

# Pathologie anorectale

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

Le rectum=10 à 15 cm après, le canal anal=4 cm. Chez la femme→ proximité entre rectum, utérus et vagin.

En bas du rectum, si mecanoRc stimulés par la distension du rectum→contraction musculature lisse reflex. On a:

→**Un sphincter externe**= volontaire→ continence lors d'épisode d'imperiosité.

→**Un sphincter interne** normalement contracté qui se relâche lors de la défécation.

→**Les muscles élévateurs de l'anus** qui enserre le bas rectum et donnent l'angle (physiologiquement=relativement contractés).Si défécation→relâchement entrainant l'abaissement de l'angle.

Le rectum a une certaine **compliance** (le rectum peut se dilater avec la pression) →réservoir → facteur de continence.

Cette compliance a un seuil:

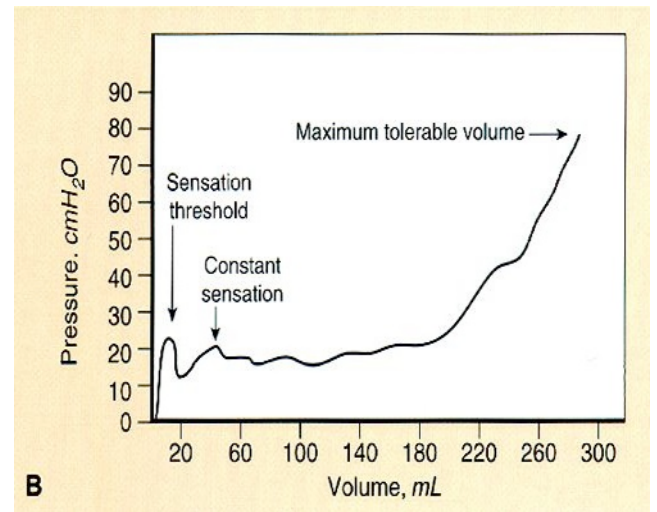
→20mL= envie de déféquer

→50-60mL= envie constante.

→300 mL= insoutenable, impériosité

Au début, la pression reste constante (distension du rectum. Puis la compliance est dépassée→ augmentation en pic de la pression.

L'excrément arrive→stimulation des mécanoRc → contraction reflex des muscles qui entour le rectum accompagné **d'un relâchement bref du sphincter interne**. Cette relaxation brève permet le **réflexe d'échantillonnage** → la selle va juste devant le canal anal → analyse par de multiple Rc→ discrimination gaz/solide.



**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.

Effort de poussée→levée du sphincter int/ext, relâchement des muscles élévateur de l'anus entrainant un abaissement de l'angle. 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= anomalie propulsion/ résistance ≠ trouble du transit:**

Les personnes qui ressentent le besoin mais n'arrive pas correctement= **constipation distale** =**dyschésie** ≠constipation de transit. →plus d'effort lors de la défécation qui a la longue vont entrainer des troubles de la statique pelvienne et donc entrainer une incontinence (disparition de l'angle) ou à l'inverse dyschésie plus important (augmentation de l'angle). Ces sujet ont l'impression d'aller a la selle de façon fractionner, de ne pas bien vider leur rectum.

#### **A l'interrogatoire on demande:**

→Grosse gêne?: ils sont obligé de faire des manoeuvre digitale d'évacuation?

→Fréquence des selles?

→L'aspect: volumineuse=un bouchon; petites en forme de billes dur=**scyballes**.

- De puis quand?: les femmes ménopausée peuvent avoir des troubles de la statique pelvienne → dyschésie. Si c'est habituel= on s'inquiète moins; si c'est récent=peut être qqchose
- les TTT en cours: laxatifs ou suppositoire pour améliorer la selle.
- Les signes associés: douleurs? Du sang dans les selles? Dégradation de l'état général?...

### A l'examen clinique:

On cherche des hernies inguinales ou autre liées aux efforts de poussé répétés. Puis on fait souvent un toucher rectal (on sent parfois une ampoule pleine non ressentie par le patient). Plusieurs position pour le touché

- la position Genu-pectorale (la meilleur mais la plus dégradante)
- décubitus latéral gauche (moins pratique mais beaucoup moins dégradante et moins stressant). La bonne position est fondamentale car elle permet la bonne exploration.



### Plusieurs temps dans l'examen proctologique:

1) **On observe** l'aspect de l'anus avec un bon éclairage. L'anus physiologique a plein de petit plis. Il faut regarder s'il n'y ai rien d'anormal. Il faut en voir et ne pas être trop loin.

2) **apprécier la tonicité** sphinctérienne en demandant au patient de serrer (hypotonie sphinctérienne→incontinences) ou de pousser. On cherche la des prolapsus (un prolapsus du rectum=paroi du rectum qui sort par l'anus, majoré lors de la poussée). Il faut aussi chercher la présence d'une masse en faisant bien le tour.

3)**L'anuscopie**: cône tronqué que l'on met et que l'on retire progressivement (on ne va pas loin)→ apprécier la muqueuse anale. On peut voir des hémorroïdes, si on a trouvé une masse au toucher, on peut la décrire.

♣ **il faut faire toujours ces trois examens.** Le plus dur est de rassurer le patient.

### 2,2) L'incontinence:

**Continence du rectum=compliance + système resistif.**

→Problème dans l'un de ces deux système= dyschésie ou incontinence fécale.

L'incontinence peut aussi résulté d'une **baisse de la sensibilité des mécanoRc**→ dilatation permanente du rectum→ si chronique= diminution de la force de contraction→accumulation de matière=fécalum que les patients n'arrivent plus a extériorisé (vieux et diabétiques).

**Baisse de la compliance** (entraîné par une rectite\*→infiltrat de cellules inflammatoire→baisse de la distension)→augmentation rapide de la pression→ incontinence.

### Examen clinique:

**Une incontinence n'est pas brutale.**→ on demande si le patient est sujet à des imperiosités (qui peut être le cas dans les maladies de Kronn ou des maladies inflammatoire)+ atteinte de l'altération de la discrimination gaz selles? (=neuropathie). 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.

A l'examen physique→hypotonie du sphincter? macération? (= inflammation de l'anus a la suite d'un contact prolongé avec des matières)

### Examens complémentaires:

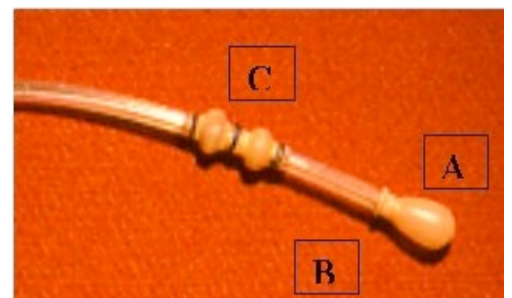
→La manométrie anorectale: lavement préalable On introduit une canule dans le bas rectum. On gonfle un ballonnet en contrôlant le volume à l'extrémité de la sonde. En dessous des petits capteurs de pression au niveau des ≠ sphincter→ **on étudie la synergie entre les mécanismes.**

On obtient les trois tracés suivants:

Le tracé **du haut** = pression **au sein du rectum**: au repos, la pression a cet endroit est fixe.

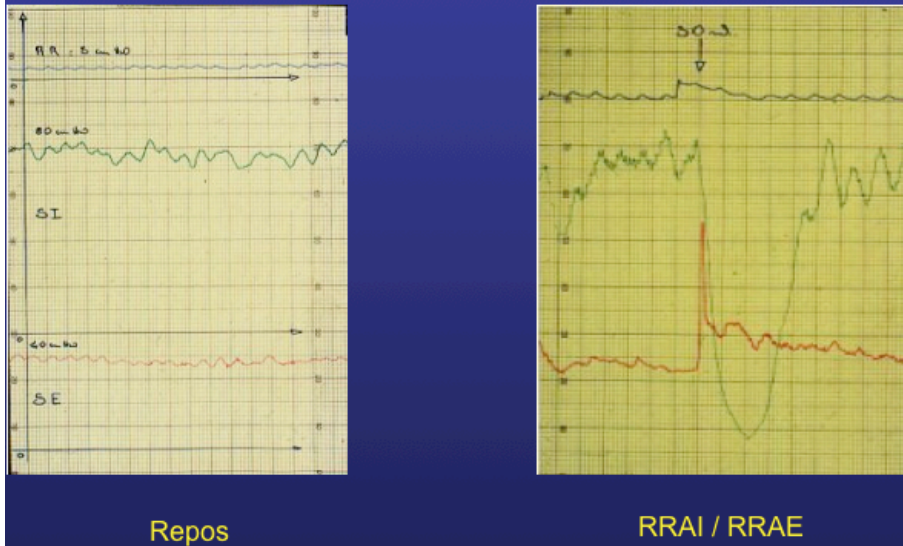
Le **tracé du milieu**= **sphincter interne**, physiologiquement au repos, toujours des petites fluctuations.

Le **tracé du bas**= **sphincter externe**.



# Tracé recueilli

Pr : Ludovic EVESQUES



On gonfle le ballonnet = on simule l'arrivée des matières → **contraction brève du rectum** (car augmentation de pression).  
De façon réflexe → **chute de la contraction** au niveau du **sphincter interne**. Pour compenser → brève **contraction du sphincter externe** (ce sphincter est normalement sous le contrôle de la volonté sauf dans ce cas précis (ce réflexe permet l'analyse gaz/selle)).

▶ **Potentialisation**: on demande au patient de participer en contractant → **le tracé fait un pic au niveau du sphincter externe, au niveau du sphincter int et du rectum, il ne se passe rien.**

On demande ensuite un effort de poussée → une augmentation de pression du rectum (contraction des muscles abdominaux...) + baisse du tonus des sphincters int et ext.  
Dyschésie peut correspondre 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 → observation de l'aspect des organes pelviens (on associe en général un remplissage vaginal) ▶ détection de troubles de la motricité pelvienne.

Au repos, on voit l'angle → à l'effort de poussée = abaissement de l'angle.

▶ Cet examen permet de voir la présence de prolapsus qui pourrait expliquer des troubles de l'évacuation et donc de bien comprendre le mécanisme de la dyschésie.

→ L'IRM pelvienne dynamique: On remplit les organes pelvien 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 sphincters.

## 3) Le syndrome rectal:

= **Tout ce qui est atteint du rectum aigu ou chronique** ▶ association de douleur ou de troubles à la défécation. Il s'agit en générale d'une rectite (inflammation du rectum).

Se traduire par une incontinence, des saignement mais surtout sur **les sensations de besoin**:

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

→ **Ténesme**: 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 des glaires, du sang.

### A l'interrogatoire,

Depuis quand? habituel? intense?

Nocturne? (nocturne = problème organique; le sommeil est bon = en général pas trop grave).

Signes associés = constipation? diarrhée? Pesanteur pelvienne? ou troubles: dyschésie ou l'incontinence?

### A l'examen clinique

Examen complet.

Infections le plus souvent → on recherche des signes infectieux = fièvres + interrogatoire sur l'entourage du patient ou sur ces déplacement récent à l'étranger.

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

▶ toucher rectal + anoscopie = recherche des signes d'inflammation (aspect érythémateux).

## Les étiologies

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

Un cancer du rectum= gros polype rouge un peu hémorragique vraiment suspect→simulation de présence de selle→perturbation du ressenti du patient.

Les maladies inflammatoires: on voit une paroi complètement rouge et inflammatoire. Dans la maladie de Kronn, on a une muqueuse irrégulière avec des endroits complètement à 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).

Pathologique= **distension de ces petites veines** = difficulté du retour veineux notamment chez les femmes enceinte où l'utérus prend du poids et 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 =saignement, suintement,prurit (gratouille) ou perception d'une masse?

→Le plus fréquent=**la rectorragie=sang très rouge** lors de la **défécation** (avec l'effort de poussée) **non mélangé** aux selles en **jet** (impressionnant pour le patient) ou des **traces**.

**On ne peut jamais dire qu'un patient ne saigne que des hémorroïdes → coloscopie.**

**Les hémorroïdes qui saignent = les internes, les externes =pas de saignement.**

C'est quelque chose qui n'est pas grave en soit. Le TTT n'est pas obligatoire on peut donner un laxatif →diminuer l'effort de poussée.

→**Des douleurs** qui signent un problème des **hémorroïdes externe, PAS de douleurs pour les internes.**

Douleur = thrombose→ **grosse douleurs continues pulsatives.**

A l'examen: **aspect bleuté** des hémorroïde **gonflée**→ gros paquet autour de l'anus. (le facteur favorisant le plus courant est l'accouchement)

En générale ces hémorroïdes passent toute seule mais au bout de longtemps ▶ 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.**

→Prolapsus hémorroïdaires=sortie des hémorroïdes internes par l'anus et qui se réintègres →au bout d'un certains temps, ça reste dehors →démangeaisons, faux besoins→opération.



## 5) Syndrome fissuraire:

Les patients constipés chronique se déchire la partie post marge anal en poussant fort ce qui est **très douloureux** et se **majore a chaque défécation** car réouverture de la fissure (longue cicatrisation). Le seul TTT=laxatifs pour diminuer les contraintes. Dans de rare cas, on opère.

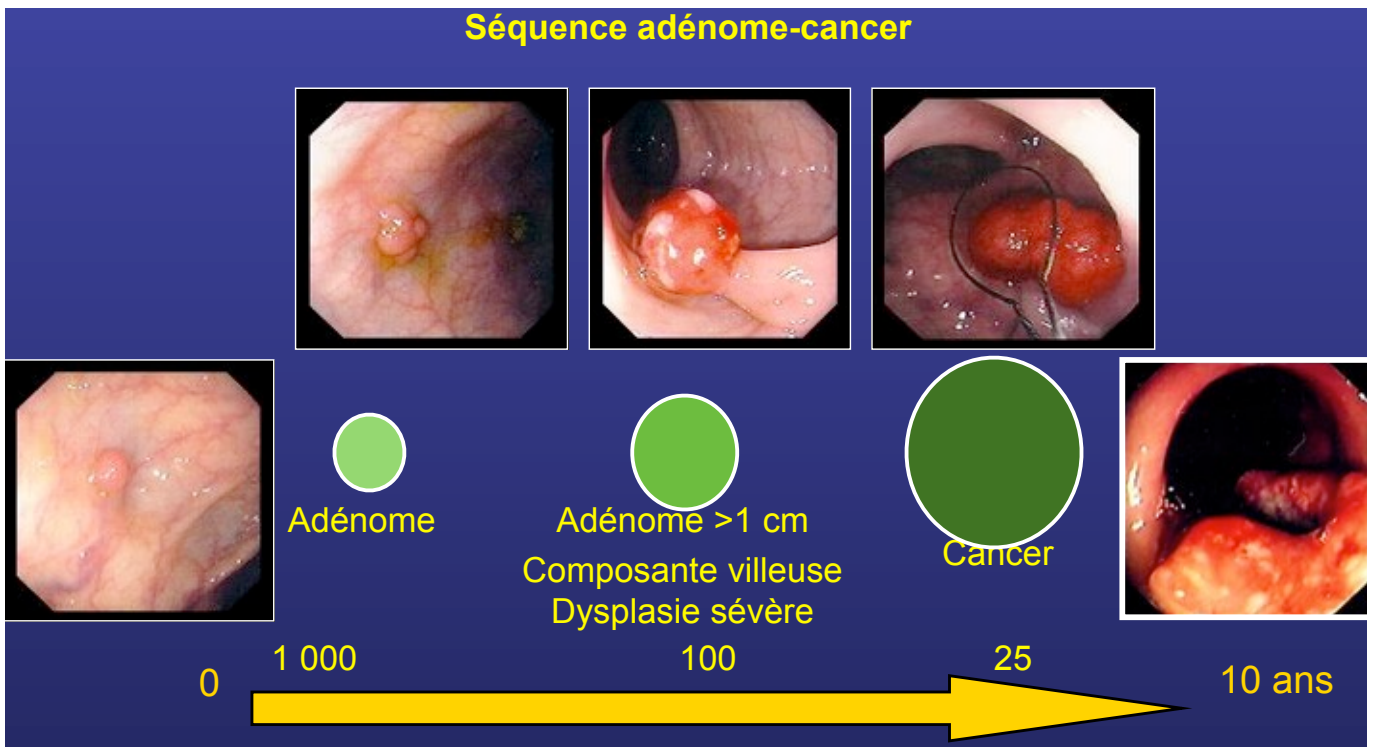
## 6) Le cancer colorectal

Le cancer du colon= 3 ème cancer= problème de santé publique. Arrive après l'âge de 50 an. Ce cancer, quand il est prit à temps= curable.

Plus tard = peu de chance de survie (stade de métastase).

On connaît 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.

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



**On identifie 3 types de patients:**

- risque moyen a partir de 50 ans (ensemble de la pop)→ hémoccult
- 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. 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= chirurgie+ chimio (éviter la récurrence)
- Pas curable= on va faire un TTT palliatif=chimio seule pour stabilisé et améliorer la qualité de vie. En pratique, on administre plusieurs drogues (par un dispositif veineux implantable =dans les grosses veines→limite 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 qui permettent de lever l'occlusion causée par une tumeur et qui permet de poursuivre l'alimentation.

**Le test hémoccult:**

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 les envoyer à un centre de relecture qui va analysé les selles. S'il y a du sang, le centre renvoie une demande de coloscopie auprès du médecins traitant et auprès du patient.

**Les symptômes sont très vagues:**

Un polype qui se dvp 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. Ca peut aussi saigner de façon très faible ou alors sous forme de rectorragie voir de maelena.

Il y aussi des signes généraux avec une altération de l'état général.

Le cancer du colon et du rectum= a 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→ repérer une éventuelle tumeur et de faire une **biopsie→anapath** 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.**

Si patient opérable→chirurgie si **M0** en prenant des zones de marge à la résection pour éviter la récurrence.

▶La pièce chez l'anapath pour être sûr d'avoir tout enlevé et voir si les ganglions ne sont pas touchés.

Si on repère quelque **cellules dans les ganglions→ chimio adjuvante** pour être sûr de notre TTT.

Pour les cancer du rectum, on optera pour une autre stratégie car 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→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.

A l'interrogatoire on apprend:

- Sang rouge vif
- Non mélangé aux selles
- A l'essuyage suite à la défécation
- Troubles transit (constipation)

On regarde l'état général et on demande s'il n'y a pas d'antécédent dans sa famille.

▶**A l'examen, on regarde s'il y a des hémorroïdes.**

**Examen complémentaire → coloscopie totale** (car plus de 50 ans).

A la coloscopie on voit en premier des diverticules non inflammatoires (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.**

▶ **fissure anale** (les hémorroïdes externes auraient une douleur continue et pulsative)

•2 mois plus tard, le patient revient pour fièvre à 38 degrés et 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)

▶ **diverticulite** (sigmoïdite).

A l'examen clinique→ on cherche une défense, une sensibilité, un syndrome rectale, un syndrome inflammatoire et on finit par un scanner pour chercher des diverticules.

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

- Le patient vient reconsulté 6 ans après car il a fait un test **hémoculte positif.**

▶ **coloscopie** (la diverticulite n'intervient pas à ce moment là car on est 6 ans après) et on découvre au niveau du colon droit une grosse lésion déprimée en son centre (= très mauvais signe = infiltration de la paroi)→**biopsie→anapath** répond carcinome peut différencié→ **scanner** pour **rechercher des métastases**, on obtient **M0→ chirurgie** en réséquant toute la partie ascendante du colon droit et on abouche le colon transverse directement à l'iléon.

→pièce opératoire en **Anapath** qui nous dit qu'il s'agit en fait d'un **adénocarcinome** ▶ 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 récidive, 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 → chimiothérapie.

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