

# Pathologie anorectale

## 1)Physio/Anat introductive de la défécation:

Le rectum fait 10 à 15 cm après le canal anal fait 4 cm.

Chez la femme, il y a une proximité entre rectum et utérus et vagin. Il y a une angulation qui permet d'assurer la continence.

En bas du rectum, il y a une musculature lisse au niveau du rectum a contraction reflex avec des mecanoRc qui entraine la contraction lors de la distension du rectum.

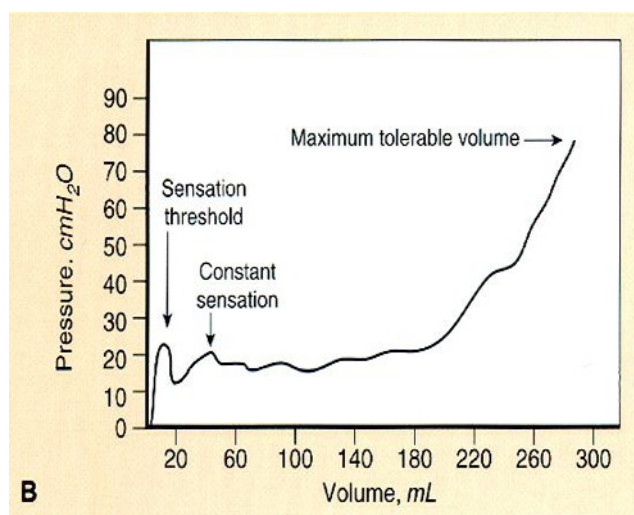
En bas il y a:

→un sphincter externe sous la contraction volontaire qui permet d'assurer la continence lors des épisodes d'imperiosité.

→un sphincter interne physiologiquement spontanément contracté et se relâche lors de la défécation.

→On a un autre champs: les muscles élévateurs de l'anus qui enserre le bas rectum et donnent l'angle (physiologiquement, ils sont relativement contractés)→ lors de la défécation, ils se relâchent entrainant l'abaissement de l'angle.

Le rectum a une certaine compliance (quand on met un ballonnet dans le rectum, si on le gonfle, la pression va augmenter et le rectum va pouvoir se dilater assurant une pression constance a l'intérieur du rectum) ce qui permet de former un réservoir et ne pas aller déféquer tout le temps. Cette compliance a un seuil, on a envie d'aller déféquer à partir de 20mL. A partir de 50-60mL, on va avoir une sensation constante de vouloir aller a la selle. Au départ la pression s'adapte et au bout d'un certain temps plus on gonfle, plus la compliance du rectum est dépassé et la pression augmente d'un coups jusqu'à un volume intolérable= besoin impérieux = 300mL (dépend des gens).



Lorsque la matière arrive→stimulation des mécanoRc au niveau du rectum→ contraction reflex des muscles qui entour le rectum accompagné d'un relâchement bref du sphincter interne du canal anal. Cette relaxation brève permet le réflexe d'échantillonnage c'est a dire que la selle va juste devant le canal anal où elle va être confrontée a de multiple Rc qui analyse la nature gazeuse ou solide de ce qui arrive.

Un 2eme réflexe= contraction du sphincter externe pour ne pas aller à la selle tout de suite. Le rectum va ensuite se distendre ce qui permet de conserver une certaine continence.

Lors de l'effort de poussée, il va y avoir une levée du sphincter du canal anal, du sphincter externe, un relâchement des muscles élévateur de l'anus entrainant un abaissement de l'angle et va permettre a la selle de passer. L'effort de poussée est assuré par les muscles du rectum, le diaphragme et les muscles abdominaux.

▶la défécation= propulsion et baisse des résistances

## 2) Physiopathologie

### 2,1) Dyschésie

En cas d'anomalie de cette action synergique, il va y avoir un trouble de la défécation. Les personnes qui ressentent le besoin mais n'arrivent pas correctement = constipation distale = dyschésie que l'on oppose à la constipation dite de transit. Ces patients vont devoir faire plus d'effort lors de la défécation qui à la longue vont entraîner des troubles de la statique pelvienne et donc entraîner une incontinence (disparition de l'angle) ou à l'inverse dyschésie encore plus importante (augmentation de l'angle).

Ces sujets ont l'impression d'aller à la selle de façon fractionnée, de ne pas bien vider leur rectum.

#### A l'interrogatoire:

on va demander à ces sujets si ils sont tellement gênés qu'ils sont obligés de faire des manœuvres digitales d'évacuation (charmant). On va aussi leur demander la fréquence des selles, l'aspect de ces dernières (volumineuse (attention terme technique = on appelle ça un bouchon), ou alors petites en forme de billes dures (scyballes)). On demande aussi si c'est quelque chose d'ancien (chez les femmes ménopausées, on peut avoir des troubles de la statique pelvienne ce qui entraîne une dyschésie), si c'est depuis peu de temps, il se passe peut-être quelque chose.

On regarde ensuite les TTT en cours (laxatifs ou suppositoires pour améliorer la selle). Et les signes associés: est-ce qu'ils ont mal? Du sang dans les selles? Dégradation de l'état général?...

#### A l'examen clinique:

On cherche la possible présence de hernie inguinale ou autre liée aux efforts de poussée répétés. Puis on fait souvent un toucher rectal avec possible présence de selle dans l'ampoule non ressentie par le patient.

On a plusieurs positions officielles: la position Genu-pectorale (la meilleure mais la plus dégradante) et le décubitus latéral gauche (moins pratique mais beaucoup moins dégradante et moins stressant). La bonne position est fondamentale car elle permet la bonne exploration.

Il y a plusieurs temps dans l'examen proctologique:

1) On observe l'aspect de l'anus avec un bon éclairage.

L'anus physiologique a plein de petits plis. Il faut regarder s'il n'y a rien d'anormal. Il faut en voir et ne pas être trop loin.

2) Faire le toucher en appréciant la tonicité sphinctérienne en demandant au patient de serrer sur le doigt (on peut observer une hypotonie sphinctérienne ce qui entraîne des incontinences) ou de pousser sur le doigt. On cherche aussi la présence de prolapsus (un prolapsus du rectum correspond à la paroi du rectum tellement affaiblie qu'elle sort par l'anus, ce prolapsus est majoré lors de la poussée).

Il faut aussi chercher la présence d'une masse en faisant bien le tour.

3) L'anuscopie: Comme un spéculum (en fait ressemble à un tube en forme de cône tronqué que l'on met et que l'on retire progressivement) qui permet d'apprécier la muqueuse anale. On peut alors voir de potentiels hémorroïdes en train de s'extérioriser et si on a trouvé une masse au toucher, on peut la décrire. On ne peut pas aller trop loin avec cet examen.

♦ L'examen proctologique est très formalisé, il faut faire toujours ces trois examens.

Le plus dur est de rassurer le patient pour ne pas qu'il se contracte car cet examen n'est pas douloureux lorsque le patient est décontracté.

On a 2 types de problèmes avec le rectum soit l'incontinence soit la rétention (dyschésie).

### 2,2) L'incontinence:

Ce qui fait la continence du rectum c'est la compliance du rectum et un système résistif composé des sphincters de l'anus. S'il y a un problème dans l'un de ces deux systèmes, on peut avoir une dyschésie ou l'inverse, une incontinence fécale. L'incontinence peut aussi résulter d'une baisse de la sensibilité des mécanorécepteurs ce qui va entraîner une dilatation permanente du rectum et à la longue



une diminution de la force de contraction ce qui va entrainer à l'inverse une accumulation de matière appelé fécalum que les patients n'arrive plus a extériorisé, c'est le cas souvent des personnes âgées et des diabétiques de longue date.

Une baisse de la compliance rectale (entraîné par une rectite avec un infiltrat de cellules inflammatoire ce qui entraine une baisse de la distension) entraine une augmentation rapide de la pression et les patients ne vont plus pouvoir se retenir.

### Examen clinique:

Une incontinence n'est pas brutale. On va donc demandé si le patient est sujet à des imperiosités (qui peut être le cas dans les maladies de Kronn ou des maladies inflammatoire). On va chercher aussi une atteinte de l'altération de la discrimination gaz selles (en cas de neuropathie, les gens ne peuvent pas savoir). On va demander si les patients ont repéré des souillures au niveau des sous-vêtements, les facteurs pouvant favoriser l'incontinence= le surpoids, la toux chronique (hyperpression abdo chronique). L'incontinence urinaire est souvent associé à l'incontinence fécale. Il est rare d'observer une incontinence fécale isolée.

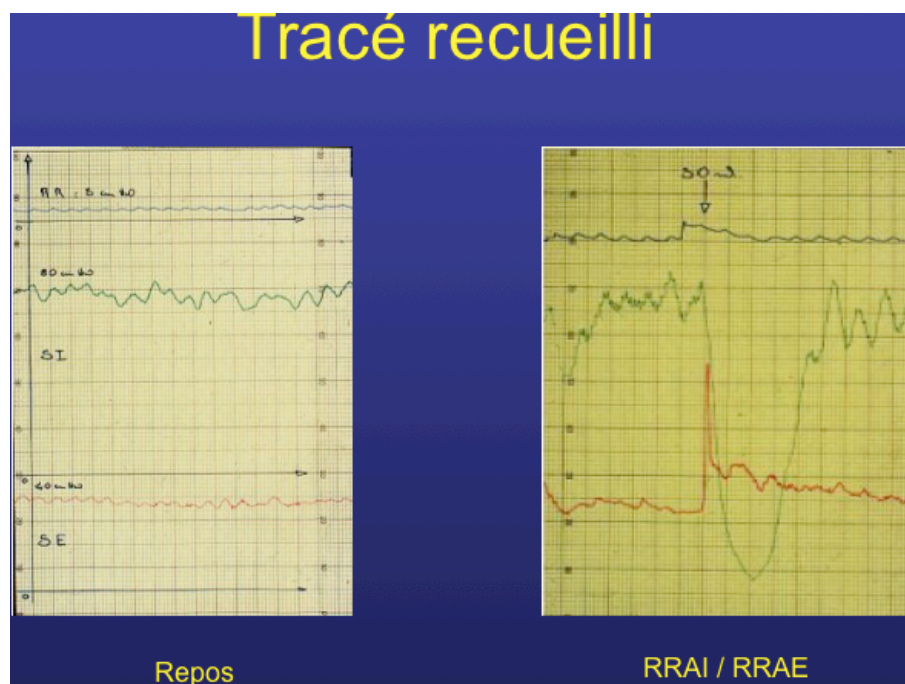
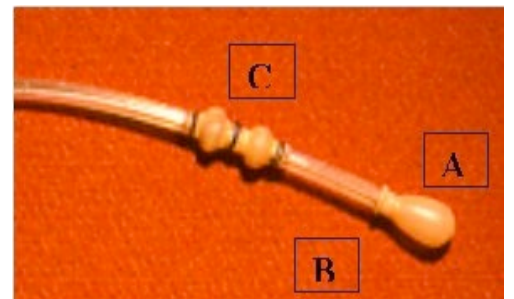
A l'examen physique on peut regarder facilement une hypotonie du sphincter ou une macération (= inflammation de l'anus a la suite d'un contact prolongé avec des matières)

### Examens complémentaires:

→La manométrie anorectale: lavement préalable pour qu'il n'y ai plus de selles dans le rectum. On introduit une canule qui va aller dans le bas du rectum. On gonfle un petit ballonnet à l'extrémité de la sonde. On va voir le volume que l'on met au fur et a mesure.

En dessous des petits capteurs de pression permettent de calculer les pression au niveau des sphincter. On voit donc s'il y a une bonne synergie entre les mécanismes.

On obtient les tracés suivants:



On obtient trois tracés car a trois capteurs de pression. Le tracé du haut correspond a la pression au sein du rectum, donc au repos, la pression a cet endroit est relativement fixe.

Le tracé du milieu correspond au sphincter interne. De façon physiologique au repos, il y a toujours des petites fluctuations.

Le tracé du bas correspond au sphincter externe.

Quand on commence à gonfler le ballonnet, on simule l'arrivé des matières, il va y avoir une contraction brève du rectum en raison de l'augmentation de la pression. Et de façon réflexe, on va

voir une chute de la contraction au niveau du sphincter interne de l'anus. Pour compenser, on aura une brève contraction de sphincter externe de l'anus (ce sphincter est normalement sous le contrôle de la volonté sauf dans ce cas précis où il est sous le contrôle réflex (ce réflex permet l'analyse gaz/selle)).

On va ensuite potentialiser l'examen en demandant au patient de participer. On demande au patient de contracter → on voit donc que le tracé fait un pic au niveau du sphincter externe, au niveau du sphincter int et du rectum, il ne se passe rien. Après on va demander au patient de faire un effort de poussé ce qui va entraîner une augmentation de pression au niveau du rectum (contraction des muscles abdominaux...) accompagné d'une baisse du tonus des sphincters int et ext. Des gens se plaignent de dyschésie qui correspond en fait à une contraction des sphincter lors de la poussée → ils poussent sur une résistance. C'est un problème qui nécessite une rééducation.

→ La défécographie: on va simuler le fait d'aller à la selle, On a un appareil de radiologie avec un siège, on fait une injection d'un produit radio opaque par l'anus ce qui permet d'observer l'aspect des organes pelviens (on associe en général un remplissage vaginal). On détecte ainsi des troubles de la motricité pelvienne.

Normalement, on voit l'angle que fait le rectum, à l'effort de poussée, on va voir un abaissement de l'angle. Cet examen permet de voir la présence de prolapsus qui pourrait expliquer des troubles de l'évacuation. Cet examen permet de bien comprendre le mécanisme de la dyschésie.

→ L'IRM pelvienne dynamique: On remplit les organes pelviens à l'aide d'un gel et on observe le comportement des organes lors de la poussée.

→ Echoendoscopie, on obtient une image circulaire du pourtour du canal. On peut repérer ainsi une déchirure des sphincter.

### **3) Le syndrome rectal:**

Mot générique pour dire tout ce qui est atteint du rectum que ça soit aigu ou chronique. Dans ce syndrome, on a l'association de douleur ou de troubles à la défécation.

Il s'agit en générale d'une rectite (inflammation du rectum).

Cela va se traduire par une incontinence, des saignements (lors d'irritations) mais surtout sur la sensation de besoin:

→ épreintes: douleur pelvienne qui donne envie d'aller à la selle de façon impérieuse et qui se majore à la défécation et se calme progressivement ce qui traduit l'inflammation

→ Ténésme: Les gens ont une tension douloureuse permanente dans le bas du rectum = non rythmé par la défécation (contrairement à l'épreintes)

→ Faux-besoins: envie de déféquer mais en fait il n'y a rien à part peut être des glaires, du sang.

#### **A l'interrogatoire,**

On fait préciser la date d'apparition et si c'est habituel ou intense. On va chercher aussi à savoir si c'est nocturne ou pas (souvent lorsque c'est nocturne, le problème est vraiment organique; lorsque le sommeil est bon, en général ce n'est pas trop grave). On cherche également des signes associés comme la constipation, ou de la diarrhée, la pesanteur pelvienne et des troubles comme la dyschésie ou l'incontinence.

Les rectites peuvent être des maladies auto-immunes mais la plupart du temps, elles sont liées à une bactérie. Un cancer peut avoir aussi le même effet car il va y avoir une baisse de la compliance.

#### **A l'examen clinique**

Examen complet.

Comme ce sont des infections le plus souvent, on recherche des signes infectieux avec de la fièvre et on demande si le patient a dans sa famille des cas similaires ou s'il est parti à l'étranger récemment.

Quand on suspecte un cancer, on cherche une altération de l'état générale.

On fait donc ensuite un toucher rectal et avec l'anuscopie on recherche des signes d'inflammation (aspect érythémateux).

## Les étiologies

Tout ce qui est rectite. Qu'elles soit d'origine infectieuse ou d'origine des fécalomes ou de corps étranger et tout ce qui est tumeurs du rectum.

Un cancer du rectum= gros polype rouge un peu hémorragique qui est vraiment suspect. Dans le rectum, ce polype va simuler la présence de selle et donc perturber le ressentie du patient.  
Les maladies inflammatoires: on voit une paroi complètement rouge et inflammatoire et la maladie de Kronn va laisser une muqueuse irrégulière avec des endroits complètement a nu.

## 4) Les hémorroïdes:

Dans le canal anal, il y a deux types de veines: les hémorroïdes interne et externe (plus petites et juste à l'extérieur).

Ce qui est pathologique= distension de ces petites veines qui se voit en générale lors d'une difficulté du retour veineux notamment chez les femmes enceinte où l'utérus prenant du poids va comprimé les veines).

Les patients parlent d'hémorroïdes lors de symptômes anaux. Mais il faut faire préciser les douleurs anales (proctalgies) car ces douleurs ne viennent pas forcément de la.  
Il faut demander si le problème anal provient d'un saignement, d'un suintement, d'un prurit (gratouille) ou est ce que c'est la perception d'une masse.

Le syndrome le plus fréquent est la rectorragie avec un sang très rouge lors de la défécation (avec l'effort de poussée) non mélangé aux selles. Ca peut saigner en jet (impressionnant pour le patient) ou juste des traces. On ne peut jamais dire qu'un patient ne saigne que des hémorroïdes, il faut regarder plus haut en faisant une coloscopie.

Les hémorroïdes qui saignent sont les internes, les externes ne vont jamais saigner. C'est quelque chose qui n'est pas grave en soit. Le TTT n'est pas obligatoire mais le TTT le plus simple est la prise de laxatif pour diminuer l'effort de poussée.

On peut rencontrer des douleurs qui signent un problème au niveau des hémorroïdes externe, si le problème est sur les internes, il n'y aura pas de douleurs. La douleur provient d'une thrombose de ces hémorroïdes qui entraîne de grosse douleurs continues pulsatives. A l'examen, on va voire un aspect un peu bleuté des hémorroïde et ça va gonflé avec un gros paquet autour de l'anus. Les facteurs favorisant sont l'accouchements...

En générale ces hémorroïdes passent toute seule mais au bout de longtemps. Donc on donne des TTT anti-inflammatoire ou si on sent le caillot, on peut ouvrir et sortir le caillot ce qui soulage de suite.

‣ Donc les hémorroïdes internes ça saigne et les hémorroïdes externes ça fait mal.

On peut aussi voir des prolapsus hémorroïdaires qui correspondent à la sortit des hémorroïdaires internes par l'anus et qui se réintègre mais au bout d'un certains temps, ça reste dehors et ça donne des démangeaisons, aussi des faux besoins, il faut alors opérer.

Les fissures anales:

Les personnes constipées chroniquement vont pousser très fort et vont déchiré la marge anal. Ce sont des douleurs très forte et très aggravé par la défécation. Le seul traitement est de donner des laxatif pour fluidifier le tout. Cette fissure est donc très longue a cicatriser.



## 5) Syndrome fissuraire:

Les patients constipés chronique en poussant vont se déchirer la marge anal ce qui est très douloureux. La partie postérieur de la marge anal est plus fragile que le reste et en poussant fort,

ces gens se la déchire. A chaque retour a la selle, ça se réouvre donc ça cicatrice très lentement..  
 Ces douleur sont vraiment exacerbé par la selle.  
 Le seul TTT que l'on puisse faire est de donner des laxatifs pour diminuer les contraintes. Dans de rare cas, on opère.

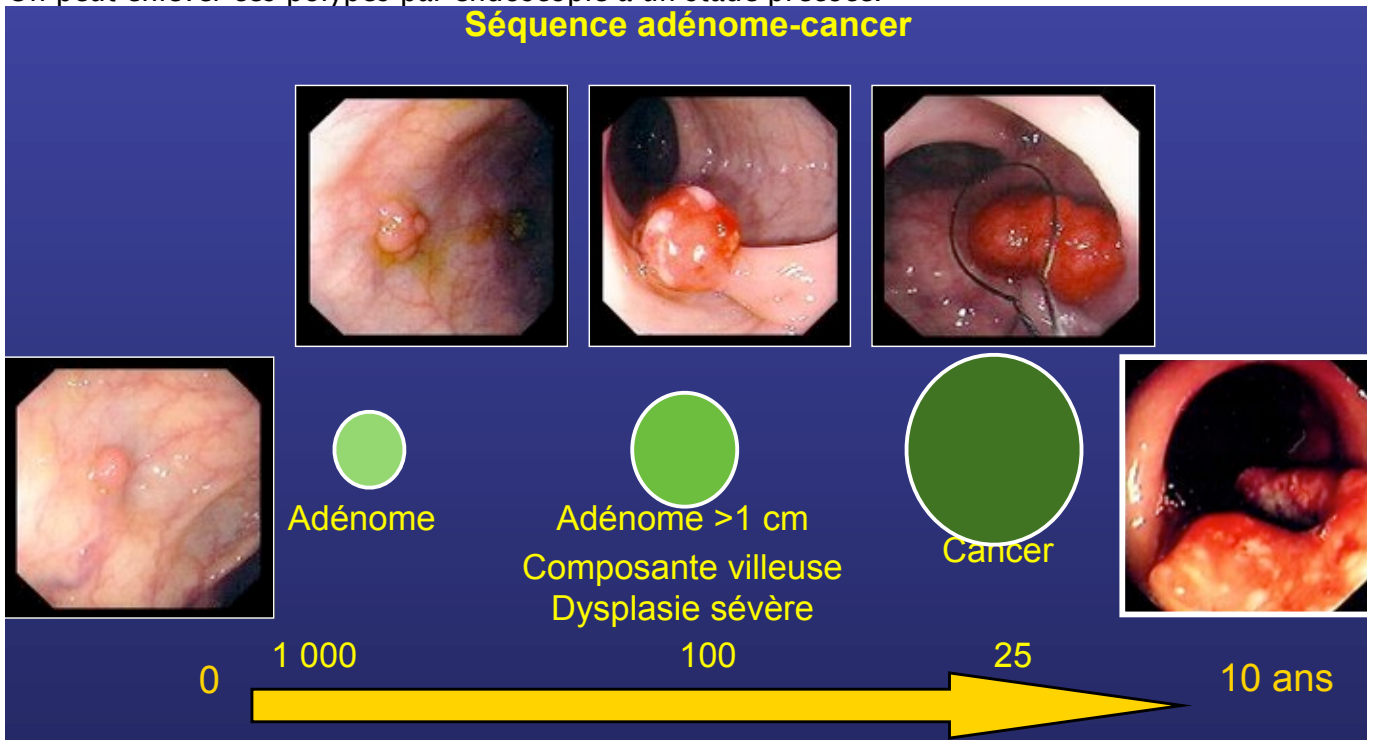
## 6) Le cancer colorectal

Le cancer du colon est très fréquent, c'est le 3 ème cancer= problème de santé publique. Arrive après l'âge de 50 an. Ce cancer, quand il est prit à temps, on le traite très bien. Alors que plus loin, peu de chance de survie (stade de métastase).

On connait bien l'histoire naturelle de la maladie, on sait qu'avant d'être un cancer, se sera un polype qui va grossir de plus en plus et être de plus en plus dysplasique. Pour 1000 polypes, 25 vont aboutir a un polype.

On peut enlever ces polypes par endoscopie a un stade précoce.

### Séquence adénome-cancer



▶ On fait donc des dépistages= hémocult (sang dans les selles)

On identifie 3 types de patients:

→risque moyen a partir de 50 ans (ensemble de la pop)→ hémocult

→risque élevé car ATCD familiaux ou avec des symptômes (saignement), on fait une coloscopie

→risque très élevé= maladie génétique, on fait aussi une coloscopie

### Classification des cancer: le classement TNM

T= tumeur

N: adénopathie

M:métastase.

▶ permet de classer en 4 stades. Quand c'est un stade 4= métastases; stade 3= ganglions envahi; stade 2= grosse tumeur; stade 1= petit cancer.

### On va donc avoir 2 types de TTT en cancéro:

→soit c'est curable on cherche a guérir

→Pas curable= on va faire un TTT palliatif.

Pour guérir le patient, il faut tout enlevé et donc on fait une chirurgie avec radiothérapie qui évite les récive.

En palliatif, la chimiothérapie augmente la survie et améliore la qualité de vie ça peut aussi permettre de stabiliser voire de réduire la maladie.

En pratique, on administre plusieurs drogues (par un dispositif veineux implantable qui libère directement dans les grosses veines pour limiter la toxicité) sous un protocole bien précis en fonction du poids et de la taille du patient et 15 jours après, on refait le même TTT. On contrôle enfin les résultats deux trois mois plus tard sur le scanner.

En cas de cancer important non curable, on essaye d'améliorer la qualité de vie du patient en mettant en place un stent ce qui permet de lever l'occlusion à cause d'une tumeur et qui permet de poursuivre l'alimentation.

### **Le test hémocult:**

On demande au patient de 50 à 74 ans de faire un test en prélevant tout les 2 ans pendant trois jours un peu de selles et de les frotter contre un réactif avant de le renvoyer par la poste à un centre de relecture qui va analyser les selles. S'il y a du sang, le centre renvoie une demande de coloscopie auprès du médecin traitant et auprès du patient.

### **Les symptômes sont très vagues:**

Un polype qui se développe ne gêne pas, mais on peut voir l'apparition d'une constipation ou une diarrhée. La modification du transit chez un patient de plus de 50 ans → on propose la coloscopie. Ça peut aussi saigner de façon très faible ou alors sous forme de rectorragie voire de méléna. Il y a aussi des signes généraux avec une altération de l'état général. Le cancer du colon et du rectum = à peu près la même chose, avec la même prise en charge. Le cancer du rectum donnera simplement plus de rectorragie.

### **Examens complémentaires:**

Dès qu'on a un doute, on propose au patient une coloscopie sous anesthésie générale, on demande au patient de faire une préparation, une purge pour bien voir. Cela permet de repérer une éventuelle tumeur et de faire un prélèvement pour pouvoir l'envoyer en anatomo pour confirmer le diagnostic.

Après la biopsie, on vérifie que la tumeur est bien localisée et qu'elle n'a pas fait de métastases. Pour cela, on fait un scanner en recherchant des métastases à distance. S'il n'y en a pas, on opère.

On peut doser également un marqueur: L'ACE en cas de cancer du colon.

Le TTT si le patient est opérable, on proposera au patient une chirurgie s'il n'y a pas d'extension en prenant des zones de marge à la résection pour éviter la récurrence. On envoie la pièce opératoire en anatomo pour être sûr d'avoir tout enlevé et si les ganglions ne sont pas touchés. Si on repère quelques cellules dans les ganglions, on entreprend une chimio adjuvante pour être sûr de notre TTT.

Pour les cancers du rectum, on optera pour une autre stratégie. En effet, le rectum contient des sphincters, or il faut prendre des marges de résection. Si la marge se situe au niveau du sphincter, et qu'on opère qu'en même, le patient sera incontinent à vie.

Donc on fait une radio-chimio-thérapie adjuvante avant la chirurgie pour essayer de faire réduire la masse et permettre la résection sans toucher aux sphincters.

Pour les gens métastatiques d'emblée, on propose une chimio si leur état le permet. Parfois on peut essayer de tout enlever mais ça reste rare.

## **7) Cas clinique:**

Patient de 55 ans, tabagique qui consulte pour des rectorragies fréquentes.

À l'interrogatoire:

Sang rouge vif?

Non mélangé aux selles

À l'essuyage suite à la défécation?

Troubles transit (constipation)?

On regarde également l'état général.

Il faut aussi demander dans sa famille s'il n'y a pas d'antécédent.

À l'examen, on regarde s'il y a des hémorroïdes.

examen complémentaire → coloscopie totale (car plus de 50 ans) car si le saignement vient de plus haut, c'est un cancer. On fait donc cette coloscopie et en remontant, on voit en premier des diverticules non inflammatoire (pas grave) et plus haut, on rencontre un polype non cancérisé, on va donc l'enlever.

Un patient qui a déjà fait des polypes est susceptible d'en refaire, on refait donc des contrôles tous les 5 ans. On demande à notre patient de revenir 5 ans plus tard.

Le patient 2 ans plus tard revient car il a des proctalgies depuis un ou deux mois rythmé par les selles.

On évoque tout de suite la fissure anale (les hémorroïdes externe auraient une douleurs continu et pulsative)

2 mois plus tard, le patient revient pour fièvre à 38 degrés et a une défense en fosse iliaque gauche.

On sait que ce patient a des diverticules (on l'a vu à la colo 2 ans plus tôt). Il faut donc tout de suite penser à une diverticulite (sigmoïdite).

à l'examen clinique on va donc chercher une défense, une sensibilité, un syndrome rectale, un syndrome inflammatoire et on fini par un scanner pour chercher des diverticules.

La prise en charge immédiate est de donner des antibiotique et si les poussés sont fréquente, on envisage la chirurgie et d'enlever la zone diverticulaire.

Le patient s'est amélioré et puis il vient reconsulté 6 ans après (le contrôle ne lui paraissait pas nécessaire) car il a fait un test hémoculte positif. Il demande donc une nouvelle coloscopie. On fait donc une coloscopie (la diverticulite n'intervient pas à ce moment là car on est 6 ans après cette épisode) et on découvre au niveau du colon droit une grosse lésion déprimé en son centre (= très mauvais signe car cela veut dire que ça infiltre la paroi), on fait une biopsie et l'anapath répond ADK peut différencié. On fait donc tout de suite un scanner pour rechercher des métastase.

on en trouve pas alors on fait une chirurgie en réséquant toute la partie ascendante du colon droit et on abouche le colon transverse directement à l'iléon.

On envoie la pièce opératoire en Anapath qui nous dit qu'il s'agit en fait d'un adénocarcinome. Il faut donc proposer une chimiothérapie adjuvante pour éviter la récurrence à distance. Il nous précise aussi "R0" qui signifie que le chirurgien a enlevé toute la tumeur.

Ce patient est très susceptible de récidiver alors on lui demande de revenir tout les 3 puis 6 mois sur 5 ans pour faire un scanner (au delà de 5 ans sans récurrence, le risque diminue fortement).

Le patient en question fait un de ces TDM de contrôle et on retrouve plusieurs métastases dans le foie. Il est donc impossible d'opérer. On propose donc tout de suite une chimiothérapie.

On fait appeler à une réunion de concertation pluridisciplinaire. On cherche aussi la mutation K-Ras, si elle est présente, le TTT anti-EGFR sera inefficace.