maladie de système qui sont évoquées devant un orifice externe isolé sans rapport avec le canal anal et confirmées par une fistulographie. Leur traitement est complexe, lié d'une part à la fistule mais aussi à l'affection causale.

Suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal

Fistules anales (71 %) (Fig. 9)

Définition

Elles sont secondaires à l'infection d'une glande d'Hermann-Desfosses. Ces glandes sont situées sur la ligne des cryptes du canal anal. Une fistule comprend toujours un orifice interne (ou primaire) qui est cryptique et un trajet qui chemine soit vers la peau, après avoir traversé le sphincter anal, soit vers l'ampoule rectale, dans l'espace intersphinctérien, et qui peut s'y aboucher par un orifice secondaire (ou externe en cas d'ouverture à la peau). Il n'y a donc pas de fistule borgne externe, et inversement toute suppuration qui n'a pas une origine cryptique n'est pas une fistule anale.

Classification des fistules anales [10]

Elle repose sur les rapports du trajet avec l'appareil sphinctérien. Ainsi, on peut distinguer :

- les fistules transsphinctériennes que l'on classe selon la hauteur du trajet fistuleux dans l'appareil sphinctérien :
 - les fistules transsphinctériennes inférieures (61 %) où seules les fibres les plus basses du faisceau profond du sphincter externe sont comprises dans la fistule ;
 - les fistules transsphinctériennes supérieures (19 %) qui englobent plus de la moitié du sphincter externe ;
- les fistules suprasphinctériennes (6 %) qui intéressent tout l'appareil sphinctérien, dont tout ou partie du faisceau puborectal du releveur ;
- les fistules intersphinctériennes (ou intramurales) (14 %), qui se développent exclusivement dans l'espace d'Eisenhammer, au niveau de la couche longitudinale complexe, et peuvent remonter très haut dans le rectum et s'y ouvrir parfois spontanément, réalisant alors une fistule anorectale ; le trajet peut être simple, parallèle à l'axe du rectum, ou complexe (en spirale, en Y, en V).

Diverticules

- Ils peuvent se greffer sur le trajet principal et se développer :
- vers le côté opposé, réalisant ainsi une fistule en « fer à cheval » (2,75 %) ; le passage controlatéral est habituellement postérieur et se fait le plus souvent par l'espace sous-sphinctérien postérieur (70 %), plus rarement par la couche longitudinale, et exceptionnellement par l'espace postérieur du releveur ; il peut être antérieur, au niveau du noyau fibreux central du périnée (15 %) ;
 - dans l'espace intersphinctérien, réalisant un diverticule intramural ;
 - entre le releveur et l'aponévrose pelvienne supérieure, réalisant un diverticule sus-lévatorial respectant cette aponévrose ;
 - dans l'espace pelvirectal supérieur, traversant l'aponévrose pelvienne supérieure, presque toujours iatrogène ; on peut alors observer, à l'extrême, une perforation rectale réalisant une fistule rectale extrasphinctérienne.

Manifestations cliniques

Elles dépendent du stade de la fistule anale.

Au stade d'abcès, la douleur est vive, permanente, souvent pulsative, non rythmée par la selle. Le syndrome infectieux est variable, habituellement modéré. À l'examen de la marge anale, l'abcès peut être évident devant une masse rouge, tendue, luisante, mais en cas d'abcès intersphinctérien, la marge anale apparaît normale. La palpation douce réveille la douleur mais apprécie l'importance de la lésion. Le toucher anal permet de localiser l'orifice interne : point du canal exquisement douloureux avec un bombement ou au contraire une dépression. Le toucher recherche également un diverticule intramural sous la forme d'un bombement douloureux dans l'ampoule rectale. L'anuscopie visualise parfois l'orifice interne d'où s'écoule une goutte de pus.

Lors de la phase chronique, qui peut succéder à une phase d'abcès ou s'installer d'emblée, l'inspection découvre un orifice externe d'où s'écoule un liquide séropurulent. Parfois, il y a plusieurs orifices externes : s'ils sont homolatéraux, ils correspondent presque toujours à un même orifice interne (fistule en Y) ; s'ils sont bilatéraux, il faut suspecter une fistule en « fer à cheval », les fistules anales doubles (deux orifices externes et deux orifices internes) ou triples étant rares. La palpation permet parfois, en cas de fistule basse, de sentir un cordon induré, correspondant au trajet se dirigeant vers l'orifice primaire. Comme en phase d'abcès, le toucher et l'anuscopie permettent de suspecter l'orifice interne et de dépister un diverticule intramural.

Traitement

Le traitement d'une fistule anale a essentiellement deux objectifs : d'une part tarir la suppuration et éviter la récurrence en traitant la crypte responsable, d'autre part respecter la continence anale qui est liée à l'appareil sphinctérien mais aussi à l'architecture anorectale, ce qui conduit parfois à segmenter les temps opératoires. Quel que soit le stade de la fistule, le traitement est exclusivement chirurgical. L'intervention est parfois urgente pour évacuer l'abcès lorsqu'une incision sous anesthésie locale ne peut être réalisée en raison d'un abcès mal collecté ou profond. Le traitement de la fistule en elle-même comprend plusieurs étapes.

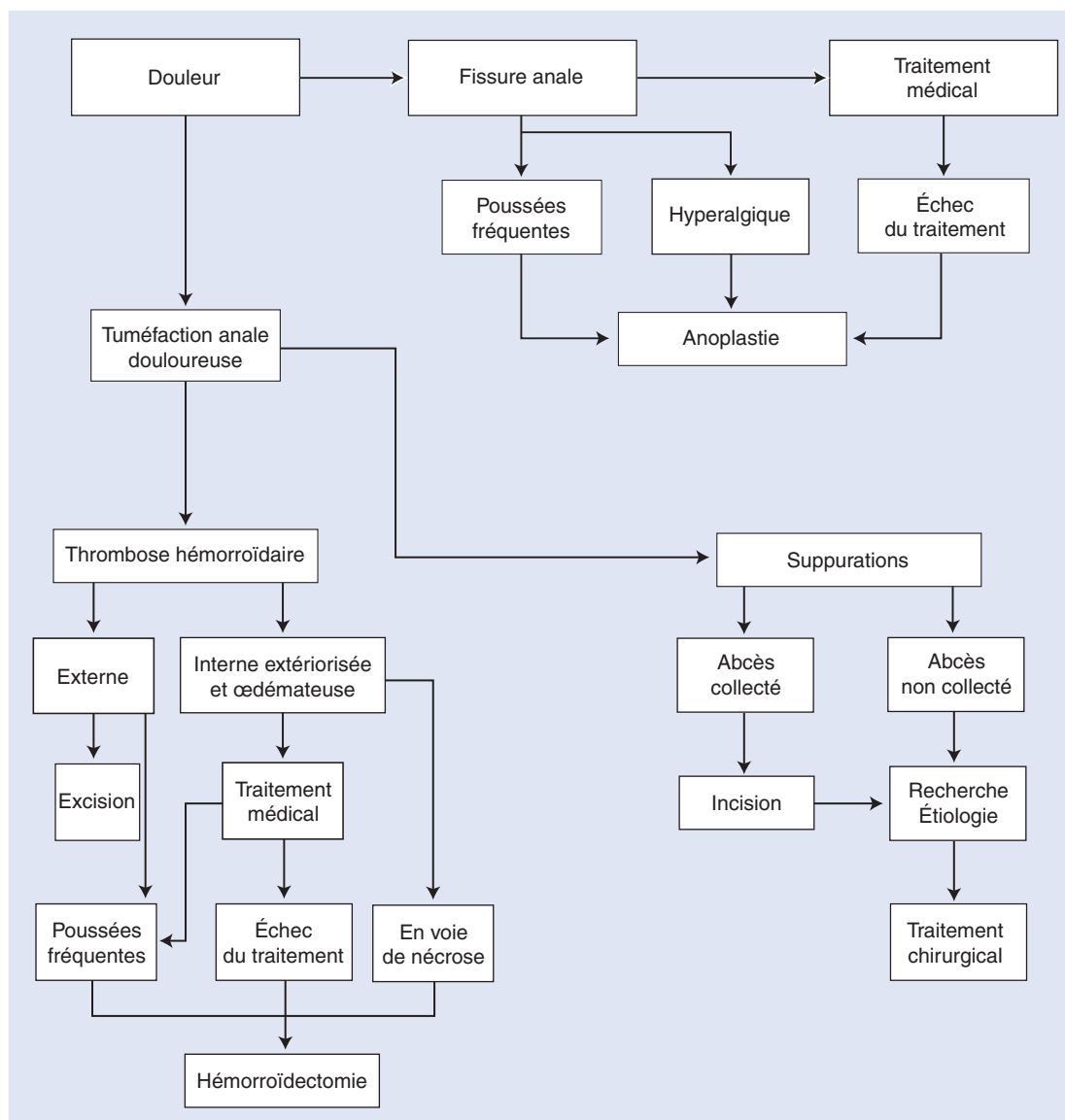
- La recherche de l'orifice interne est la première étape capitale. Elle repose sur l'examen clinique et l'injection d'air et surtout de bleu de méthylène par l'orifice externe qui permet de colorer le trajet, les diverticules et l'orifice interne.
- La deuxième étape est la dissection-exérèse du trajet jusqu'au plan musculaire et le cathétérisme rétrograde du trajet à partir de l'orifice interne. Il ne faut jamais créer de faux trajet, en particulier par un cathétérisme « forcé », par l'orifice externe.
- Le dernier temps est le traitement du trajet principal trans-sphinctérien et il dépend de la quantité de muscle intéressée par la fistule :
 - en cas de fistule transsphinctérienne inférieure, la mise à plat se fait en un temps, fistulectomie par dissection-exérèse jusqu'à la crypte responsable ou fistulotomie par section du trajet sur un stylet ;

- en cas de fistule transsphinctérienne supérieure ou supra-sphinctérienne [11], il faut dans un premier temps mettre en place une anse de drainage souple dans le trajet ; le deuxième temps opératoire a lieu après 2 ou 3 mois. Deux techniques sont envisageables : soit section en un temps du trajet ; soit le trajet sera progressivement mis à plat en effectuant plusieurs opérations de section successives (traitement par section en plusieurs temps) ou « section lente » du sphincter réalisée par la mise en tension du fil élastique lors des consultations postopératoires. L'injection de colle biologique dans le trajet fistuleux est une nouvelle alternative [12]. Elle préserve la continence anale mais le taux de récurrence est important, de l'ordre de 30 % à 50 % selon les études. Cette technique sera privilégiée en cas de fistule complexe chez les patients multiopérés ou présentant déjà des troubles de la continence anale.
 - Les éventuels diverticules sont mis à plat sur pince de Leriche lors du premier temps opératoire. S'il est associé à une fistule haute (transsphinctérienne supérieure ou suprasphinctérienne), le diverticule intramural est schématiquement mis à plat vers l'intérieur s'il intéresse la partie « interne » de la couche longitudinale, ou vers l'extérieur s'il intéresse la partie « externe » de la couche.
- Il reste à évoquer quelques cas particuliers :
- les fistules intersphinctériennes sont traitées par une mise à plat vers l'ampoule rectale ou par la technique du lambeau tracteur en cas de trajet fibreux (cette technique consiste à assurer l'exérèse de l'abcès intramural par une dissection jusqu'au plancher intersphinctérien de la fistule) ;
 - trois temps opératoires sont nécessaires pour le traitement d'une fistule en « fer à cheval », espacés de 2 ou 3 mois ; le premier temps consiste en l'exérèse du trajet jusqu'au plan musculaire avec mise en drainage souple du trajet principal et du passage controlatéral qui est mis à plat lors d'un deuxième temps ; le dernier temps met à plat le trajet principal.

“ À retenir (Fig. 10)

- Une douleur anale n'est en aucun cas synonyme de maladie hémorroïdaire.
 - L'examen proctologique est facile et permet dans la grande majorité des cas de faire le diagnostic.
 - Le traitement de la maladie hémorroïdaire n'existe pas.
 - L'excision d'une thrombose hémorroïdaire (EGFA007*) est un geste simple. Elle est indiquée uniquement en cas de thrombose hémorroïdaire externe douloureuse.
 - Le traitement de la polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse est médical.
 - L'incision des thrombus est inutile. L'hémorroïdectomie en urgence est indiquée en cas d'échec du traitement médical ou devant une polythrombose en voie de nécrose.
 - Le traitement de la fissure anale est d'abord médical et comprend des topiques locaux, des laxatifs et des antalgiques.
 - L'incision d'une suppuration anale (HKPA006*) collectée peut soulager rapidement le patient.
 - Le traitement des suppurations anales est toujours chirurgical.
 - La classification des suppurations repose sur leurs rapports avec le rectum et le canal anal.
- * codification CCAM.

Figure 10. Arbre décisionnel.



Fissure infectée

C'est la deuxième cause (4 %) des suppurations prenant naissance dans le canal anal.

La douleur est déclenchée par les selles et est souvent modérée, sauf en cas d'abcès. Il peut s'y associer un prurit secondaire à l'écoulement.

L'examen découvre une ulcération habituellement postérieure, souvent associée, à l'extérieur, à un capuchon mariscal et, dans le canal anal, à une papille hypertrophiée, réalisant au maximum un aspect de pseudopolype hémorroïdaire. Cette ulcération laisse sourdre une goutte de pus au déplissement des plis radiés. Il peut exister un abcès rectal sous-muqueux ou un trajet fistuleux sous-fissuraire superficiel prenant naissance au sein de la fissure et s'extériorisant par un orifice externe cutané. La surinfection contre-indique une anesthésie sphinctérienne ou une injection sous-fissuraire.

Le traitement est chirurgical et consiste en la dissection-exérèse en bloc de la lésion au bistouri électrique.

Glandes sous-pectinées

Elles sont mal connues et la fréquence des suppurations (0,7 %) est certainement sous-estimée. Elles sont presque exclusivement situées au niveau de la marge antérieure et s'ouvrent par un micro-orifice endocanalair situé nettement en dessous de la ligne pectinée. Il existe parfois un prolongement de cette suppuration vers l'espace intersphinctérien.

Nous ne ferons que citer, pour mémoire, les suppurations d'origine sus-anale qui sont traitées ailleurs. Il s'agit des localisations anopérinéales de la maladie de Crohn, des fistules rectovaginales d'origine obstétricale ou iatrogène, de cancer à forme fistuleuse et d'abcès à corps étranger ou survenant après sclérose hémorroïdaire.

Conclusion

Dans cet article, nous avons exposé rapidement les manifestations proctologiques les plus fréquentes, dont le diagnostic, le plus souvent facile, repose sur un examen clinique avec anoscopie, ce qui reste à la portée de tout omnipraticien un peu exercé. Le traitement permet souvent de soulager rapidement le patient.



Références

- [1] Fellous K. La maladie hémorroïdaire. *Actual Angiol* 1997;220:1991-3.
- [2] Denis J, Dubois N, Du Puy-Montbrun T, Ganansia R, Lemarchand N. Hemorrhoidectomy: hospital Leopold Bellan procedure. *Int Surg* 1989; 74:152-3.
- [3] Siproudhis L, Reymann JM, Pigot F, Hemery P, Juguet F, Soudan D, et al. Toxine botulique et fissure anale chronique : progrès ou intox? *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:A85 [abstract].

- [4] Flourié B, Marin Lafleche JP, Halphen M, Atienza P, Bourguignon J, Sultan S, et al. Fissure anale : un gel de trinitite appliqué localement n'apporte pas de bénéfice supplémentaire au traitement classique associant mucilages et antalgiques. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;**26**(HS1): 399-8320 [abstract].
- [5] Sultan S. L'anoplastie muqueuse. *Actual Méd Int Gastroenterologie* 1998;**12**:1992-9.
- [6] Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;**25**:674-702.
- [7] Hananel N, Gordon PH. Lateral internal sphincterotomy for fissure in-ano-revisited. *Dis Colon Rectum* 1997;**40**:597-602.
- [8] De Parades V, Parisot C. Fissure anale. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, SAS, Paris), Gastroentérologie, 9-087-A-10, 2002 : 6p.
- [9] Arnous J, Denis J, Dubois N. L'exérèse à ciel ouvert des sinus pilonidaux. *Gastroenterol Clin Biol* 1977;**1**:945-9.
- [10] Denis J, Dubois N, Du Puy-Montbrun T, Ganansia R, Lemarchand N. Une classification des fistules anales. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1983;**19**:393-7.
- [11] Denis J, Lemarchand N, Dubois N, Du Puy-Montbrun T, Ganansia R. Les fistules supra-sphinctériennes. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1983;**19**:399-404.
- [12] Hammond TM, Grahn MF, Lunniss PJ. Fibrin glue in the management of anal fistulae. *Colorectal Dis* 2004;**6**:308-19.

N. Lemarchand, Ancien interne des hôpitaux privés de Paris, chef de service (nicolas.lemarchand@bellan.fr).

K. Fellous, Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint.

Service de coloproctologie, hôpital Léopold Bellan, 19-21, rue Vercingétorix, 75014 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Lemarchand N., Fellous K. Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-050-B-40, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations