

Pathologies de la marge anale

Pierre-Yves Mure

Service de Chirurgie Pédiatrique, HFME, Lyon

Plan

- Fissures anales
- Suppurations anales *et* périnéales
- Prolapsus rectaux
- (Traumatismes périnéaux)
- Pathologie tumorale
- Condylomes
- Hémorroïdes ?
- Duplications

I. Fissures anales de l'enfant

1. Fissures anales primitives de l'enfant

- Surtout entre 1 à 3 ans (♀ > ♂)
- Constipation ++++ (*condition nécessaire à l'apparition de la fissure*)
- Signes cliniques
 - Douleur
 - . Survient exclusivement pendant l'exonération
 - . Aggrave la constipation (*appréhension de la selle*)
 - Rectorragie
 - . Souvent mineures
 - . Visibles sur la selle *ou* les couches

Présentation clinique

- Ulcération mise en évidence en écartant doucement les plis radiés de l'anus
- Forme en raquette (*2/3 des cas*) sinon linéaire *ou* arrondie
- Siège généralement médian *et* antérieur chez l'enfant
- Parfois repérée par capuchon cicatriciel

Présentation clinique

Principe du traitement

- Médical ++++
 - Traiter la constipation ++++
 - +
 - Traitements locaux (*crèmes cicatrisantes*)
- Chirurgical (*exceptionnellement*)
 - Injections sclérosantes sous fissuraires
 - Excision chirurgicale



2. Fissures “*symptômes*”

- Maladie de Crohn +++++

- Enfant en général plus âgé > 8 ans
- Fissures souvent surinfectées d'évolution torpide
- Localisation latérale atypique

- Traumatiques (*séVICES*)

Doivent être considérées comme suspectes les fissures

- Fissures multiples, profondes, remontant au-delà du canal anal
- +
 - Localisation aberrante (*non situées sur le raphé médian*)

Maladie de Crohn

II. Suppurations anales et périnéales

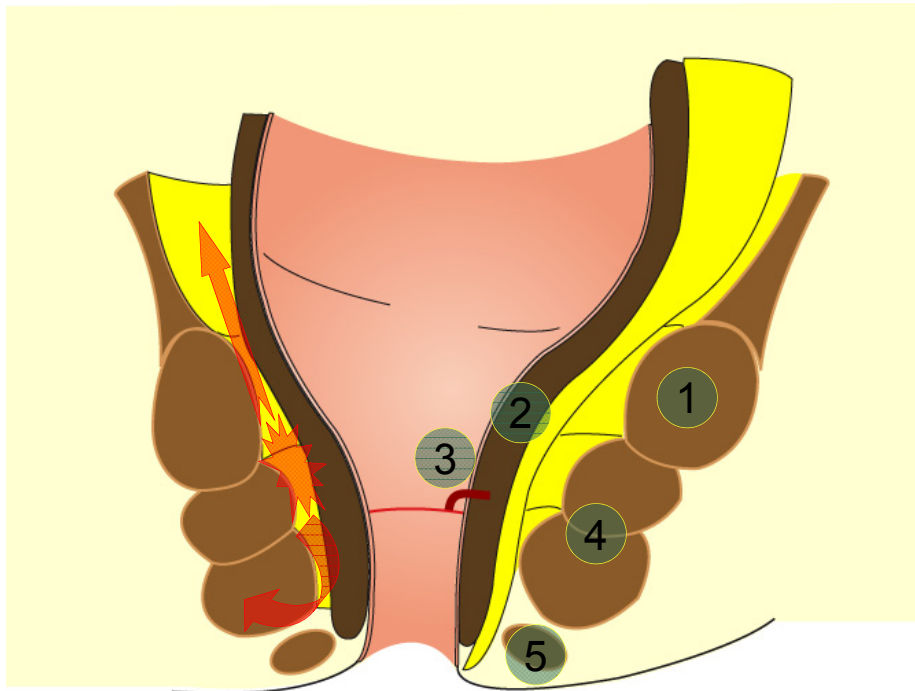
Introduction

- Regroupent de nombreuses situations cliniques *et* étiologiques
- Dominées par les abcès *et* fistules anales primitives
- Ne pas méconnaître les formes symptomatiques (*Crohn, déficits immunitaires...*)
 - Abcès *et* fistules primitives
 - Abcès *et* fistules de la maladie de Crohn
 - L'ecthyma gangrenosum
 - Cellulites péri-anales à streptocoque

1. Abcès et fistules primitives

2 entités différentes d'une même pathologie

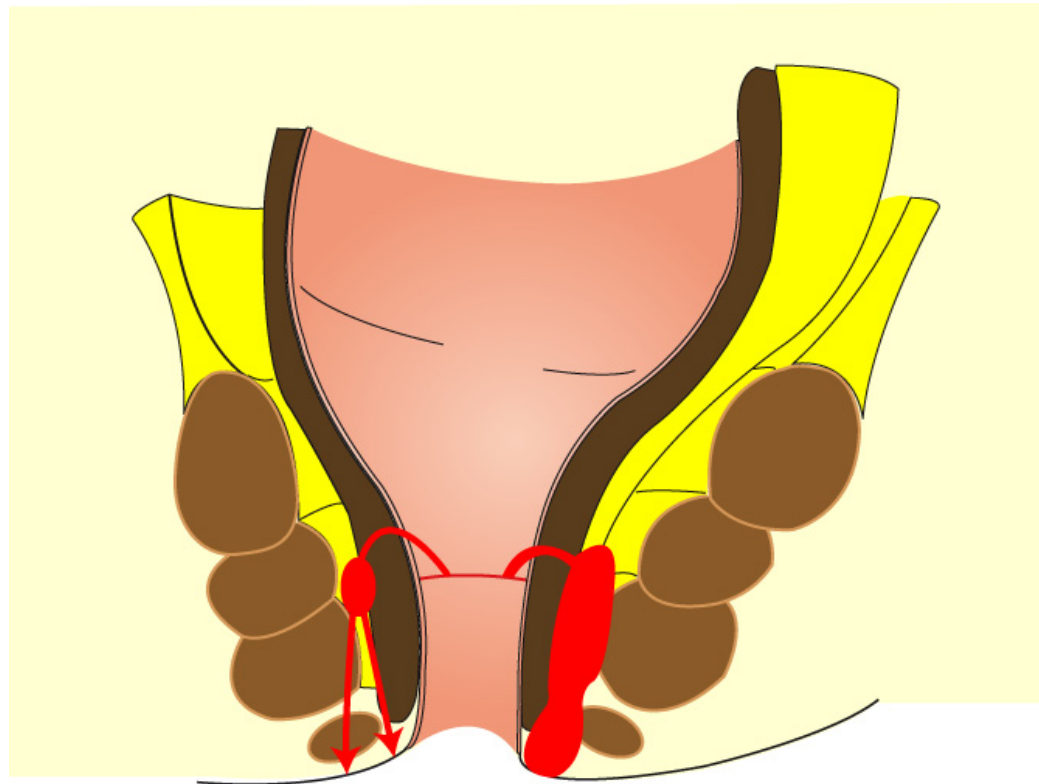
- Infection d'une glande de Hermann et Desfosse (*s'abouche dans crypte de la ligne pectinée*)
- L'abcès se forme dans l'espace inter-sphinctérien *puis s'étend...*
 - Soit le long de la couche longitudinale de l'ampoule rectale
 - Soit à travers les sphincters pour s'ouvrir à la peau



1. Muscle puborectal
2. Sphincter interne lisse
3. Glandes d'Hermann et Desfosses
4. Sphincter externe strié (*faisceaux profonds*)
5. Sphincter externe strié (*faisceau superficiel*)

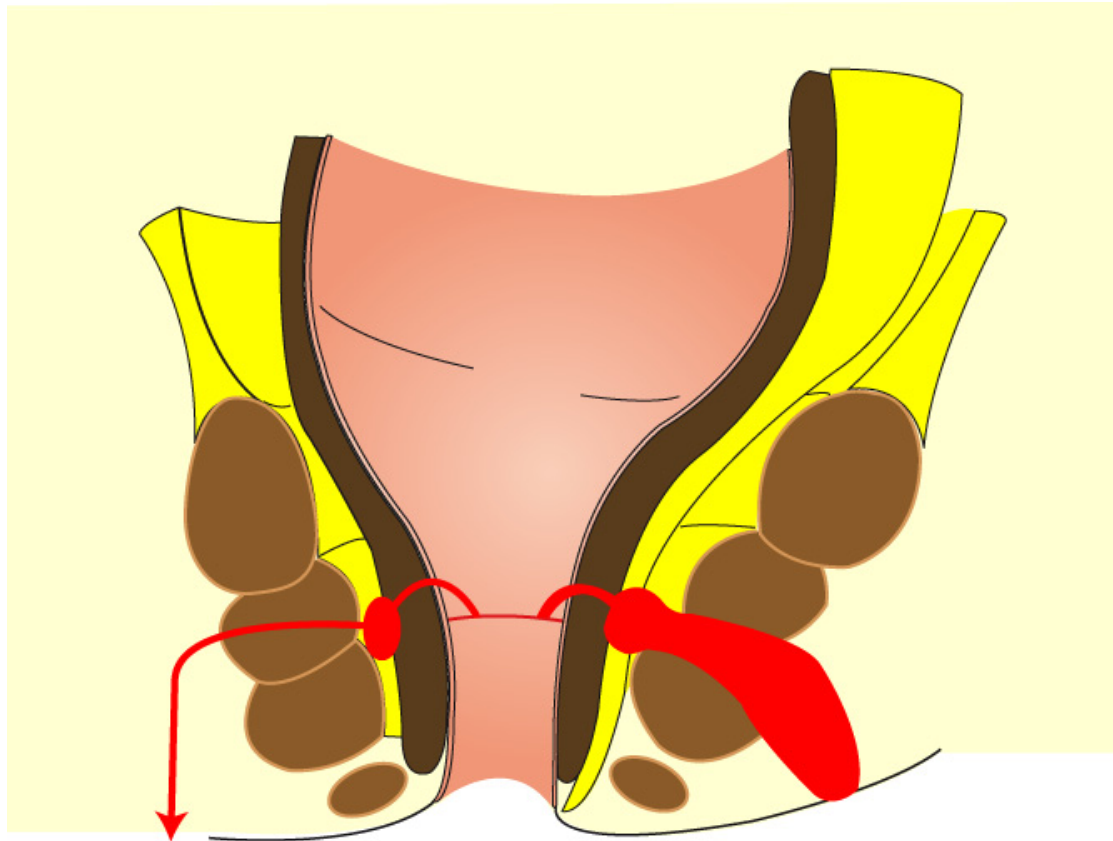
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Inter-sphinctériennes
- Trans-sphinctériennes superficielles (à travers fms superficielles SE)



a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

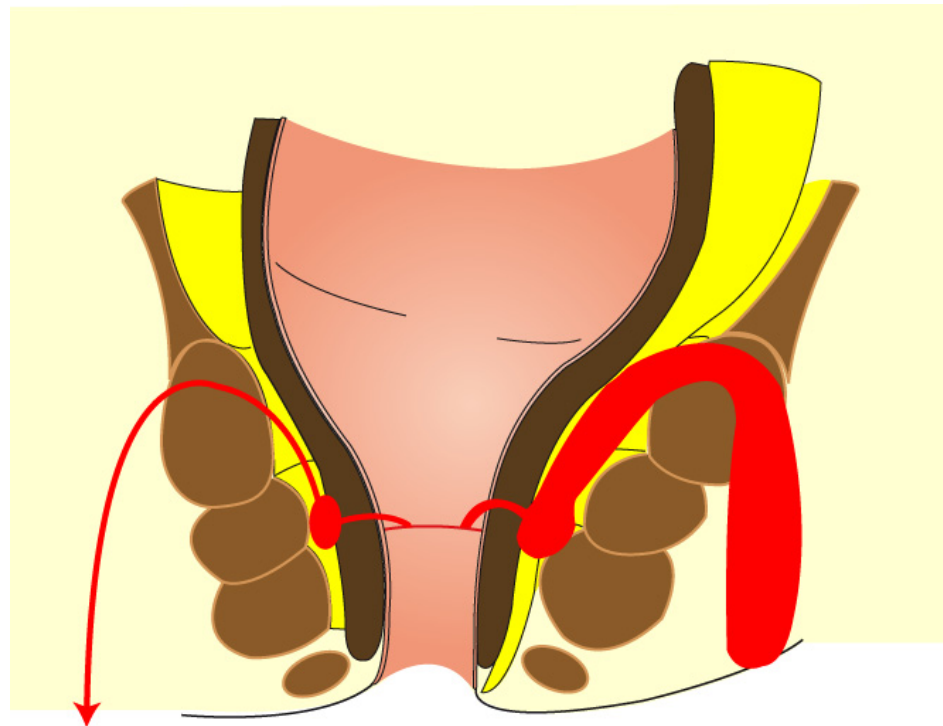
- Trans-sphinctériennes hautes (à travers fms profondes SE)



a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

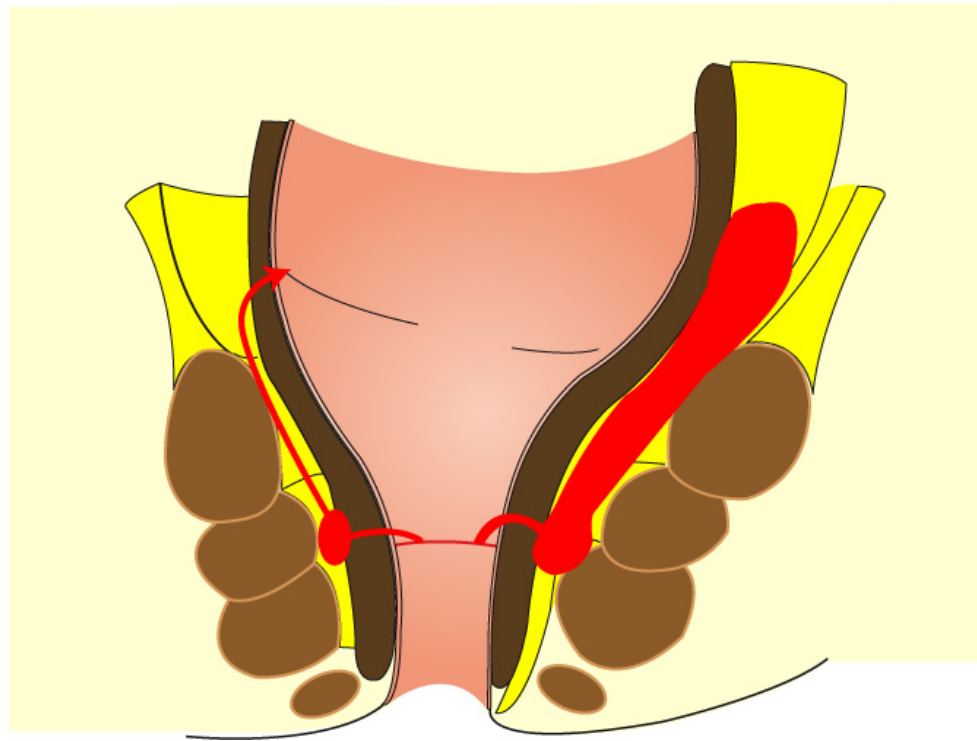
- Supra-sphinctériennes

- Cheminent le long de la couche longitudinale
- Passent au dessus du sphincter externe
- Traversent le releveur, la fosse ischio-rectale et s'ouvrent à la peau



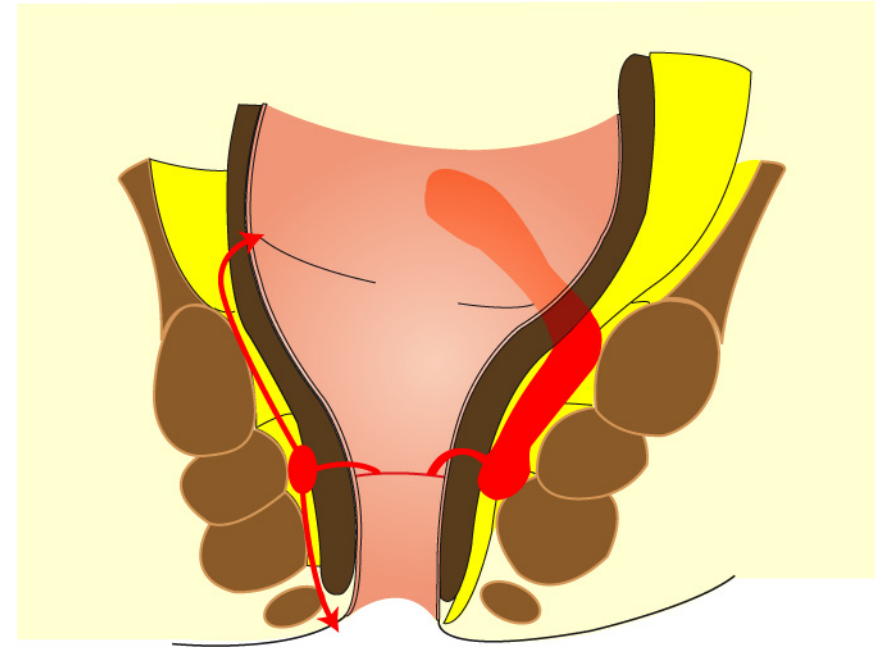
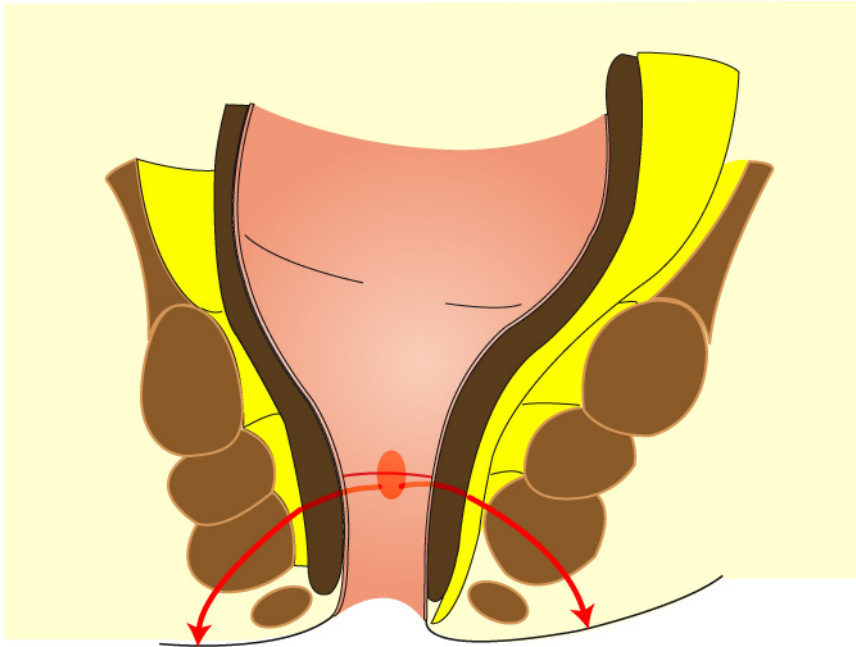
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Intra-murales
 - Cheminent le long de la couche longitudinale
 - S'ouvrent dans le rectum à distance des cryptes



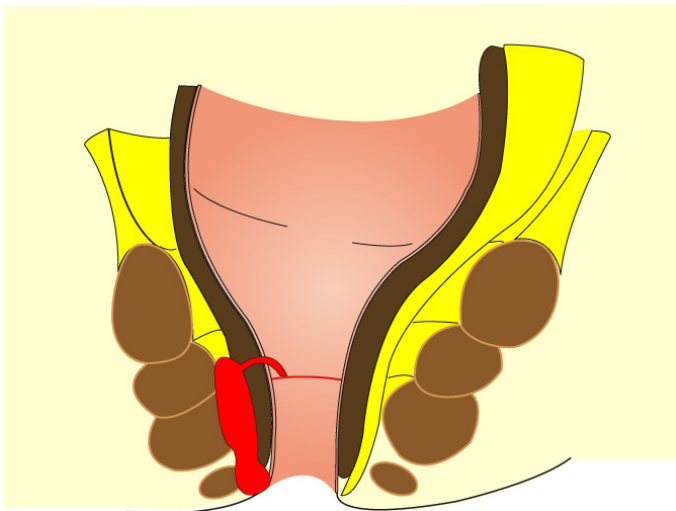
b. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet complexe

- Sont le reflet de lésions négligées *ou* mal traitées
 - Fistules en fer à cheval (*partent d'une crypte et s'ouvrent par 2 orifices externes*)
 - Fistules en Y *ou* en T (*partent d'une crypte et s'ouvrent par 2 orifices, 1 interne et 1 externe*)
 - Abcès en spirale (*cheminent autour du rectum*)



Abcès et fistules de la marge anale

- Abcès avec fistules inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes superficielles ++++
- Très largement majoritaires chez l'enfant
- 50% avant 1 an (90% garçons)
- Au stade d'abcès
 - Tuméfaction rouge et douloureuse proche de la marge anale
 - Le plus souvent antéro-latérale
- Au stade de fistule organisée
 - Petit orifice pouvant laisser suinter du pus



Abcès et Fistules de la marge anale

- Traitement Médical
 - Antiseptiques locaux +/- Antibiothérapie ?
- Traitement Chirurgical d'emblée *ou* après échec traitement médical
 - Sous AG
 - Évacuation de l'abcès + Rechercher la fistule
 - . Écarteurs de Parks
 - . En pressant sur l'abcès non rompu *ou* injection bleu de méthylène *ou* Bétadine®
 - . Stylet mousse par orifice superficiel (*attention aux fausses routes*)



Abcès de la marge anale

- Section *ou* excision de la fistule

Abcès de la marge anale multiples

- Mise en place d'une traction élastique semble préférable
 - . Section progressive du sphincter
 - . Cicatrise au fur et à mesure de la section

Fistule organisée trans-sphinctérienne superficielle

Fistule trans-sphinctérienne haute

2. Abcès et Fistules de la maladie de Crohn

- Inaugurales dans 25% des maladies de Crohn
- Surviennent plus tardivement (*8 – 10 ans*)
- Fistules souvent complexes *et* multiples
- Évolution torpide *et* récidivantes
- Traitement de la maladie de Crohn *mais* parfois parage nécessaire

Abcès et Fistules de la maladie de Crohn



Délabrements périnéaux de la maladie de Crohn

3. L'ecthyma gangrenosum

- Infection cutanée grave à *pseudomonas aeruginosa*
- Surviennent chez enfants immunodéprimés (*hémopathies, déficits immunitaires congénitaux ...*)
- Contexte clinique de syndrome septicémique
- Ulcérations périnéales à fond nécrotique pratiquement sans pus entourées d'un halo inflammatoire
- Antibiothérapie IV en urgence +/- parages chirurgicaux +/- colostomie si nécessaire

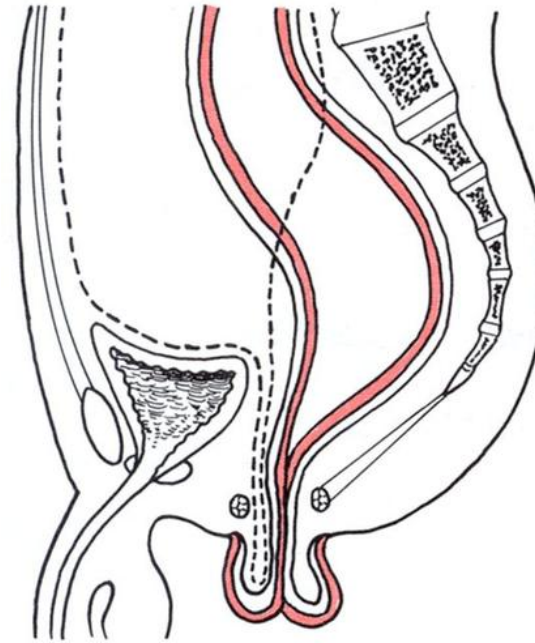
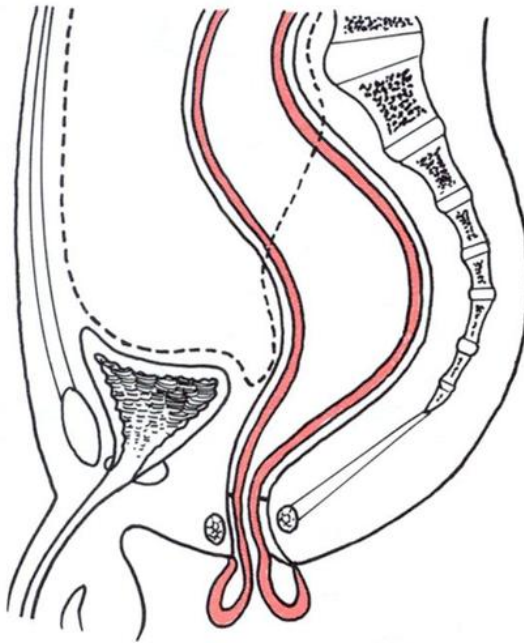
4. Cellulites péri-anales à streptocoque

- Infection à streptocoque hémolytique du groupe A (*prélèvement péri-anaux, pharynx*)
- Lésion partant de l'anus *et* s'étendant dans la région péri-anales sur 2 – 3 cm
- Erythème rouge vif, à limites nettes, parfois associé à un oedème *ou* un suintement
- Parfois extension périnéale si négligée
- Traitement par Pénicilline G/Amoxicilline *ou* macrolide pendant 15j

III. Prolapsus rectal de l'enfant

Anatomie

- Issue à travers l'anus d'une partie de la paroi rectale
 - Le plus souvent limité à la muqueuse rectale ++++
 - Parfois comprend toute la paroi rectale



Etiopathogénie

- Facteurs étiologiques (*station prolongée sur le pot*)
 - Constipation ++++ (*cause la plus fréquente dans les pays occidentaux*)
 - Diarrhée ++++ (*cause la plus fréquente dans les pays en voie de développement*)
 - Autres (*Mucoviscidose, Hirschsprung, psychogène ...*)
- Facteurs favorisants (*anatomiques et fonctionnels*)
 - Laxité des attaches entre muqueuse rectale et musculaire
 - Immaturité des récepteurs (*dyssynergie / mauvaise coordination de la défécation*)
 - Mauvaise fixation du rectum en avant (*OGE peu développés*)
 - Verticalité du sacrum
 - Absence de cap rectal

Présentation clinique

- Boudin cylindrique faisant issue par l'anus

Diagnostic différentiel

- Boudin d'IIA prolapsé à l'anus (*sillon entre le boudin et l'anus*)

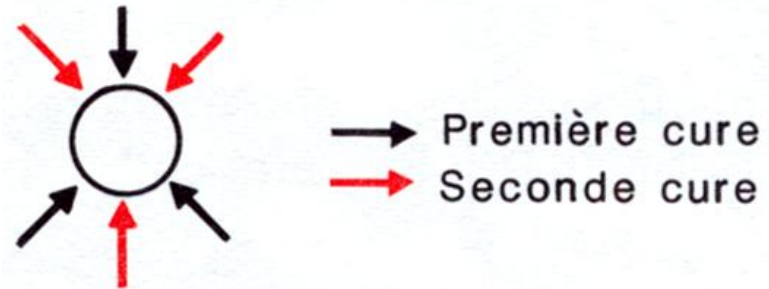
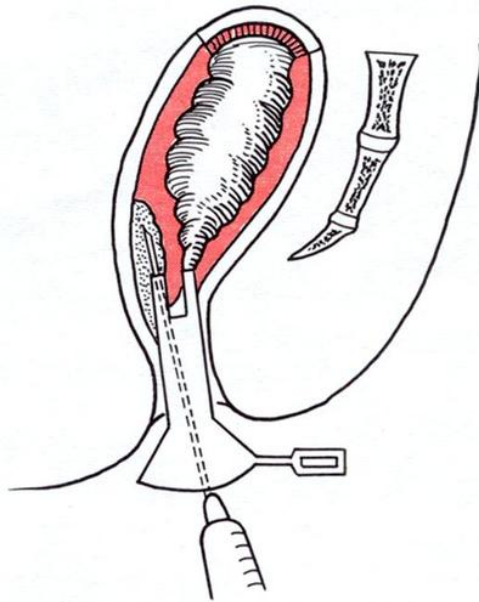
Traitement

- Réduction manuelle du prolapsus par simple pression
- Règles hygiéno-diététiques ++++
 - Lutte contre les troubles du transit
 - Éviter les stations prolongées sur le pot
 - Contention des fesses, par des bandes adhésives ente les défécations ?

Traitement

- Injections sclérosantes

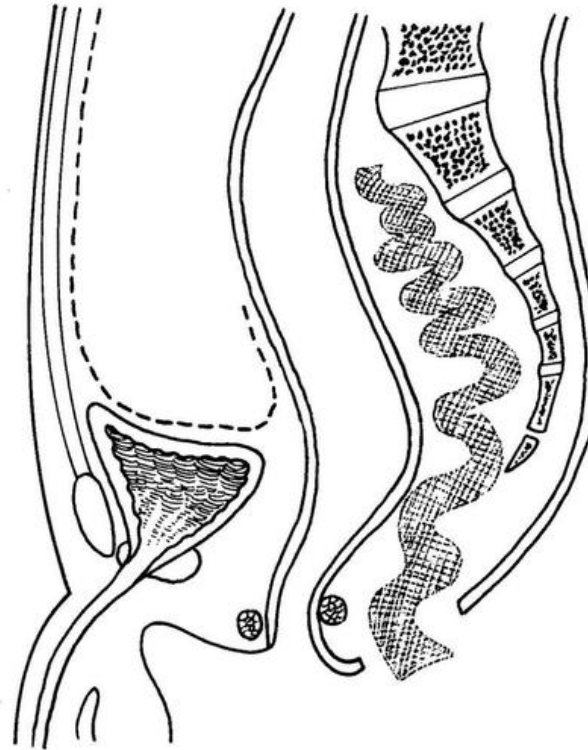
- Sous muqueuses
- Objectif de fixer la muqueuse au plan profond de la paroi rectale
- Agent sclérosant (*chlorhydrate double de quinine-urée à 5%*)
- 2 ou 3 séances espacées de 10 - 15 jours (*injections décalées*)



→ Première cure
→ Seconde cure

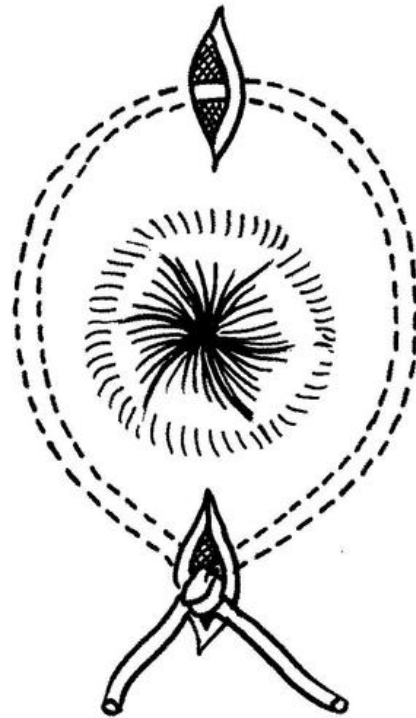
Traitement

- Procédés chirurgicaux
 - Méchage rétro-rectal



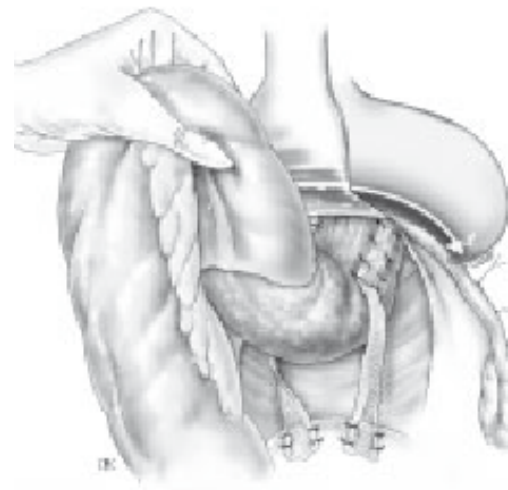
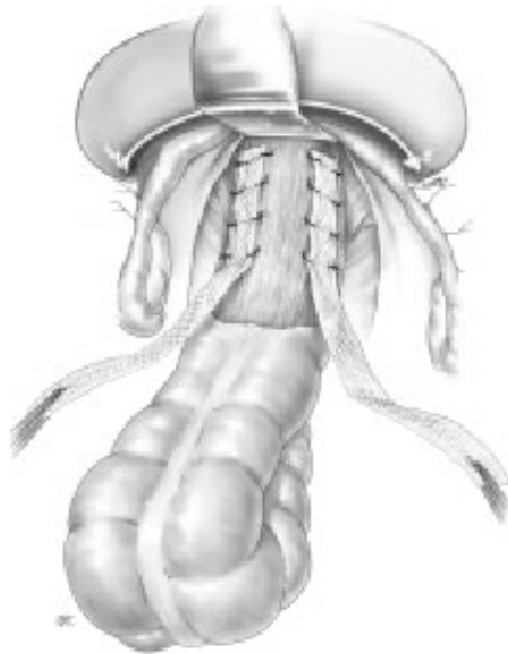
Traitement

- Procédés chirurgicaux
 - Cerclage de l'anus



Traitement

- Procédés chirurgicaux
 - Suspension rectale selon Orr-Loygue-Cerbonnet



Indications

- Médicaux +++++
 - Toujours mesures hygiéno-diététiques
 - Suffisantes à assurer l'absence de récurrence du prolapsus dans majorité des cas
- Injections sclérosantes
 - Si récurrences fréquentes
- Chirurgicaux (*méchage rétro-rectal, Orr-Loygue*)
 - Principalement prolapsus totaux

Adam, 2 mois et demi ...

- Douleurs abdominales + diarrhées depuis 3 jours
- Vomissements alimentaires depuis le matin
- Consultation au SAU
 - Prolapsus rectal qui se réduit facilement
 - Parents formés à la réduction
- Retour à domicile puis nouvelle consultation
 - Prolapsus récidivant
 - Douleurs abdominales persistent + hypotonie

On doit évoquer ...

Adam, 2 mois et demi ...

- Douleurs abdominales + diarrhées depuis 3 jours
- Vomissements alimentaires depuis le matin
- Consultation au SAU
 - Prolapsus rectal qui se réduit facilement
 - Parents formés à la réduction
- Retour à domicile puis nouvelle consultation
 - Prolapsus récidivant
 - Douleurs abdominales persistent + hypotonie

On doit évoquer ...
IIA prolapsée à l'anus ...

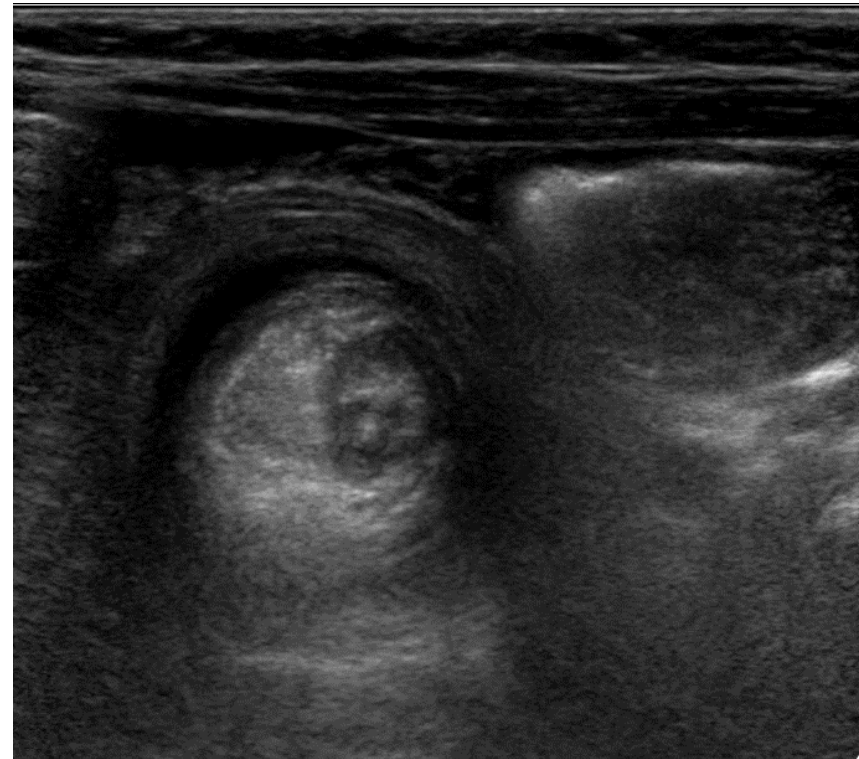
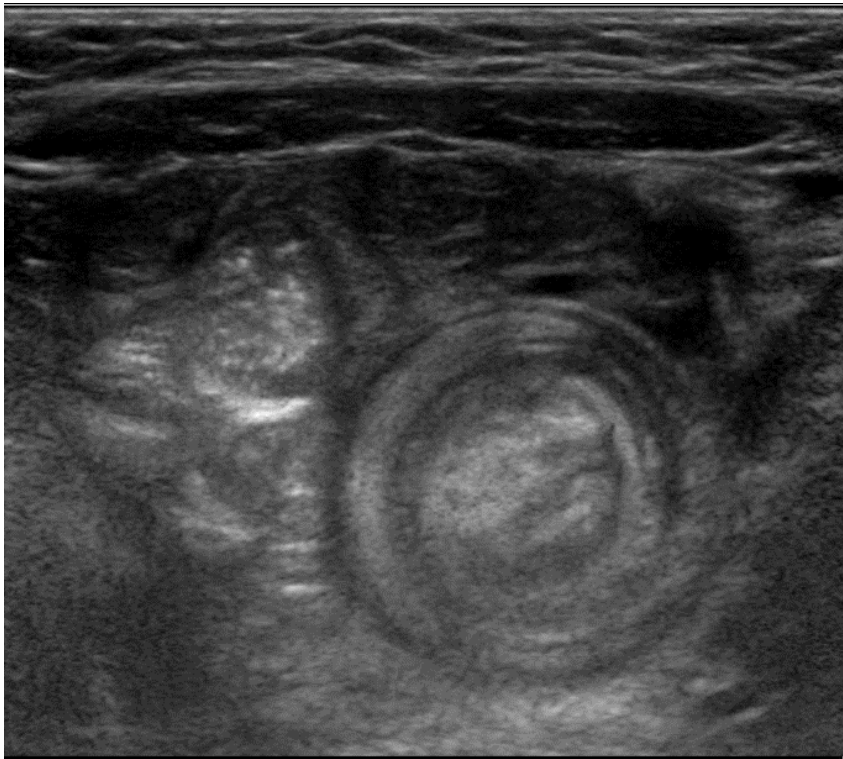
Adam, 2 mois et demi ...

- Douleurs abdominales + diarrhées depuis 3 jours
- Vomissements alimentaires depuis le matin
- Consultation au SAU
 - Prolapsus rectal qui se réduit facilement
 - Parents formés à la réduction
- Retour à domicile puis nouvelle consultation
 - Prolapsus récidivant
 - Douleurs abdominales persistent + hypotonie

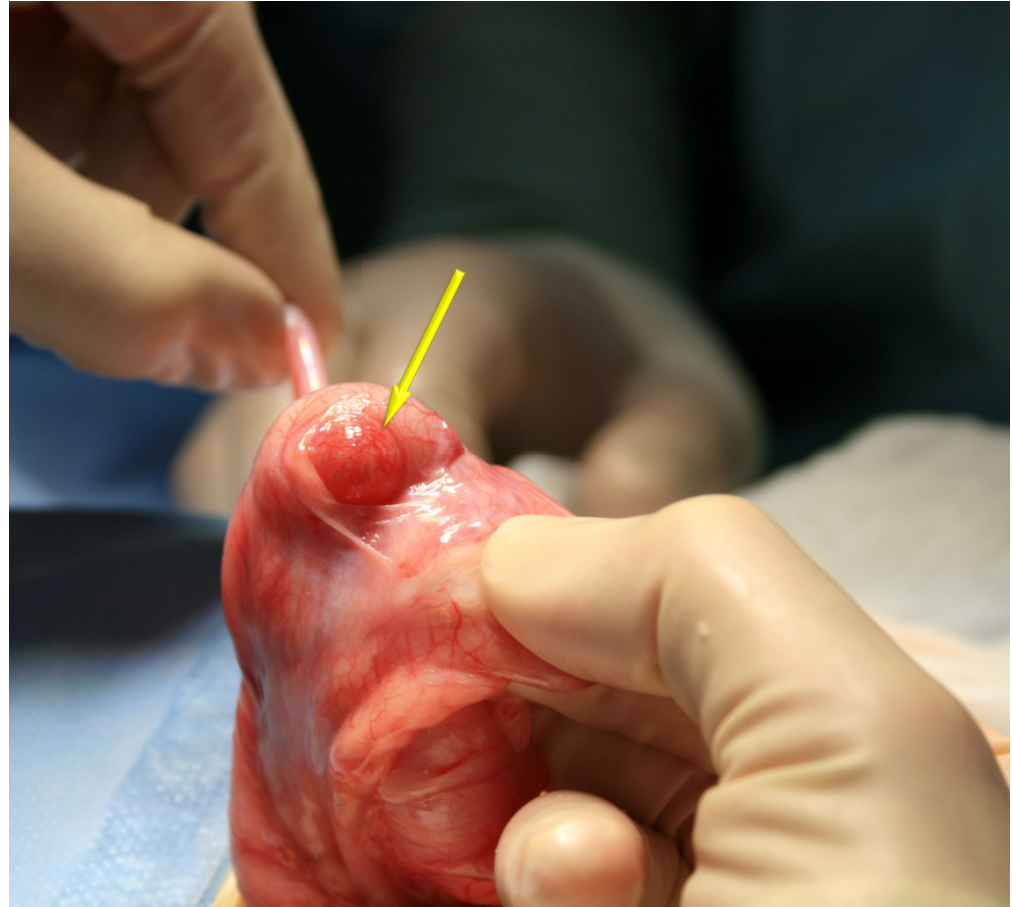
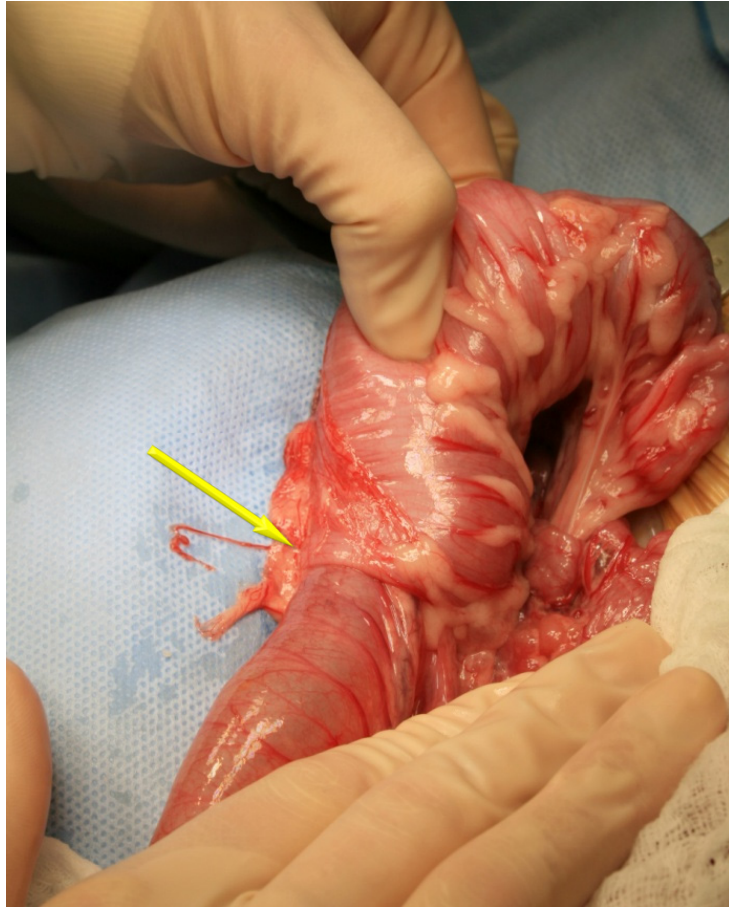
On doit évoquer ...
IIA prolapsée à l'anus ...

 Échographie ++++

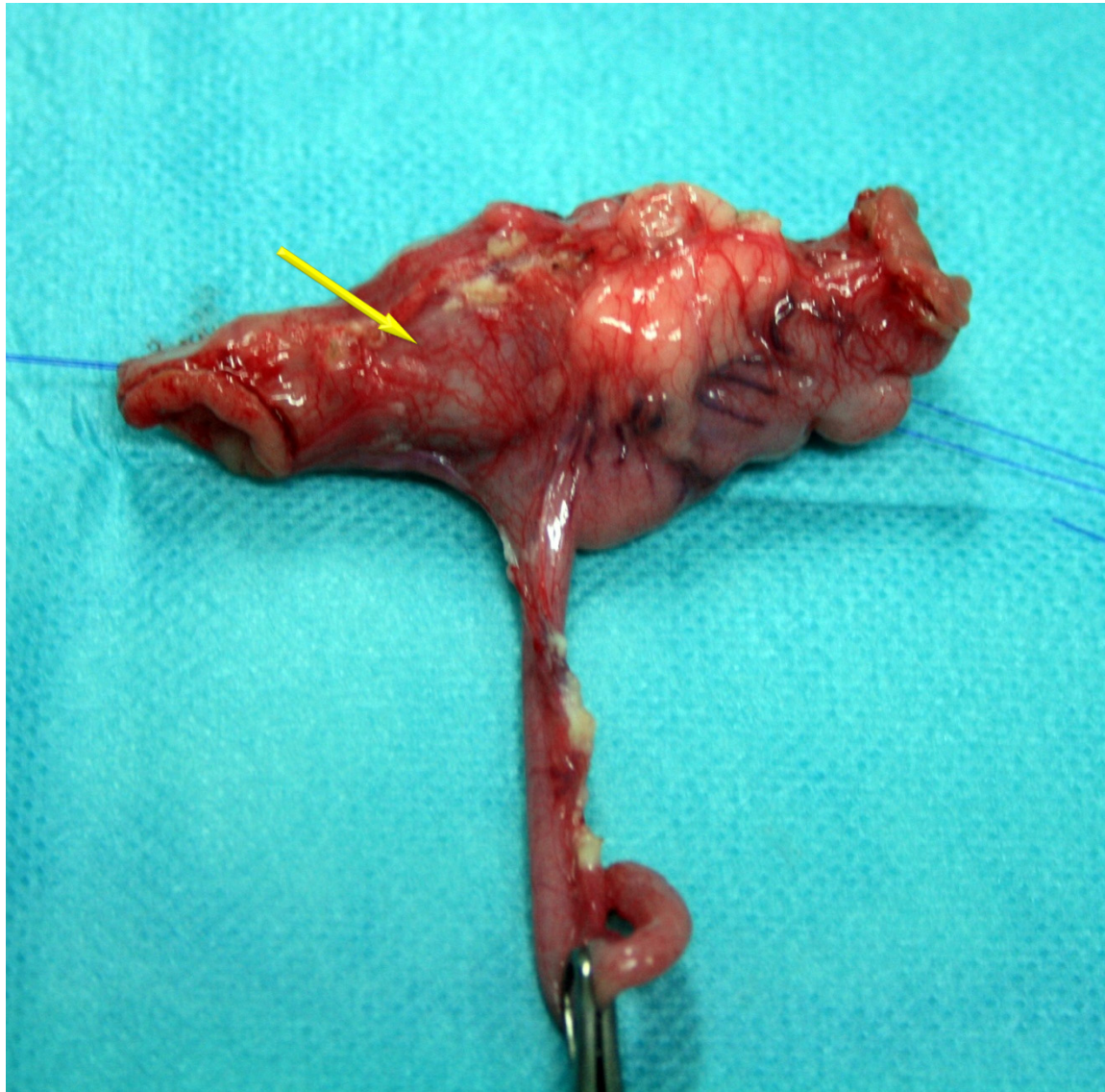
Adam, 2 mois et demi ...



Adam, 2 mois et demi ...



Adam, 2 mois et demi ...



IV. Lésions périnéales traumatiques

Lésions périnéales traumatiques

- Lésions par empalement (*les plus fréquentes*)

- Trans-anales avec lésion de la paroi rectale +/- déchirure sphinctérienne
- Périnéales avec trajet "*en sétou*" court-circuitant le canal anal

Un bilan endoscopique (*rectoscopie*) permet de ne pas méconnaître une lésion haute

- Lésions iatrogènes

- Ulcérations thermométriques
 - . Doivent être évoquées devant une rectorragie isolée du petit enfant (*0 – 2 ans*)
 - . Beaucoup moins fréquentes depuis l'utilisation de thermomètres tympaniques *ou* axillaires
- Perforations par sonde au cours d'un nursing rectal *ou* lavement opaque

Lésions périnéales traumatiques

- Les lésions par sévices

- Leur fréquence est probablement sous estimée
- Doivent être systématiquement recherchées (*mécanisme imprécis ?*)
- Les lésions sphinctériennes sont très fréquentes

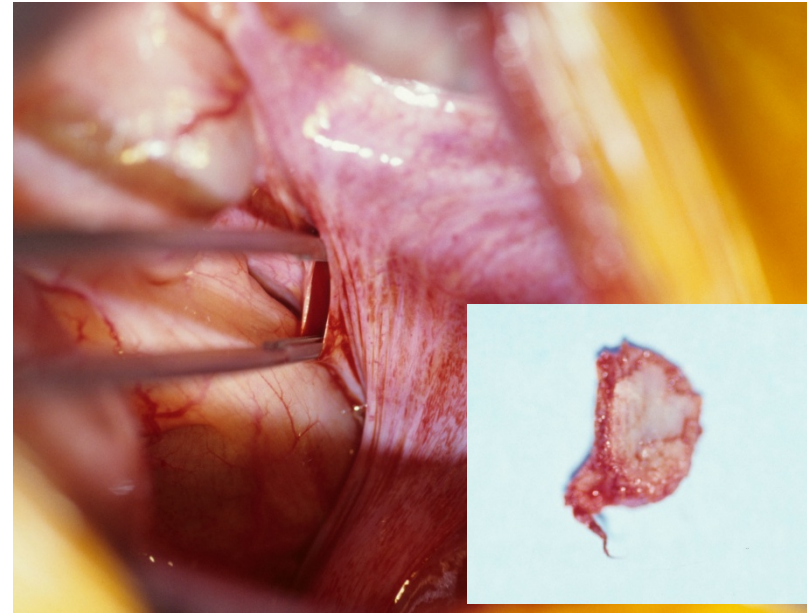
- Les lésions par dépression trans-anale

- Lésions secondaires à une dépression importante
- Le mécanisme le plus fréquent est la bouche de drainage d'une piscine
- Se présentent comme une évagination du rectum avec une paroi dévascularisée
- Complications
 - . Éviscération des anses grêles à travers la paroi rectale
 - . Désinsertion mésentérique avec nécrose étendue du grêle

Empalement *avec* déchirure sphinctérienne

Images François Varlet

Empalement avec plaie du grêle



V. Pathologie tumorale ano-rectale

1. Les polypes rectaux

- Formations tissulaires faisant saillie dans la lumière digestive
- Uniques *ou* multiples (*polypose*)
- 3 types histologiques principaux
 - Les polypes juvéniles
 - . Habituellement isolés *et* bénins
 - Les polypes adénomateux
 - . Exceptionnellement isolés
 - . S'observent habituellement en grand nombre dans le cadre de la polypose familiale
 - Les polypes hamartomateux
 - . Habituellement peu nombreux
 - . Apparaissent au cours de l'enfance et à l'âge adulte dans le cadre du sd de Peutz-Jeghers

a. Les polypes juvéniles

- Le polype juvénile isolé
 - De loin le plus fréquent chez l'enfant
 - S'observe essentiellement entre 2 et 12 ans (*rare après 15 ans*)
 - Unique dans 75% des cas *et* en petit nombre quand multiple
 - Siège dans 70% des cas dans le rectum mais peu toucher tout le cadre colique
 - Se manifeste par des rectorragies récidivantes *et* peut se prolaber à l'anus
 - Évolue habituellement vers l'élimination spontanée
 - Exérèse facile quand extériorisé *ou* extériorisable

- La polypose juvénile

- Prolifération de polypes juvéniles sans potentiel de dégénérescence
- Possible lésions adénomateuses associées qui doivent toujours être recherchées
- 2 formes cliniques

- . La polypose juvénile colique (*la plus fréquente*)

- Familiale dans 50% des cas
 - Plusieurs dizaine à centaine de polypes
 - Se révèle par des diarrhées glairo-sanglantes dans la première décade de la vie
 - Ablation endoscopique des polypes *et* analyse histologique de tous les polypes
 - Risque évolutif est dominé par la coexistence de polypes adénomateux

- . La polypose gastro-intestinale (*beaucoup plus rare*)

- Polypose généralisée du nourrisson
 - Se manifeste par des diarrhée hémorragiques accompagnées de troubles métaboliques
 - Evolution péjorative

b. Les polypes adénomateux

- Le polype adénomateux isolé
 - Exceptionnel chez l'enfant
- La Polypose adénomateuse familiale
 - Transmission autosomique dominante avec 1/3 de cas sporadiques (*mutation de novo*)
 - Collection de polypes adénomateux ou villosités siégeant sur le rectum (*toujours atteint*) et le colon
 - Cancérisation systématique 10-15 ans après l'apparition des polypes
 - Le dépistage présymptomatique (*recto-sigmoidoscopie dès 5 ans*) est un impératif et repose sur
 - . L'identification des familles
 - . Le fond d'œil (*hypertrophie de l'épithélium pigmentaire rétinien observé dans ¾ des cas*)
 - . Le typage génétique (*gène identifié sur le bras long du chromosome 5*)
 - Le traitement précoce (*avant fin de la puberté*) est seul capable d'éviter la cancérisation
 - . Dépend de l'importance de l'atteinte rectale et des possibilités de surveillance
 - . Colo-proctectomie radicale avec anastomose iléo-anale
 - . Colectomie avec mucosectomie rectale
 - . Colectomie avec anastomose iléo-rectale + surveillance rectale

c. Les polypes Hamartomateux

- Syndrome de Peutz-Jeghers

- Transmission autosomique dominante
- Associe polypes hamartomateux à lentiginose péri-orificielle
- Polypes peuvent se développer à partir de 10 ans
- Peu nombreux (*1 à quelques dizaines*) pouvant atteindre tout le tractus digestif
- Localisation rectale dans 12% des cas
- Traitement doit être limité à la polypectomie (*toujours bénins*)

2. Formations tumorales de la marge anale

- Diagnostic évident
- Facilement prélevées
- Caractérisées par leur polymorphisme histologique
 - Fibrolipomes
 - Tératomes
 - Hamartomes
- Celle-ci conditionne la prise en charge *et* le pronostic

Fibrolipome

Image François Varlet

Tératome

Tératome

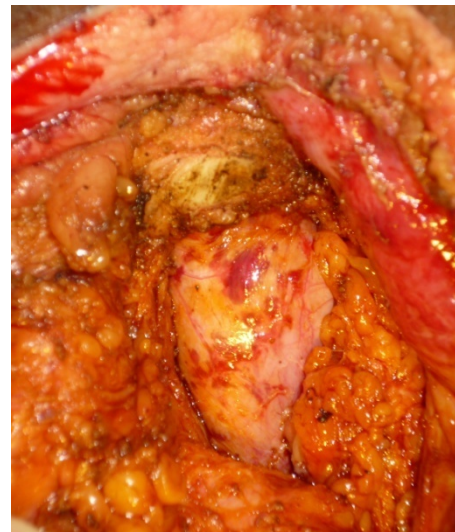
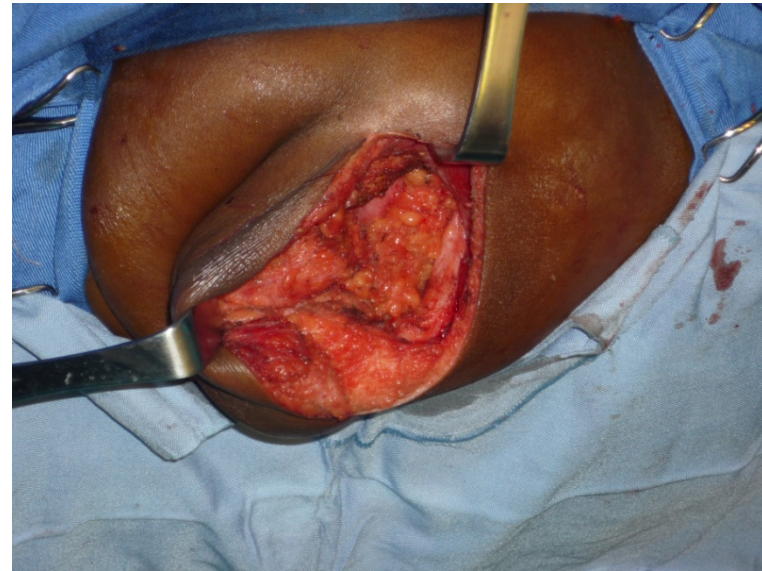
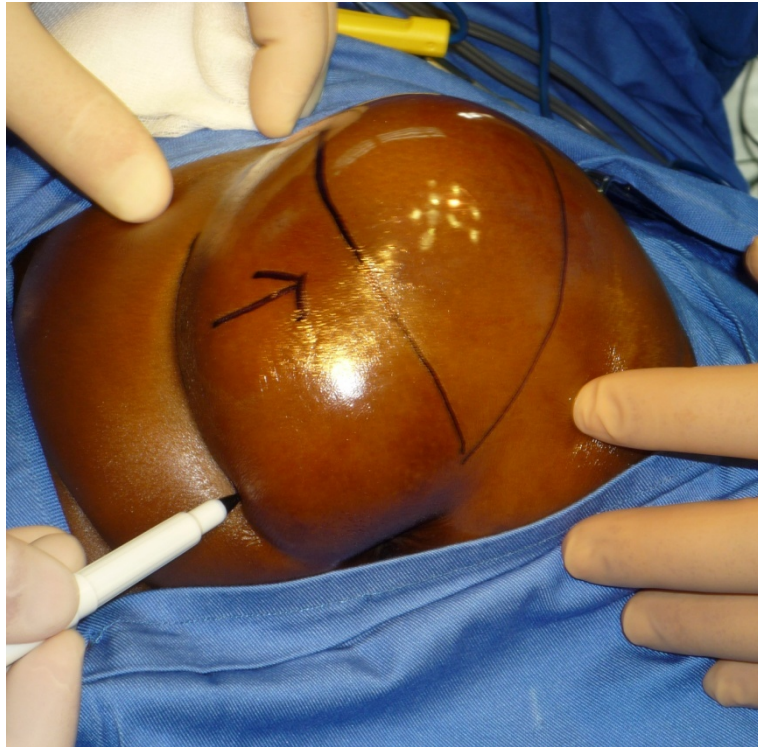
Tératome



Tératome



Tératome



Tératome



VI. Condylomes

Condylomes péri-anaux

- Virus responsable : HPV 6, 11, 16, 18, 2 ?
- Mode de transmission ?
 - Nursing, linge ...
 - Abus sexuel ?

Condylomes péri-anaux

VII. Pathologie hémorroïdaire

Pathologie hémorroïdaire

- Dilatation variqueuse veines hémorroïdales qui drainent le canal anal par 2 réseaux
 - Supérieur (*sous muqueux*) qui se jette dans le système porte par la veine mésentérique inférieure
 - Inférieur (*sous cutané*) qui dépend du système cave par la veine iliaque interne
- Existent-elles chez l'enfant ?
 - controversé
 - *A priori* oui, mais certainement très exceptionnelles
 - Ne pas confondre hémorroïdes et cercle veineux physiologique congestif (*diarrhée, constipation*)

Thrombose hémorroïdaire (9 ans)

VII. Duplications

Duplications

- Exceptionnelles

Duplications

Résumé

- Fissures anales
 - Petit enfant
 - Rôle essentiel de la constipation
 - Attention aux formes secondaires (*Crohn, sévices*)
- Suppurations anales et périnéales
 - Dominées par les abcès *et* fistules primitives
 - Leur traitement est chirurgical
 - Ne pas méconnaître les formes complexes *ou* symptomatiques
- Prolapsus rectaux
 - Principalement muqueux
 - Leur traitement est avant tout médical
- Traumatismes périnéaux
 - Risque de lésions sphinctériennes *et/ou* une perforation digestive

Pour en savoir plus

- Le rectum Pédiatrique (Monographie du Collège National de Chirurgie Pédiatrique).
Sous la direction de J.M. guys. Sauramps medical publisher.
- Atienza P, Méary N, de Parades V et Étienney I. Fistules anales. Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, 9-086-C-10
- Aigrain Y, El Ghoneimi A. Prolapsus rectal de l'enfant . Encycl Méd Chir, Pédiatrie, 4-018-P-50
- Urgences chirurgicales de l'enfant. Pierre-Yves Mure - Jean-Luc Jouve. Abcès et Fistules anorectaux (Crétolle C et Aigrain Y). Traumatismes ano-rectaux (Poli-Mérol ML et Haraux E).