

Item285-Pathologie hémorroïdaire.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: item 273	- Examen de la marge anale puis TR - Prolapsus / rectorragie / thrombose - AINS + antalgique + veinotonique - Traitement instrumental / traitement chirurgical	- Coloscopie systématique si rectorragie - Constipation / grossesse - H. externes = thrombose slt - Régularisation du transit +++

A. HÉMORROÏDES

Généralités

Definitions

- **Hémorroïdes**: structures vasculaires physiologiques / sont internes ou externes
- **Rôle fonctionnel**: peu connu mais participe à la continence du sphincter anal
- **Pathologies hémorroïdaires**: ensemble des pathologies imputable aux hémorroïdes

Anatomie

- **Hémorroïdes internes**
 - Issues de l'a. rectale supérieure / elles sont sous-muqueuses
 - → situées au-dessus de la ligne pectinée (qui limite canal anal et bas rectum)
 - **Pathologies**: rectorragies / prolapsus hémorroïdaire
- **Hémorroïdes externes**
 - Issues de l'a. rectale inférieure / elles sont sous-cutanées
 - → situées au-dessous de la ligne pectinée (au niveau de la marge anale)
 - **Pathologie**: thrombose hémorroïdaire externe

Epidémiologie

- **Prévalence**: pathologie hémorroïdaire très fréquente
- **Facteurs de risque**
 - Age (pic = 45 à 65 ans) / atcd familiaux
 - Troubles du transit: **constipation** (cf efforts de poussées répétés)
 - **Grossesse**: accouchement, post-partum
 - Hypertension portale

Diagnostic

Examen clinique

- **Devant toute suspicion de pathologie hémorroïdaire**
 - **Terrain**: rechercher les FdR
 - En particulier: troubles du transit / grossesse (**A savoir !**)
 - **Signes fonctionnels**
 - Rechercher douleur anale / suintement
 - Rectorragies non mélangées et rythmées par les selles
 - **Examen physique**
 - Examen de la marge anale: rechercher tuméfaction / prolapsus hémorroïdaire
 - **TR** : recherche rectorragie / douleur / tuméfaction interne / masse tumorale
 - **Anuscopie**: permet d'examiner les hémorroïdes internes / indispensable
- **4 types de pathologies hémorroïdaires**

- **Crise hémorroïdaire**
 - Sensation de chaleur/brûlure ou pesanteur périnéale ; accentuée par défécation
 - Au décours d'une diarrhée/constipation ou aliments (épices) / dure ~ 3-4 jours
- **Prolapsus hémorroïdaire**
 - **Définition:** extériorisation des hémorroïdes **internes** en dehors de l'anus
 - **Signes fonctionnels:** gêne anale / suintements / saignements
 - **Examen physique**
 - Tuméfaction anale rouge / souple / +/- réductible
 - Faire pousser pour extérioriser le prolapsus +++
- **Rectorragies hémorroïdaires**
 - **Définition:** sang issu des capillaires sous-muqueux (et non des hémorroïdes)
 - **Clinique**
 - Présence de sang rouge sur les selles (et non mélangé aux selles)
 - Rythmés par les défécations (fin) / saignement rouge et indolore
 - **Remarques**
 - Jamais grave / ne donne qu'exceptionnellement une anémie
 - !! Ne sont dus qu'aux hémorroïdes **internes** (pas les externes)
- **Thrombose hémorroïdaire externe**
 - **Définition:** formation d'un thrombus dans les hémorroïdes: **externes** >> internes
 - **Signes fonctionnels**
 - Douleur anale d'apparition brutale / intense / non rythmée par la défécation
 - non pulsatile et patient apyrétique (diagnostic différentiel avec abcès anal)
 - **Examen physique**
 - Tuméfaction bleue / dure / très douloureuse
 - Extériorisée si concerne les hémorroïdes externes
 - **Evolution**
 - Résolution spontanée en quelques semaines le plus souvent
 - ou élimination du caillot par érosion cutanée → saignements

Examens complémentaires

- AUCUN: le diagnostic positif, étiologique et l'évaluation du retentissement sont cliniques (**A savoir !**)
- Coloscopie systématique si rectorragie (**A savoir !**)

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire

MHD et régularisation du transit (**A savoir !**)

- Lutte contre la **constipation**: régime riche en **fibres** +/- laxatif (cf [Constipation chez l'enfant et l'adulte \(avec le traitement\)](#).)
- Eviter alcool et épices (poivre) / station assise prolongée / Hygiène locale ++

Traitement médicamenteux

- **Indication**
 - Dans la majorité des crises aiguës: si thrombose et rectorragies ++
 - En **1ère intention** et pour une courte durée (1 semaine)
- **Modalités (3)**
 - **AINS PO ++** : efficaces sur la douleur et l'oedème +/- thromboses
 - **Antalgiques**: en appoint si douleur / antalgiques de niveau 1 ou 2
 - **Veinotoniques**: action locale (Daflon®)
 - **En pratique**: crème avec AINS + antalgiques + veinotonique: **Proctolog®**

Traitement instrumental

- **Indication**
 - En **2nde intention** si échec du traitement médicamenteux
 - Seulement pour les hémorroïdes **internes** symptomatiques +++
- **Modalités (3)**
 - **Ligature élastique** / photocoagulation à l'infrarouge / sclérose
 - Dans tous les cas: plusieurs séances réalisées en ambulatoire
- **Efficacité**: bonne à court terme mais récurrences fréquentes

Traitement chirurgical

- **Indication**
 - Après échec du traitement médicamenteux et instrumental
 - Seulement pour les hémorroïdes **internes** symptomatiques +++
- **Techniques**

- **Hémorroïdectomie** et cicatrisation dirigée (intervention de Milligan-Morgan)
- **Hémorroïdopexie** avec agrafage circulaire (intervention de Longo)
- **Ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales** (THD)

B. AUTRES PATHOLOGIES PROCTOLOGIQUES (HP)

Fissure anale

Définition

- Fissure = ulcération épithéliale du canal anal

Diagnostic

- **Signes fonctionnels**
 - **Syndrome fissuraire typique en 3 temps +++**
 - Déclenchement d'une douleur anale intense au passage des selles
 - puis rémission transitoire: quelques secondes à quelques minutes
 - puis reprise de la douleur en +/- prolongée (quelques heures)
 - **Signes associés**
 - Rectorragies sur selles et papier
 - Prurit anal et constipation réflexe
- **Examen physique**
 - **Inspection de la marge anale = ulcération**
 - en forme de raquette / à bords nets / postérieure dans 80% des cas
 - à fond rougeâtre / non indurée / s'amincit vers la ligne pectinée
 - **Toucher rectal**
 - Recherche des rectorragies
 - Hypertonie du sphincter interne au repos
- **Rechercher des diagnostics différentiels (A savoir !)**
 - **Cancer de la marge anale +++**
 - Fissure indurée et latérale (≠ postérieure et souple)
 - Présence **d'ADP** inguinales
 - !! faire biopsie au moindre doute
 - **Maladie de Crohn ano-périnéale** (cf **Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)** chez l'adulte et l'enfant.)
 - Ulcération: souvent multiple / indolore / sans contracture
 - **Maladies infectieuses**
 - Syphilis, VIH, HSV, BK, etc.

Traitement

- **Traitement médicamenteux**
 - En 1ère intention/ MHD et lutte contre constipation (laxatifs)
 - Antalgiques locaux et PO / bains de siège avec antiseptique
- **Traitement chirurgical**
 - **Indications**
 - Fissure hyperalgique avec échec du traitement médicamenteux
 - Fissures anales récidivantes
 - Fissure atypique: histologie pour éliminer un cancer anal +++
 - **Technique**
 - Exerese de la fissure ou sphincterotomie interne
 - !! Ex. **anapath.** de la pièce opératoire (**A savoir !**)

Abcès et fistule anale

Physiopathologie

1. **Abcès intra-canalair**e (glandes de Hermann et Defosses)
 - à l'origine de toute fistule +++ : forme l'orifice primaire (ou abcès primaire)
2. **Propagation de l'abcès à la peau = abcès de la marge anale secondaire**
 - plusieurs types de trajets possibles: inter/trans/supra-sphinctérien
3. **Formation d'une fistule entre l'abcès primaire et l'abcès secondaire**

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Terrain:** facteurs favorisants = diabète / ID / AINS
 - **Au stade d'abcès** (intra-canalair puis marge anale)

- **Signes fonctionnels**
 - Douleur anales intenses / non rythmés par les selles / **pulsatile**
 - Patient **fébrile** (≠ fissure / mais inconstant: 20% des patients)
 - **Examen physique**
 - Abscès: collection inflammatoire sous-cutanée douloureuse à la marge anale
 - **TR**: ne pas le faire à chaud (douleur +++) / au bloc: recherche l'orifice primaire de la fistule
 - **Au stade de fistule**
 - Présence d'un orifice secondaire cutané / écoulement purulent
 - **Examens complémentaires**
 - **Au stade abcès**: aucun sauf bilan pré-opératoire si chirurgie
 - **Au stade fistule**: IRM pelvienne permet de localiser l'orifice primaire
- Complications**
- **Récidive +++**: dans 15 à 40% des cas apres drainage simple
 - **C^o générales**: sepsis, décompensation de tares, etc.
 - **C^o locales = gangrène de Fournier +++**
 - **Définition**: fasciite nécrosante périnéale +/- génitale
 - **Terrain**: diabétique / ID / alcoolique
 - **Signes fonctionnels**: douleur périnéale intense + sepsis rapidement grave
 - **Ex. physique**: plaques nécrotiques nauséabondes d'extension rapide vers les OGE
- Traitement**
- **!! un abcès de la marge anale est une urgence chirurgicale (A savoir !)**
 - **Mise en condition**: hospitalisation / en urgence / en chirurgie / à jeun / bilan préop
 - **Traitement symptomatique**: antalgiques / !! ABT inefficace
 - **Traitement chirurgical +++**
 - Incision de l'abcès + drainage + bactério + mise a plat: laisser ouvert ++
 - Exploration: recherche d'un trajet fistuleux (sonde métallique + colorants)
 - Si fistule = drain élastique dans un 1er temps (qqs S) puis fistulotomie à distance
 - **Surveillance**: au long cours: cf récurrences fréquentes !

Synthèse pour questions fermées

5 diagnostics différentiels à évoquer devant un patient qui se présente pour des "hémorroïdes" ?

- Abscès ano-périnéal
- Cancer de l'anus
- IST
- Prolapsus du Rectum
- Fissure Anale

Avant tout geste instrumental/chirurgical, quel est l'élément essentiel du traitement de la pathologie hémorroïdaire ?

- Réguler le transit

Un diagnostic à évoquer devant une fissure anale chez un homme de 19 ans ?

- Maladie de Crohn

Devant une fissure anale, 3 signes cliniques imposant de rechercher un diagnostic différentiel ?

- Fissure indolore
- Fissure latérale
- Absence de contraction sphinctérienne