

Pathologie ano-rectale acquise

Pierre-Yves Mure
Lyon

Plan

- Fissures anales
- Suppurations anales et périnéales
- Prolapsus rectaux
- Traumatismes périnéaux
- Pathologie tumorale
- Condylomes
- Pathologie hémorroïdaire

I. Fissures anales de l'enfant

Fissures anales de l'enfant

- Surtout entre 1 à 3 ans ($\varphi > \sigma$)
- 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 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



Les fissures “symptômes”

- **Maladie de Crohn +++++**

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

- **Traumatiques (*sérvices*)**

Doivent être considérées comme suspectes les fissures

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

Maladie de Crohn



Principe du traitement

- **Médical** ++++

- Traiter la constipation ++++

- +

- Traitements locaux (*crèmes cicatrisantes*)

- **Chirurgical** (*exceptionnellement*)

- Injections sclérosantes sous fissuraires

- Excision chirurgicale

II. Suppurations anales et périnéales

Introduction

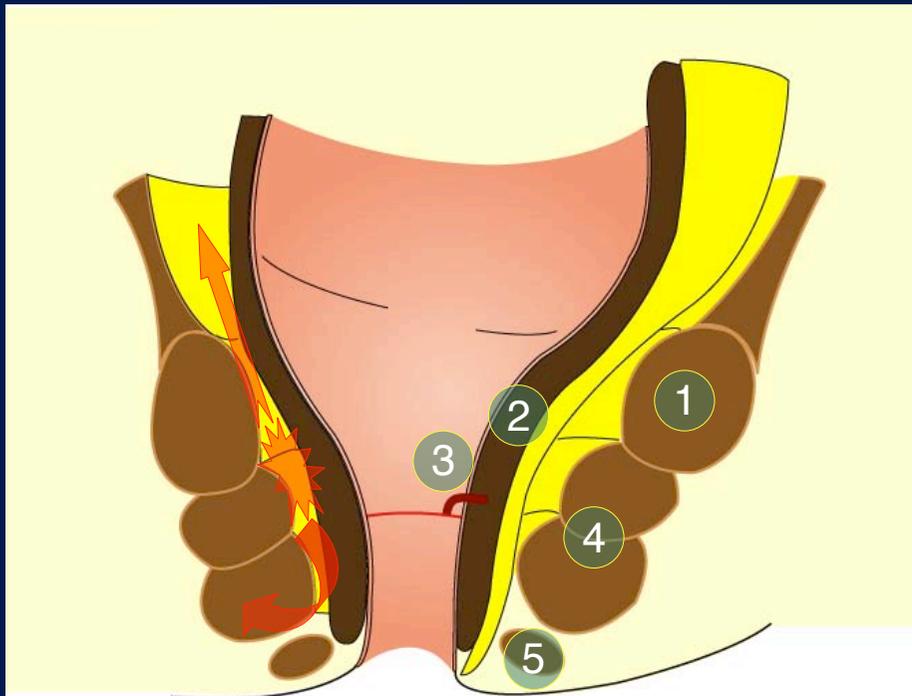
- Regroupent de nombreuses situations cliniques et étiologiques
- Dominées par les abcès et fistules anales primitives
- Ne pas méconnaître les formes symptomatiques (*Crohn, déficits immunitaires...*)

- **Abcès et fistules primitives**
- **Abcès et Fistules de la maladie de Crohn**
- **L'ecthyma gangrenosum**
- **Cellulites péri-anales à streptocoque**

1. Abscès et fistules primitives

2 aspects différents d'une même pathologie

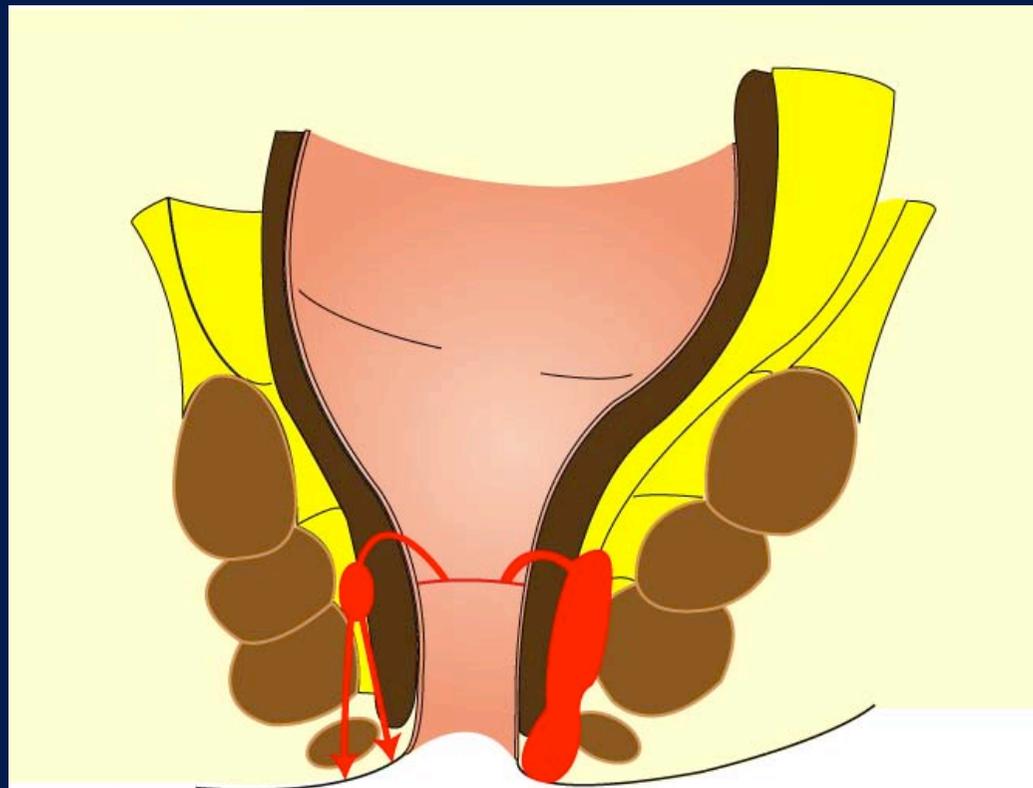
- Infection d'une glande de Hermann et Desfosse (*s'abouche dans crypte de la ligne pectinée*)
- L'abcès se forme dans l'espace inter-sphinctérien et s'étend
 - Soit le long de la couche longitudinale de l'ampoule rectale
 - Soit à travers les sphincters pour s'ouvrir à la peau



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*)

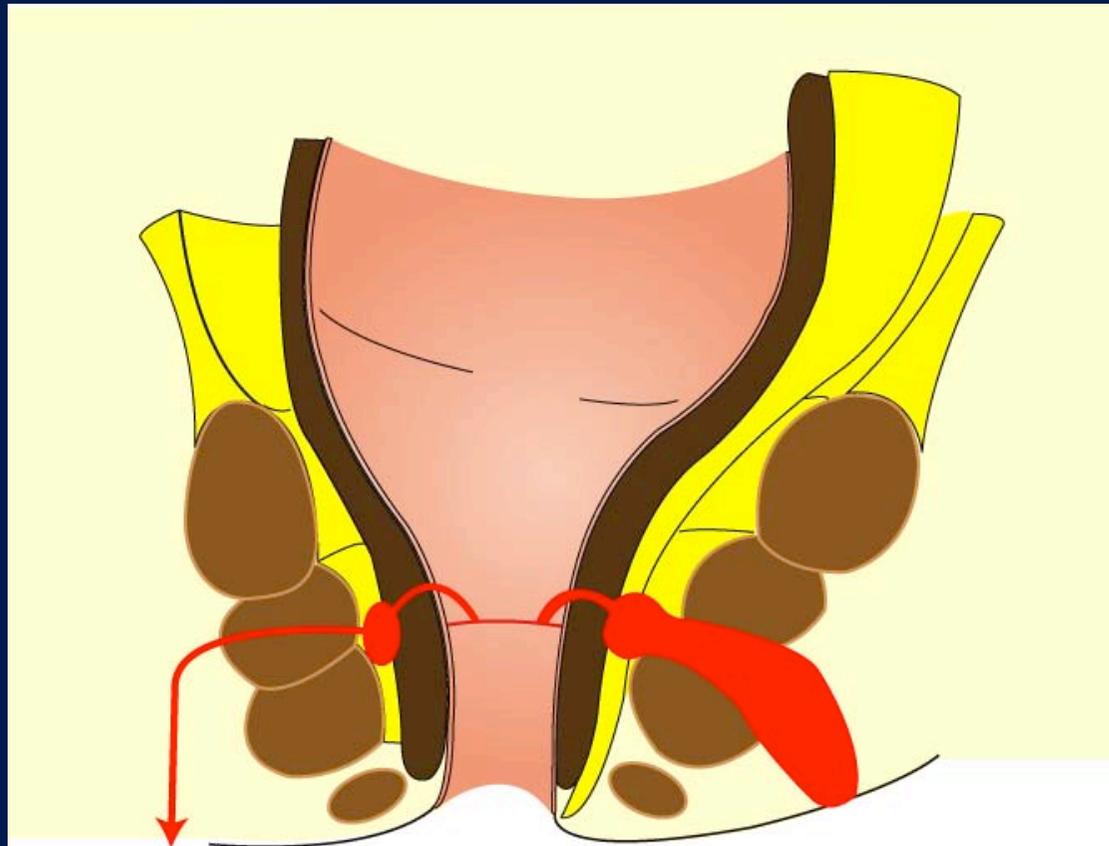
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Abcès et Fistules inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes superficielles (*à travers fms superficielles SE*)



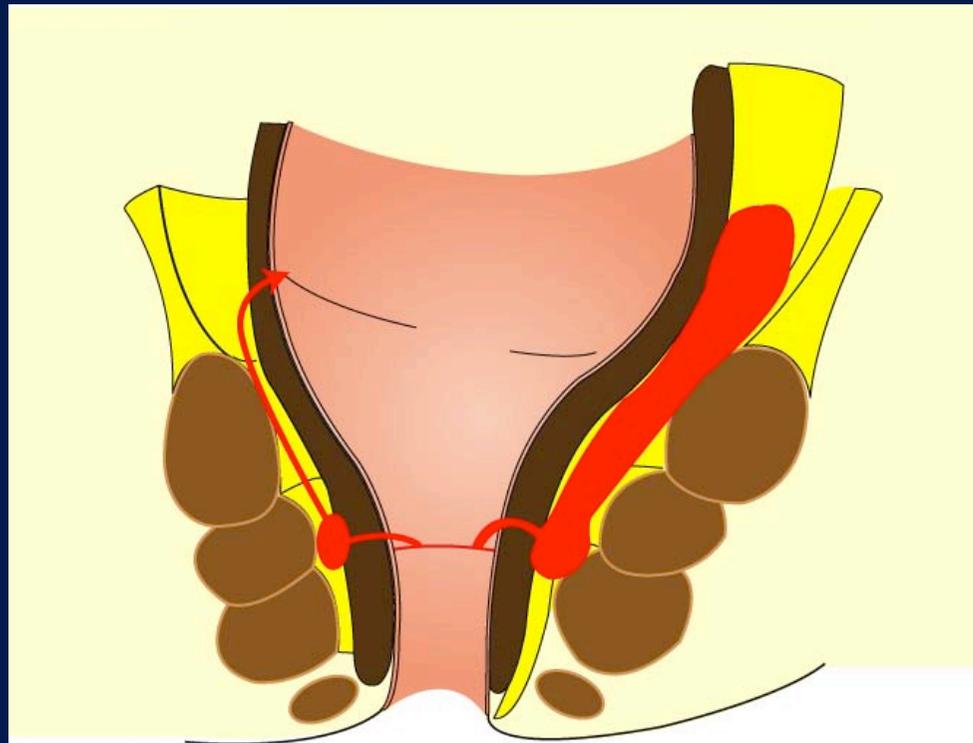
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Abcès et Fistules trans-sphinctériennes hautes (à travers fms profondes SE)



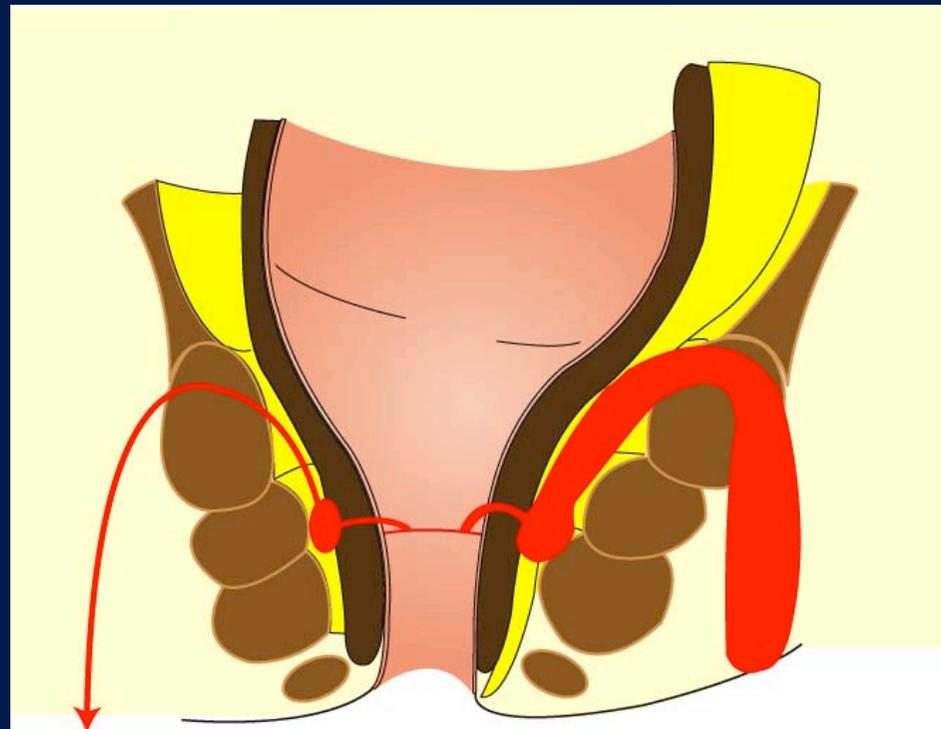
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Abcès et Fistules intra-murales
 - Cheminent le long de la couche longitudinale
 - S'ouvrent dans le rectum à distance des cryptes



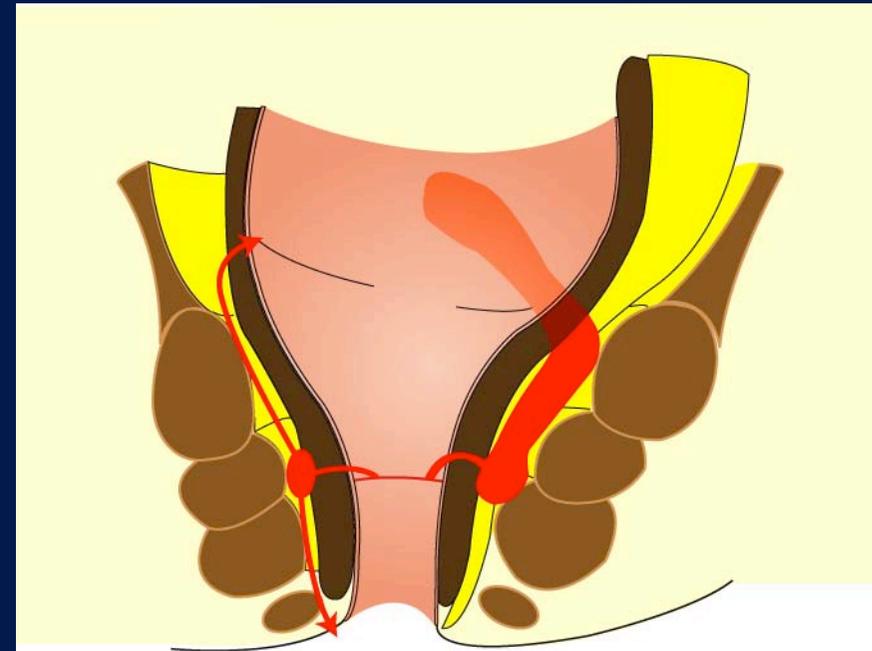
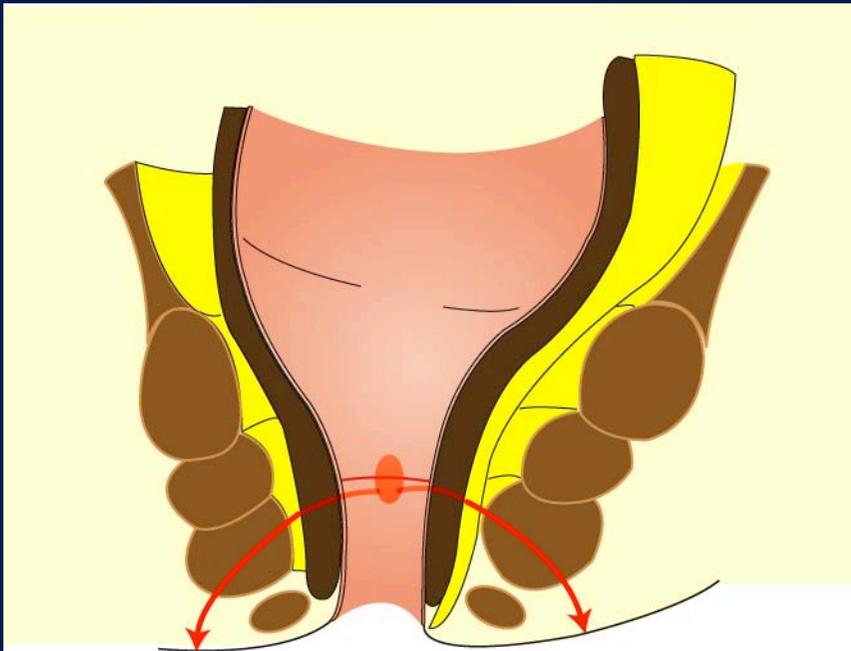
a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct

- Abcès et Fistules 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



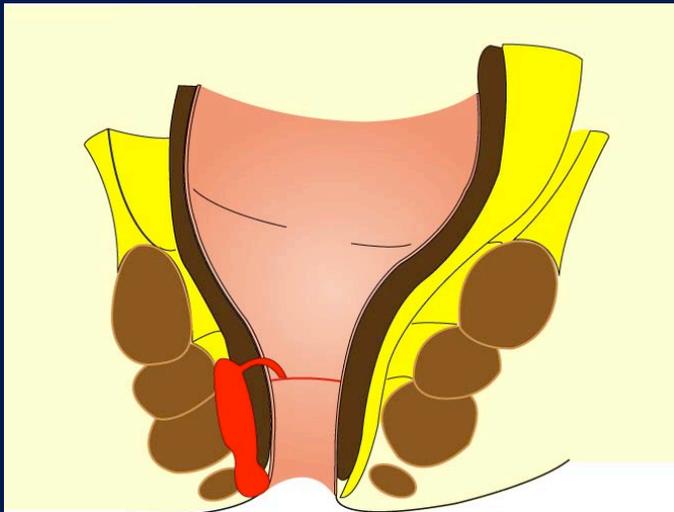
b. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet complexe

- Abcès et Fistules dont le trajet entre orifice interne et externe n'est pas direct
- 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)
- Sont le reflet de lésions négligées ou mal traitées



Abcès et Fistules de la marge anale

- Abcès avec fistules inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes superficielles ++++
- Très largement majoritaires chez l'enfant ($50\% < 1 \text{ an}$)
- 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

“L’antibiothérapie seule n’est pas un traitement adapté à ces lésions, leur traitement est chirurgical”

- 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

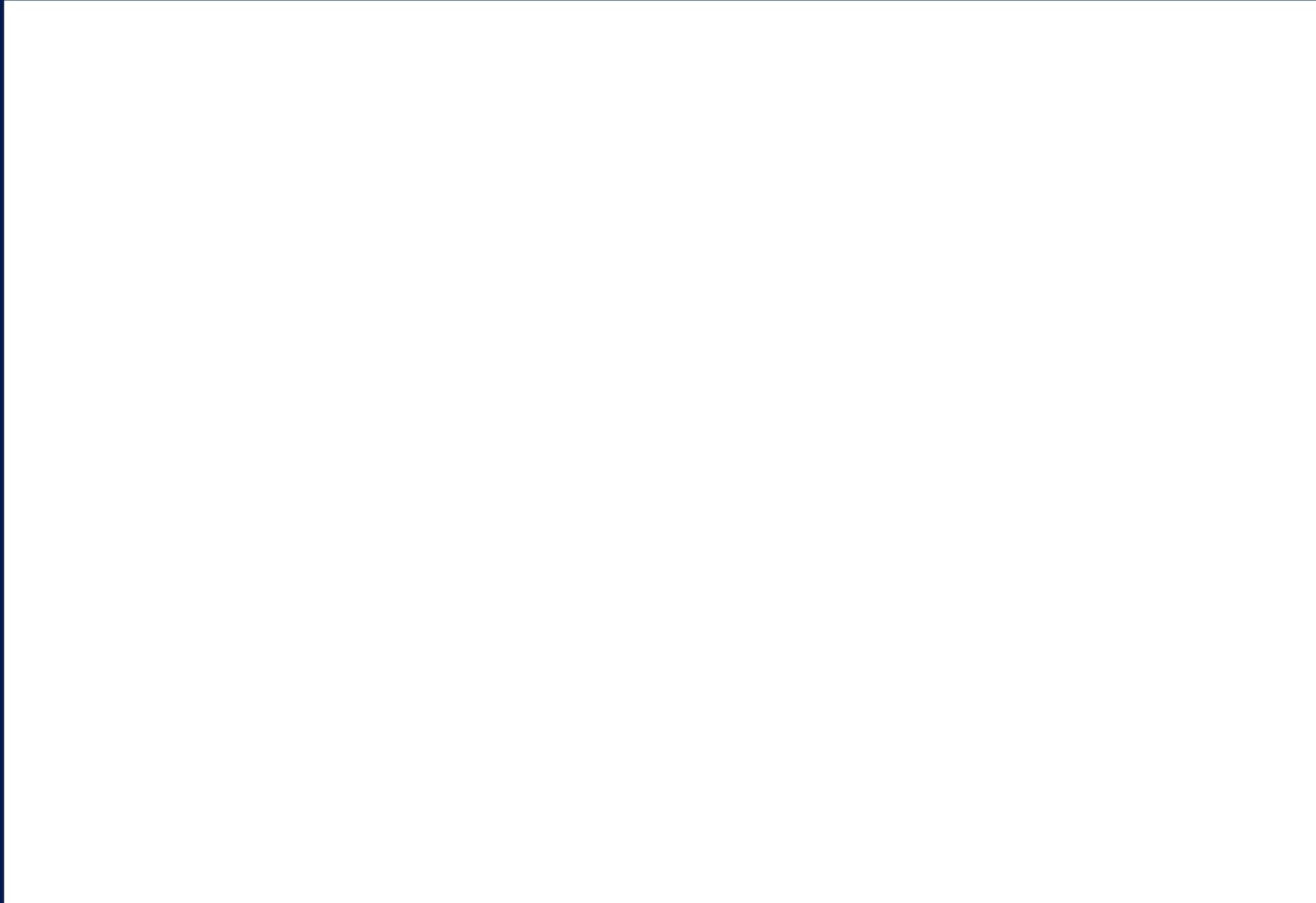
- Section ou excision de la fistule



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 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 immuno-déprimés (*hémopathies, déficits immunitaires congénitaux ...*)
- Syndrome septicémique
- Ulcérations périnéales à fond nécrotique pratiquement sans pus entourées d'un halo inflammatoire
- Antibiothérapie IV en urgence +/- parages chirurgicaux si nécessaire



4. Cellulites péri-anales à streptocoque

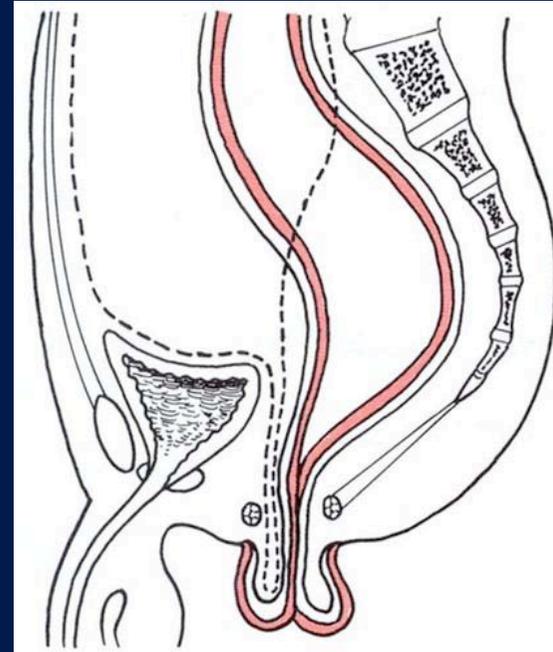
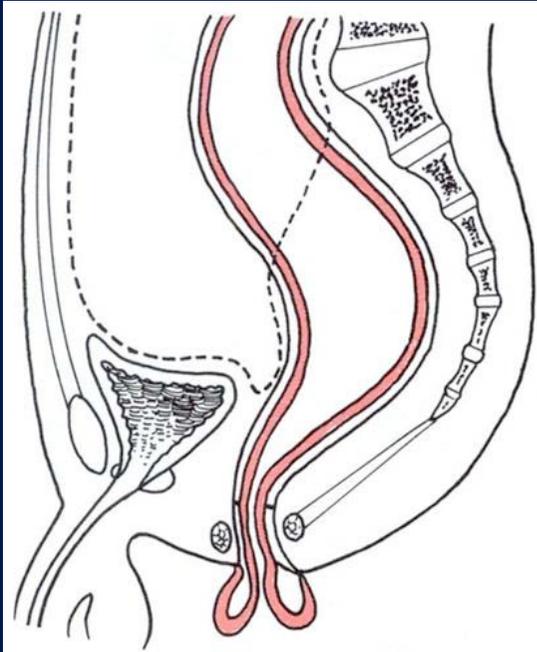
- Infection à streptocoque hémolytique du groupe A (*prélèvement péri-anaux, pharynx*)
- Lésion partant de l'anus et s'étendant dans la région péri-anales sur 2 – 3 cm
- Erythème rouge vif, à limites nettes, parfois associé à un oedème ou un suintement
- Parfois extension périnéale si négligée
- Traitement par 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 (*Muciviscidose, Hirschprung ...*)
- **Facteurs favorisants** (*anatomiques et fonctionnels*)
 - Laxité des attaches entre muqueuse rectale et musculuse
 - Immaturité des récepteurs (*mauvaise coordination de la défécation*)
 - Mauvaise fixation du rectum en avant à 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*)



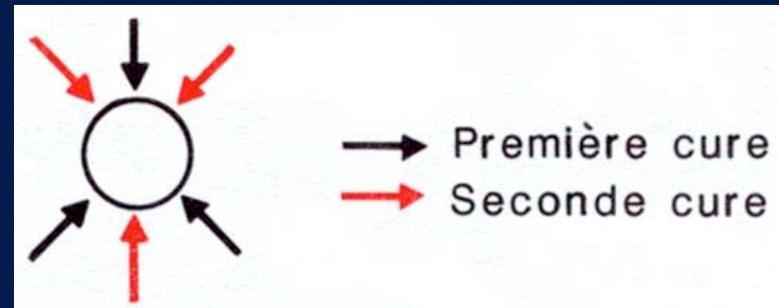
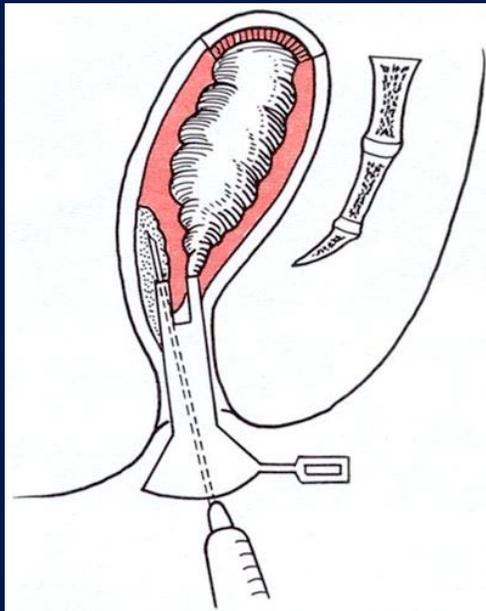
Traitement

- 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

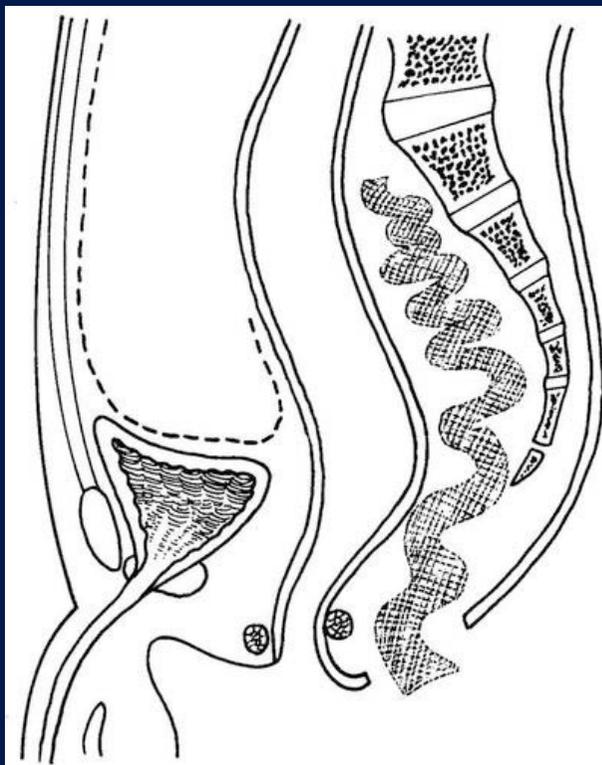
- Injections sclérosantes

- 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 décallées*)



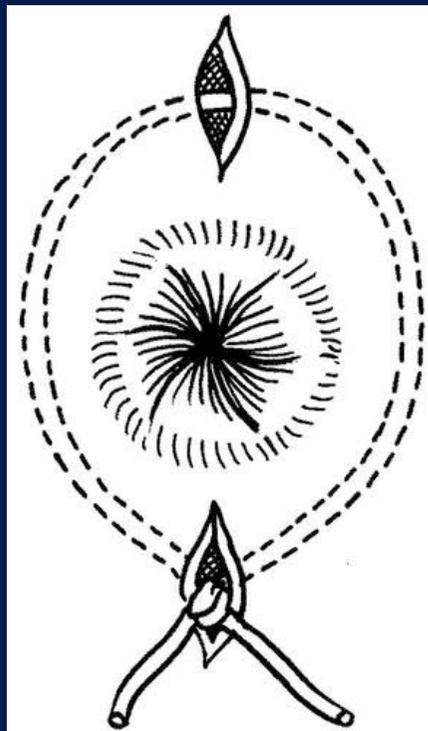
Traitement

- Procédés chirurgicaux
 - Méchage rétro-rectal



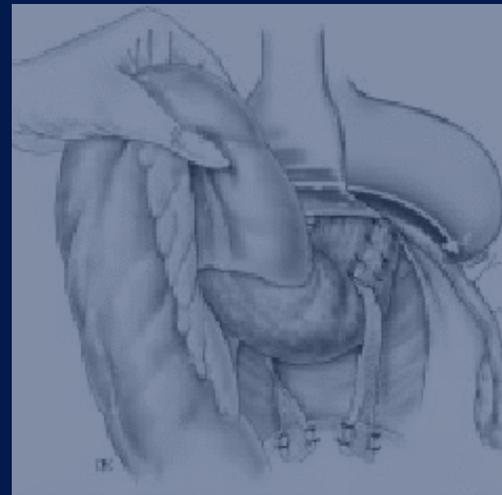
Traitement

- Procédés chirurgicaux
 - Cerclage de l'anus



Traitement

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



Indications

- Médicaux ++++

- Indication des règles de vie hygiéno-diététiques est constante
- 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

IV. Lésions périnéales traumatiques

Lésions périnéales traumatiques

- Lésions par empalement (*les plus fréquentes*)

- Empalement trans-anal avec lésion de la paroi rectale
- Empalement trans-anal avec lésion de la paroi rectale et déchirure sphinctérienne
- Empalement périnéal avec trajet en séton 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 évoqués devant une lésion traumatique au 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 présente 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 peu se prolaber à l'anus
- Évolue habituellement vers l'élimination spontanée
- Exérèse facile quand extériorisé ou extériorisable
- Sinon, recto-sigmoïdoscopie pour exérèse à l'anse diathermique

a. Les polypes juvéniles

- La polypose juvénile

- Prolifération de polypes juvéniles sans potentiel de dégénérescence
- Possible lésions adénomateuses associées qui doivent toujours être recherchées
- On distingue 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 vilieux 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

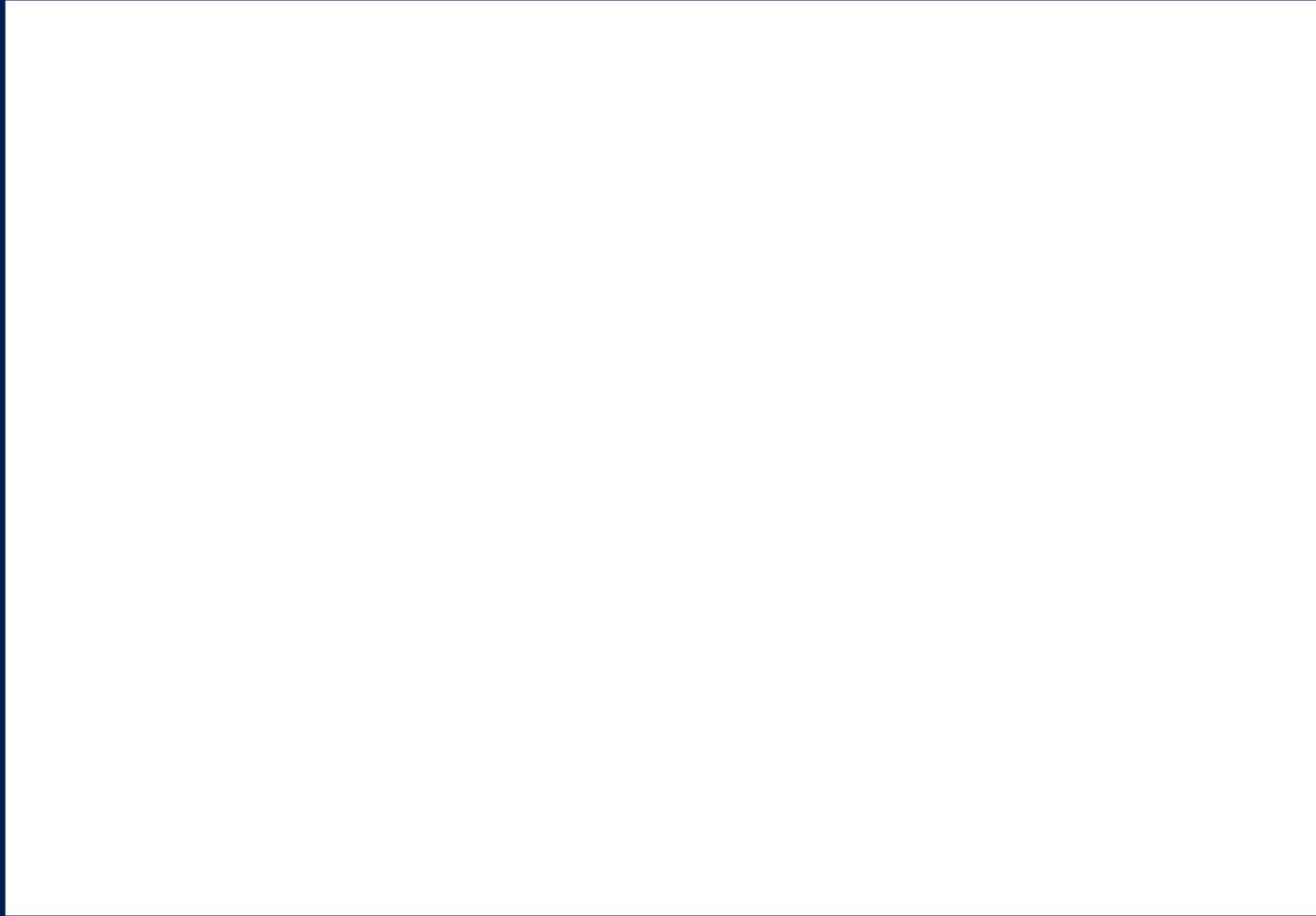
- Diagnostic évident
- Facilement prélevées
- Caractérisées par leur polymorphisme histologique
 - Polypes rectaux prolabés
 - Tératomes
 - Hamartomes
- Celle-ci conditionne la prise en charge et le pronostic

Fibrolipome



Image François Varlet

Tératome



VI. Condylomes

Condylomes péri-anaux

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

Condylomes péri-anaux



VI. 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)



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