



# **Examen proctologique**

**Pr BOUASRIA.H**

# -Interrogatoire :

## 1-Rectorragies

- Ancienneté
- Fréquence
- Rapport avec la selle ( survenant de façon isolée, accompagnant, suivant la selle)
- Abondance : minime, grande ,tachant les sous-vêtements
- Signes d'accompagnement: faux-besoins, ténesme, épreintes, émissions purulentes ou glaireuses, douleurs anales ou abdominales.
- Facteurs favorisant le saignement :
  - ❑ troubles de la coagulation
  - ❑ Antiagrégants plaquettaires
  - ❑ Anticoagulation

- Maladies pouvant occasionner un saignement

NB: aucun caractère de la rectorragie ne permet d'éliminer une lésion maligne.

## 2-Douleur anale:

- Liée à la selle et déclenchée par elle (douleur fissuraire)
- Permanente, indépendante de la selle ( thrombose aigue, abcès , cancer)
- Modifiée par la position: exacerbée par la position assise

Calmée par la position debout et la marche (syndrome du canal d'alcock).

- Horaire : douleur paroxystique nocturne à type de crampes (proctalgie fugace)
- Variable(intensité, localisation, irradiations) permanente,

Ne disparaissant qu'a l'endormissement : algie ano-rectale essentielle.

### 3-Prurit :

- Sensation qui conduit au besoin impérieux de grattage
- Cause dermatologique
- Cause proctologique : suppuration, ulcération, parasitose,...etc
- 50% des prurits restent « essentiels »

### 4-Ecoulements :

- Purulent : sinus pilonidal, maladie de Verneuil
- Fistule ou fissure infectée
- Maladie de crohn, RCH
- Emission glaireuse
- Impression d'humidité anale: prolapsus hémorroïdaire, dermite périanale

## 5- Formations tumorales :

- Thrombose hémorroïdaire externe
- Formations papillomateuses
- Tuméfaction de l'abcès
- Tumeurs malignes, tumeurs bénignes.

## 6-Manifestations liées à la défécation:

- Faux besoins, ténesme, épreintes ( pathologie tumorale, inflammatoire)
- Procidence hémorroïdaire, prolapsus rectal, papille hypertrophiée prolabée.
- Exonération difficile: sensation de vidange incomplète.
- Troubles de la continence:
  - Permanent ou intermittent
  - Nature de l'incontinence : gaz, selles liquides ou solides .

- Antécédents chirurgicaux au niveau de l'anus.
- Antécédents chirurgicaux obstétricaux (accouchement dystocique).

## Examen:

### 1-Inspection :

- Position genu-jugable; décubitus latéral gauche (sujet non valide).
- Bon éclairage centré sur l'anus.
- Anomalie de surface : ulcération , tuméfaction, orifices  
Écoulement anormal.

### 2-Le toucher:

Le toucher comporte trois temps :




1-Externe: palper la région périanale (induration, écoulement)

2-canal anal : tonicité de l'appareil sphinctérien.

Rétrécissement

Induration, thrombose interne, formations papillomateuses .

3-Temps rectal : (Explorations des différentes faces)

- Lésion pariétale (tumeur).
  - Lésion intramurale (abcès de la couche longitudinale du rectum)
  - Lésion extrinsèque: prostate, utérus, adénopathie.
- 

\*Décubitus dorsal , cuisses fléchies en demandant au malade de pousser: explorer la face postérieure et la partie haute du rectum.

## Anuscopie:

- Bon éclairage.
- Muqueuse rectale basse : teinte, fragilité, épaisseur, plages hémorragiques enduit purulent, ulcérations, lésion tumorale basse.
- Retrait progressif :
  - Zone hémorroïdaire interne.
  - La ligne pectinée.
  - Le canal anal sous-pectinéale



# Rectoscopie :

- ❖ Préparation par mini lavement
- ❖ Rechercher :
  - Colite inflammatoire
  - Formation tumorale ( bénigne, maligne)
- ❖ Biopsie rectale.