



SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

Société Nationale Française
de Colo-Proctologie

DOULEUR

SAIGNEMENT

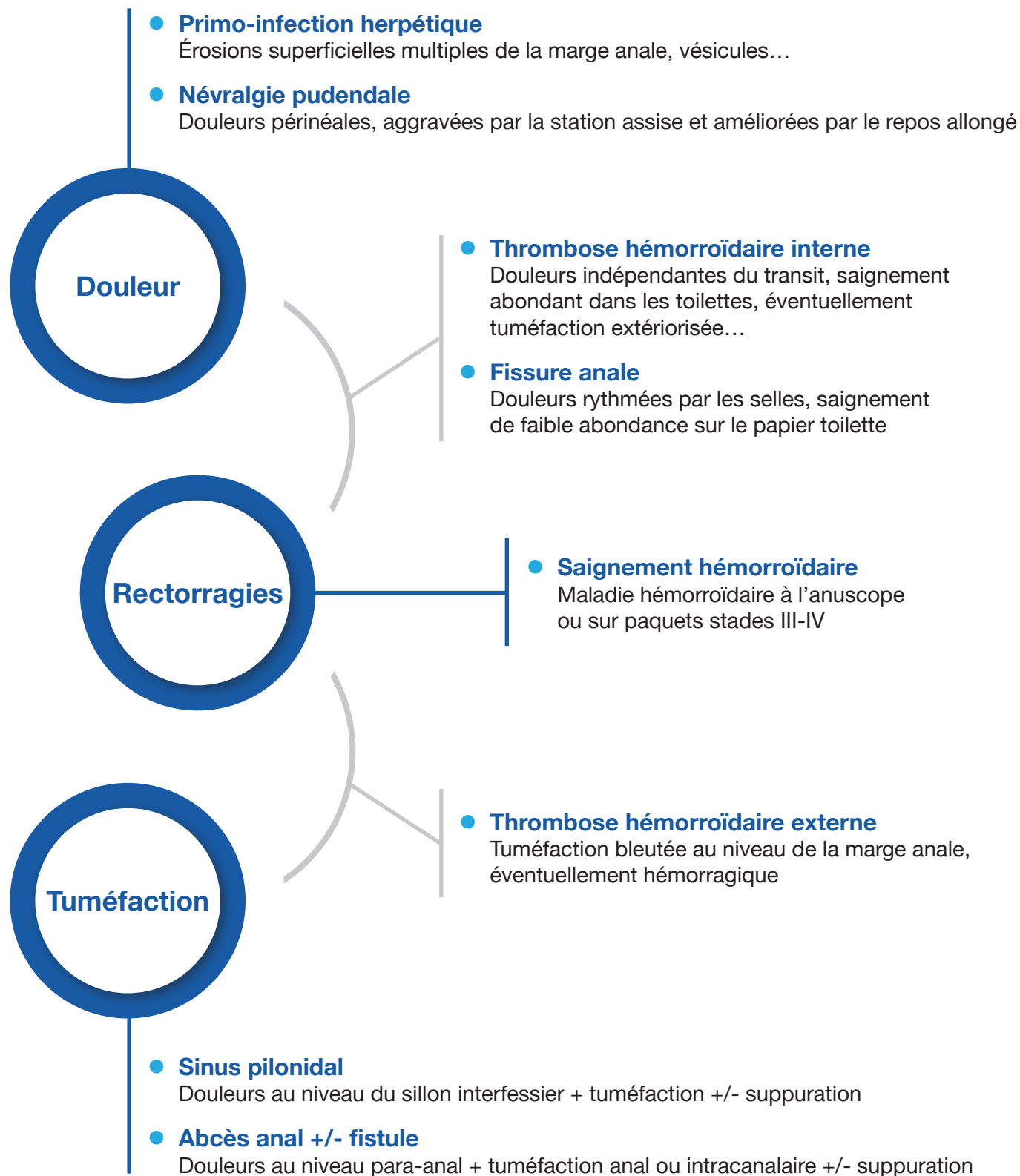
SYNDROME RECTAL

TRAUMATISME

Mini guide des urgences en proctologie



Les symptômes clés





➤ Symptômes

- **Toujours présents** : douleur permanente, insomniante
- **Souvent présents** : tuméfaction
- **Peu manqués** : fièvre, frissons (sont des signes de gravité)

➤ Pièges diagnostiques

- Pseudo crise hémorroïdaire mise sous AINS qui vont aggraver l'infection
- Forme peu douloureuse chez le sujet âgé, diabétique
- Abcès de la paroi de l'ano-rectum (forme intramurale), uniquement perçu au toucher ano-rectal

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Caractère permanent, insomniant de la douleur qui n'est pas rythmée par la défécation
- A l'examen périanal infiltration, tuméfaction, érythème, douleur à la pression
- Au toucher ano-rectal les formes intramurales

➤ Examens complémentaires

L'IRM est exceptionnellement nécessaire pour poser le diagnostic, elle aide au bilan des formes complexes (MICI, multiopéré...)

➤ Risque évolutif

Gangrène gazeuse, septicémie

➤ Traitement

- Urgent, à mettre en place dès le diagnostic établi
- Drainage par incision sous anesthésie locale le plus souvent possible, sinon au bloc opératoire
- La recherche d'une fistule sous-jacente ne sera possible qu'au cours d'une exploration au bloc opératoire, soit immédiate, soit secondaire. Pour certains la fistule ne sera pas recherchée

systématiquement. Par exemple surtout en cas de récurrence ou de formation secondaire d'une fistule pour l'école anglo-américaine

- Antibiotiques inutiles, sauf terrain fragile
- Pas d'AINS

➤ Surveillance

Si réapparition de signes locaux refaire drainage

En images



Forme typique (1)



Forme typique (2)

Infiltration inflammatoire
chez un multiopéré

Incision (1)



Incision (1)



Drainage au bloc opératoire



Kyste sébacé abcédé de la région anale

#2

➤ Symptômes

- **Toujours présents** : tuméfaction rénitente, inflammatoire, douloureuse
- **Parfois** : fièvre, adénopathie inguinale sensible

➤ Pièges diagnostiques

- Confondre avec un abcès fistuleux anal (exploration sous AG inutile, risque de créer un faux trajet fistuleux)
- Une tumeur sous cutanée type lipome peut avoir un aspect extérieur comparable à un kyste sébacé non infecté

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- L'existence d'une lésion (« un bouton ») cutanée ancienne décrite par le (la) patient(e), se manifestant régulièrement et étant devenue douloureuse depuis peu
- Siège éloigné de l'anus, sur une zone de frottement, inflammation limitée au derme sans infiltration de la fosse ischio-rectale
- Existence d'autres lésions cutanées inflammatoires ou cicatricielles, terrain acnéique
- L'issue de sébum, matière crayeuse, à l'incision de la masse
- En cas de doute diagnostique, l'imagerie (échographie ou IRM) peut aider à trancher entre kyste sébacé et fistule abcédée, ou entre kyste sébacé et lésion tissulaire

➤ Risque évolutif

L'infection est en général limitée, mais risque théorique de gangrène gazeuse, septicémie, surtout si facteurs de risque (diabète mal contrôlé, immuno dépression)

➤ Traitement

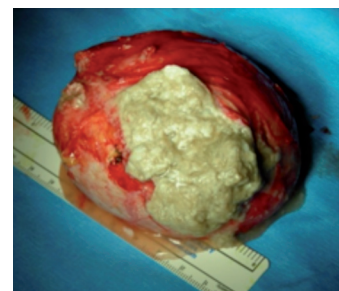
- Urgent si abcédation, à mettre en place dès le diagnostic établi > drainage par incision sous anesthésie locale le plus souvent possible, sinon au bloc opératoire

- Antibiotiques inutiles, sauf terrain fragile
- Pas d'AINS
- Soins de propreté et protection
- Risque de récurrence si la paroi du kyste et/ou la coque fibreuse des lésions anciennes n'est pas réséquée

➤ Surveillance

Pas systématique si le (la) patient(e) demeure asymptomatique

En images



Kyste sébacé géant



Kystes sébacés non infectés de la marge



Incision, évacuation dans le pus du kyste et de son contenu sébacé



Maladie de Verneuil

#3

➤ Symptômes

- Episodes d'infection aiguë avec abcès, rarement fièvre
- Nodules fermes peu douloureux et violacés puis suppuration chronique ano-périnéale +/- associée à des lésions des plis de l'aine, du scrotum, de la zone pubienne, des aisselles, autour des mamelons, derrière les oreilles
- **Stade I de Hurley** : Atteinte unique ou multiple sans fistule ou tissu cicatriciel
- **Stade II de Hurley** : Abcès récidivant avec fistules et cicatrices - unique ou multiple et lésions non coalescentes
- **Stade III de Hurley** : Atteinte diffuse avec multiples abcédations interconnectées et trajets fistuleux

➤ Pièges diagnostiques

Abcès mimant une suppuration anale ou un sinus pilonidal

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Histoire clinique
- Localisation multiple des suppurations
- Aspect cicatriciel des placards inflammatoires
- Pas d'examen complémentaire

➤ Risque évolutif

Abcès, extension des lésions par des phénomènes infectieux/inflammatoires répétés

➤ Traitement

- **Hurley II** : Poussée aiguë : amoxicilline-acide clavulanique (50 mg / Kg / j) ou pristinamycine 3 g / j (en 3 prises) pendant 7 j, +/- Mise à plat de l'abcès
- **Hurley III** : Traitement antibiotique périopératoire à froid

➤ Surveillance

- Pas de surveillance systématique
- Adaptée aux symptômes

En images



Aspects typiques avec déformations scléreuses, orifices suppuratifs, placards inflammatoires



Association avec un sinus pilonidal



Suppuration pilonidale

#4

➤ Symptômes

- Tuméfaction plus ou moins douloureuse, plus ou moins suintante au niveau du sillon interfessier
- Abcédation aigüe au niveau du sillon interfessier ou latéralisé
- Dans de rares cas : forme fistulisante autour de l'anüs

➤ Pièges diagnostiques

Fistule anale

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Présence de pertuis au niveau du sillon interfessier
- Présence de poils dans l'abcès ou dans les pertuis

➤ Examens complémentaires

- Aucun n'est nécessaire au diagnostic
- Une échographie est souvent pratiquée, elle peut donner une idée de la taille et du nombre des lésions, mais sa sensibilité et spécificité ne sont pas très bonnes

➤ Risque évolutif

Aucun

➤ Traitement

- En urgence : mise à plat de l'abcès
- Pas de traitement antibiotique nécessaire sauf terrain fragile
- AINS contre-indiqués

➤ Surveillance

Surveillance de la régression de la suppuration aigüe pour résection du sinus à distance

En images



Fossettes pathognomoniques sur le sillon interfessier



Fossette et orifice secondaire de fistulisation



Incision urgente sous locale d'un kyste pilonidal infecté



Trombose hémorroïdaire externe

#5

➤ Symptômes

- Douleur anale permanente très vive d'apparition brutale
- Perception d'une tuméfaction douloureuse
- Rarement : tuméfaction anale sans douleur

➤ Pièges diagnostiques

- Abcès de la marge anale
- Fissure anale
- Marisque anale inflammatoire
- Tumeur bénigne ou maligne

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Tuméfaction bleuâtre douloureuse située sous la peau, au niveau de la marge anale
- Taille, étendue en circonférence, nombre, œdème variables

➤ Risque évolutif

- Aucun risque
- Résorption spontanée constante
- Parfois érosion et saignement
- Parfois transformation en marisque hémorroïdaire

➤ Traitement

- Traitement médical rapide toujours indiqué de première intention :
 - Antalgiques simples
 - AINS
 - Veinotoniques à forte dose
 - Topiques
 - Laxatifs
- Si la douleur n'est pas soulagée par le traitement médical en phase aiguë (< 3 jours) et si non ou peu oedémateuse, en cas de thrombose unique : incision ou excision de la thrombose sous anesthésie locale
- Au-delà de 3 jours ou si thromboses multiples : traitement médical

➤ Surveillance

Disparition de la douleur

Aussi :

www.snfcpc.org/fiches-pratiques/fiches-techniques/hemorroides-fiches-techniques/faire-devant-thrombose-hemorroidaire-service-non-specialise-2014/

En images



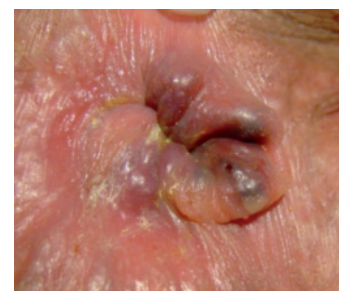
Thrombose externe unique



Thrombose externe circulaire et thrombose interne visible



Erosion spontanée de la thrombose (+ oxyure)



Thromboses externes circulaires



Trombose hémorroïdaire interne

#6

➤ Symptômes

- Douleur anale permanente très vive d'apparition brutale
- Perception d'une tuméfaction douloureuse
- Suintement, saignement
- Rarement : tuméfaction anale sans douleur

➤ Pièges diagnostiques

- Abscès de la marge anale
- Fissure anale
- Marisque anale inflammatoire
- Tumeur bénigne ou maligne

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

Tuméfaction rouge, plus ou moins nécrotique, érodée, douloureuse extériorisée par l'orifice anal (thrombose prolabée)

➤ Risque évolutif

- Aucun risque, guérison spontanée constante
- Parfois saignement dû à l'érosion mécanique
- Même un aspect nécrotique n'est pas un signe péjoratif

➤ Traitement

- **Traitement médical de première intention :**
 - Antalgiques simples
 - AINS
 - Veinotoniques à forte dose
 - Laxatifs
 - Soins locaux et topiques +/- associés à un anesthésique local
- **Éventuellement :** Réduction du paquet prolabé et thrombosé sous couvert d'une anesthésie locale (par gel anesthésique) associé à un décongestionnant (sucre en poudre, permettant de réduire l'œdème) et à de la glace (anti-inflammatoire, anesthésique)

- Exceptionnellement les formes étendues et très douloureuses chez un patient déjà gêné depuis longtemps peuvent relever d'une chirurgie raide

➤ Surveillance

- Disparition de la douleur
- Absence d'apparition de fièvre (évocateur d'un diagnostic différentiel)

En images



Thrombose interne extériorisée et thrombose externe homolatérale



Thrombose interne prolabée nécrotique en surface



Thrombose interne et externe, ulcérations mécaniques



➤ Symptômes

- **Toujours présents** : douleur rythmée par la selle, pouvant durer des heures, parfois réveillée par les mouvements
- **Souvent présents** : saignement à la selle
- **Peut exister** : tuméfaction externe (marisque satellite), constipation réflexe (ou primitive)

➤ Pièges diagnostiques

- **Abcès** : la douleur y est permanente, elle existe dès le réveil avant la selle
- **Crise hémorroïdaire** : la douleur est permanente, associée à une tuméfaction externe
- **La douleur fissuraire ne présume pas de l'étiologie** : infectieuse (syphilis...), maligne (cancer épidermoïde fissuraire), inflammatoire (maladie de Crohn), dermatologique (eczéma, psoriasis...). Suspectées en cas de fissure latérale, infiltrée, à berges inflammatoires...

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Caractère rythmé par la selle
- Décrite comme une douleur interne
- La fissure est presque toujours visible à l'écartement des plis radiés, elle est médiane (postérieure ou antérieure)
- Le toucher anal n'est pas indispensable pour poser le diagnostic, il ne sera fait que si l'on suspecte un abcès interne

➤ Examens complémentaires

Au moindre doute d'étiologie spécifique (sérologies syphilis, VIH...), et biopsie pour examen anatomopathologique

➤ Risque évolutif

Abcès sous la fissure, rarement important, risque imprévisible, la douleur change de caractéristiques

➤ Traitement

- Antalgique (AINS, antalgiques niveau 2) et laxatif à mettre en place dès le diagnostic établi
- En pratique les laxatifs sont toujours utiles, et visent à obtenir des selles « compote »
- Soins de toilette et pommade cicatrisante, suppositoires si supportés

➤ Surveillance

En fonction de la tolérance à la douleur et au retentissement la chirurgie sera plus ou moins rapidement proposée

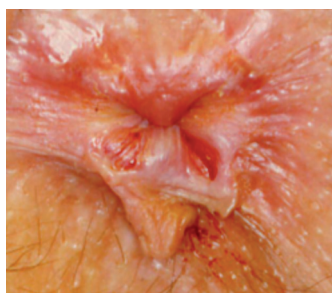
En images



Fissure visible
au fond d'un pli radié



Fissure et marisque satellite



Fissures multiples
après constipation



Fissure sur psoriasis



Fissure antérieure et postérieure,
décollée sur Crohn



Fissure infiltrée,
cancer épidermoïde



Fissure anale infectée

#8

La définition de la fissure infectée n'est pas univoque. Pour certains il s'agit d'un aspect clinique particulier (présence de pus recouvrant le lit de la fissure), pour d'autres elle signifie la présence d'un abcès et/ou d'une fistule sous la fissure.

➤ Symptômes

- **Toujours présents** : aucun profil typique
- **Souvent présents** : syndrome fissuraire parfois assez modéré, douleur d'abcès assez souvent peu intense
- **Peut exister** : suintement purulent

➤ Pièges diagnostiques

- **Crise hémorroïdaire** : la douleur est permanente, associée à une tuméfaction externe
- **Les causes de fissures spécifiques** : infectieuse (syphilis...), maligne (cancer épidermoïde fissuraire), inflammatoire (maladie de Crohn), dermatologique (eczéma, psoriasis...)

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Syndrome fissuraire ancien, puis apparition d'un suintement, d'une tuméfaction sensible
- A l'examen selon la définition soit enduit purulent sur le lit de la fissure, ou présence d'un abcès, le plus souvent juste sous la fissure rarement important, souvent rapidement fistulisé avec un pertuis souvent proche de l'extrémité externe de la fissure. L'hypertonie anale a disparu.

➤ Examens complémentaires

Au moindre doute d'étiologie spécifique (sérologies syphilis, VIH...), et biopsie pour examen anatomopathologique

➤ Risque évolutif

La fissure recouverte de pus peut guérir spontanément ou sous traitement médical, l'abcès peut diffuser s'il n'est pas spontanément fistulisé

➤ Traitement

- Traitement médical classique en l'absence d'abcès, incision rapide si abcès.
- En aucun cas une antibiothérapie n'est justifiée.

➤ Surveillance

Surveillance postopératoire de l'abcès drainé, en cas d'infection superficielle revoir selon l'évolution des symptômes

En images





➤ Symptômes

- **Toujours présents** : douleur à type de brûlure, superficielle, permanente
- **Souvent présents** : prurit, signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles), adénopathie inguinale sensible
- **Peut exister** : rectite en cas de manifestation sévère, tuméfaction hémorroïdaire

Lors d'une primo-infection ou primo-manifestation les symptômes sont en général plus sévères que lors des récurrences

➤ Pièges diagnostiques

- Tous les tableaux douloureux périnéaux (abcès, thrombose hémorroïdaire, fissure...)
- Formes extensives et/ou creusantes des immunodéprimés
- La notion de rapport sexuel anal peut manquer ou n'être pas mentionnée

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Dès l'interrogatoire le caractère des douleurs, l'association à des signes urinaires, l'adénopathie sensible
- Le diagnostic est évident à l'examen : éruption faite d'érosions circulaires indépendantes ou polycycliques si regroupées, à contour érythémateux et fond chamois, sur un placard plus ou moins inflammatoire, de localisation variable au niveau du périnée, mais parfois anale, voire ano-rectale. Les vésicules sont rarement intactes.

➤ Examens complémentaires

- Par prudence faire un bilan d'IST (sérologies syphilis, VIH, hépatites...)
- L'identification et le typage de l'Herpès virus par un prélèvement au coton-tige sur une érosion pour RT-PCR n'est pas utile au diagnostic.

➤ Risque évolutif

- Récidive, de sévérité et de fréquence imprévisibles
- Transmission sexuelle surtout lors des poussées
- Signaler cet antécédent en cas de grossesse (contamination possible du nouveau-né lors de l'accouchement)

➤ Traitement

- Antalgiques, soins de toilette et pommade cicatrisante
- Valacyclovir 500 mg x 2 pendant 5 à 10 jours en cas de poussée sévère

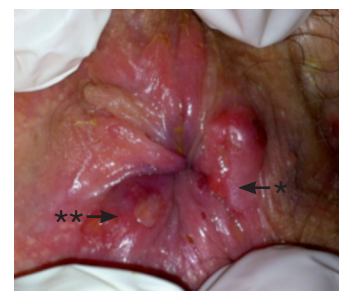
➤ Surveillance

Aucune

En images



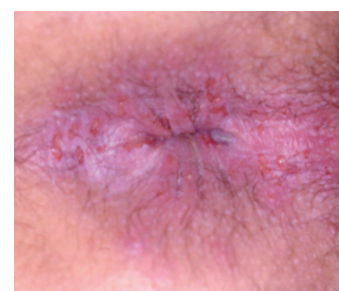
Aspect typique avec vésicules intactes et érodées



Anite avec érosion* canalaire et vésicule**



Anite herpétique avec réaction hémorroïdaire (rectite érosive associée chez ce malade)



Eruption typique



Saignement post-opératoire ou post-traitement instrumental

#1

➤ Symptômes

- Rectorragies plus ou moins abondantes
- Uniquement lors de l'émission de selles et plus inquiétantes que graves car s'arrêtant immédiatement après la défécation, mais parfois spontanément, +/- associées à une extériorisation de caillots de sang
- **Souvent présent** : syndrome rectal à type de ténésme, épreintes, faux besoins, coliques abdominales,
- Malaise vagal fréquent, signes de choc

➤ Pièges diagnostiques

- Les autres étiologies de rectorragie (cf. fiche « **saignement spontané** »)
- Globe urinaire parfois associé

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Notion de chirurgie proctologique ou traitement instrumental récents (électrocoagulation à l'infra-rouge, ligature élastique...) peut apparaître jusqu'à 21 jours après
- **Terrain à risque** : prise d'une anticoagulation efficace, terrain particulier (patient hémophile, cirrhotique...)
- Le diagnostic est facilement fait par l'examen clinique proctologique (inspection, toucher rectal +/- anoscopie)
- Cela permet également de distinguer saignement d'une plaie externe d'un saignement interne (difficilement fait à l'interrogatoire)

➤ Examens complémentaires

NFS plaquettes, groupe sanguin rhésus RAI (bilan prétransfusionnel), +/- INR (traitement par AVK)

➤ Risque évolutif

- Potentiellement grave
- Le saignement peut être sévère avec choc hypovolémique (attention au terrain : âgé, comorbidité, traitement bêtabloquant).

- Ce choc peut parfois être déclenché par l'induction de l'AG effectuée pour hémostase

➤ Traitement

- Rassurer le patient s'il s'agit d'un saignement isolé qui accompagne la selle et ne se reproduit pas en dehors de la défécation
- Hospitalisation urgente si saignement important, répété, associé à un retentissement hémodynamique, patient vivant loin d'un centre de soins, patient isolé, anticoagulants...
 - Voie veineuse, repos allongé, à jeun
 - Recherche d'une instabilité hémodynamique nécessitant une prise en charge avec si besoin remplissage/voire transfusion
 - Si possible, demander au patient d'évacuer au maximum les caillots (aux toilettes, dans une couche...) car ceux-ci empêchent l'hémostase de se faire, et afin de surveiller l'activité du saignement (sang rouge)
 - Si l'origine du saignement est accessible (ex : plaie externe post chirurgie proctologique) : injection de xylocaïne adrénalinée et point en X si possible
 - Si le saignement ne cède pas rapidement, en cas d'instabilité hémodynamique : examen et hémostase sous anesthésie générale

➤ Surveillance

- Hémodynamique et clinique, +/- biologique (déglobulisation)
- Surveiller les selles (absence d'évacuation de sang rouge), idéalement garder sous surveillance jusqu'à évacuation complète des caillots résiduels
- Laxatifs afin d'éviter toute constipation

Aussi :

www.snfc.org/fiches-pratiques/perioperatoire/gestion-du-risque-hemorragique-apres-chirurgie-proctologique-mai-2018/



Saignement spontané

#2

➤ Symptômes

- Motif fréquent de consultation aux urgences
- Le saignement a conduit aux urgences car il est impressionnant (sang rouge qui éclabousse la cuvette), se répète et inquiète (cela fait une semaine, ce doit être grave...), ou est sévère (rectorragies abondante avec des caillots, méléna)
- La demande du patient va de la réassurance à la prise en charge d'une urgence vitale
- **Signes moins évidents** : diarrhée avec du sang, syndrome rectal, choc hypovolémique au premier plan

➤ Pièges diagnostiques

- L'urgence ? Distinguer les saignements sans risque immédiat relevant d'une prise en charge réglée à distance, de ceux qui relèvent de l'urgence car pouvant mettre en jeu le pronostic vital
- En cas de saignement ne relevant pas de l'urgence, ne pas méconnaître la gravité de la pathologie sous-jacente. Savoir inciter le patient à faire un bilan endoscopique (même en cas de saignement proctologique les indications seront larges)
- Quoique parfaitement bénin, le saignement d'origine hémorroïdaire répété peut entraîner une anémie parfois profonde

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- **Un saignement ne relevant pas de l'urgence** :
 - Origine anale bénigne : sang rouge, en fin de selle, uniquement déclenché par la selle, cédant immédiatement après la selle ou une simple douche, douleur anale à la défécation
- **Un saignement relevant de l'urgence** :
 - Retentissement hémodynamique
 - Saignement survenant en dehors de l'émission d'une selle, répété
 - Notion de geste endoscopique, de chirurgie ano-rectale ou de traitement instrumental dans les 3 semaines

- Traumatisme récent (pénétration, prise de température...)
- Symptômes évoquant une maladie générale (cirrhose, colite grave...)
- Traitement anticoagulant

• Un saignement imposant un bilan rapide, non urgent :

- Age > 40 ans, antécédents familiaux de cancer colo-rectal/polypes, troubles du transit, douleurs abdominales, anémie

➤ Examens complémentaires

- Pour les urgences :
 - Bilan du retentissement, biologie
 - Bilan endoscopique en urgence à visée diagnostique +/- thérapeutique : rectosigmoidoscopie dans un premier temps si examen proctologique ne permettant de retrouver l'étiologie, voire gastroscopie/coloscopie
- Pour les saignements non urgents bilan endoscopique à distance, d'indication large

➤ Risque évolutif

- Choc hypovolémique pour les formes urgentes
- Evolution de la maladie sous-jacente

➤ Surveillance

Hémodynamique et clinique, +/- biologique (si déglobulisation)



Syndrome rectal aigu

#1

➤ Symptômes

- **Toujours présents** : faux besoins défécatoires / polychésie, émissions glairo-sanglantes, douleur intra rectale à type de pesanteur, et/ou brûlure, épreintes et ténésmes
- **Parfois présents** : diarrhée, fébricule, dysurie, adénopathie inguinale sensible

➤ Pièges diagnostiques

- Une formation tumorale intra rectale est toujours à éliminer devant un syndrome rectal.
- La présence d'une impaction fécale dans le rectum (fécalome) peut donner des symptômes proches.

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Des symptômes francs, permanents, parfois invalidants, évoluant depuis quelques jours à semaines.
 - la notion d'un rapport sexuel anal non protégé dans les 3 semaines précédant le début des symptômes, en faveur d'une IST
 - l'existence d'épisodes similaires par le passé, en faveur d'une MICI.
- L'inspection de la marge anale est le plus souvent normale.
- Au toucher ano-rectal, présence de glaires et de sang. Paroi épaissie et irrégulière des formes pseudo tumorales de certaines IST (lymphogranulomatose vénérienne de Nicolas Favre à Chlamydiae souche L ou LGV).
- En anoscopie / rectoscopie muqueuse rectale érythémateuse, pétéchiale, facilement hémorragique, +/- granitée, +/- ulcérée ; évalue l'étendue en hauteur de la rectite, la consistance des selles (diarrhée évoquant une atteinte sus jacente)

➤ Comment faire le diagnostic étiologique :

Les deux principales causes à évoquer sont infectieuse (le plus souvent sexuellement transmise), et inflammatoire (maladie inflammatoire chronique de l'intestin) (MICI) :

- Ecouvillon à la recherche en RT-PCR de Gono-coque, Chlamydia (même sans notion de rapport sexuel anal) +/- virologique (pour éliminer CMV si patient greffé ou patient vivant avec le VIH).
- Biopsies à la pince pour analyse anatomopathologique.

➤ Risque évolutif

Selon l'étiologie :

- Transmission aux partenaires en cas d'origine infectieuse
- Colite aigue grave en cas de MICI

➤ Traitement

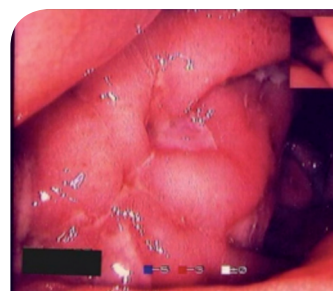
- Si suspicion d'infection sexuellement transmise, antibiothérapie empirique débutée avant réception des résultats microbiologiques (cf. chapitre « **rectite infectieuse** »).
- Si suspicion de MICI, notamment recto colite hémorragique, et sauf en cas de tableau sévère d'emblée (colite aigue grave), attendre les résultats histologiques avant de mettre en place un traitement adapté.

➤ Surveillance

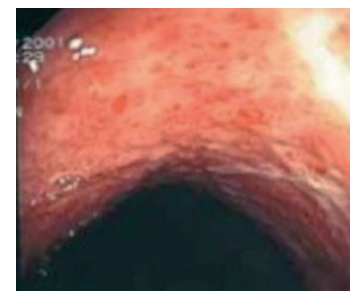
Consultation à :

- 3 semaines pour vérifier l'amélioration clinique
- 3 mois pour vérifier la cicatrisation muqueuse

En images



Chlamydie rectale type LGV



Rectite érosive (RCH)



Rectite infectieuse (IST)

#2

➤ Symptômes

- **Toujours présents** : faux besoins défécatoires / polychésie, émissions glairo-sanglantes, douleur intra rectale à type de pesanteur, et/ou brûlure, épreintes et ténésmes
- **Parfois présents** : fébricule, dysurie, adénopathie inguinale sensible

➤ Pièges diagnostiques

- Le diagnostic de rectite est facile en rectoscopie, toutefois ne pas passer à côté des formes très courtes
- La chlamydie type lymphogranulomatose vénérienne (LGV) peut prendre une forme pseudo tumorale
- Les autres causes sont évoquées par le contexte : post radique et mécanique
- Le principal diagnostic différentiel est la rectite d'origine inflammatoire

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- L'origine infectieuse devra toujours être envisagée et donc recherchée devant une rectite
- Il n'y a pas de particularité clinique
- On recherche un rapport sexuel anal non protégé dans les 3 semaines précédant le début des symptômes, toutefois, cette notion n'est pas toujours évidente à aborder pour les patients
- Le diagnostic de certitude repose sur des prélèvements microbiologiques pour RT-PCR sur écouvillon rectal (Gonocoque, Chlamydia, Herpès en cas de doute clinique). A noter que certains autres agents infectieux peuvent donner un tableau de rectite, mais sont classiquement responsables de colites plus étendues (Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, Shigelles...)
- Les biopsies à visée anatomopathologique ne sont pas obligatoires si le contexte est évocateur, mais elles peuvent être évocatrices

➤ Risque évolutif

- Transmission aux partenaires sexuels

- En dehors de la gêne fonctionnelle, la rectite infectieuse ne présente pas de grand risque évolutif

➤ Traitement

Pour éviter la contagion, et soulager au plus vite les malades, une antibiothérapie empirique est débutée sans attendre les résultats des prélèvements bactériologiques, puis adaptée secondairement

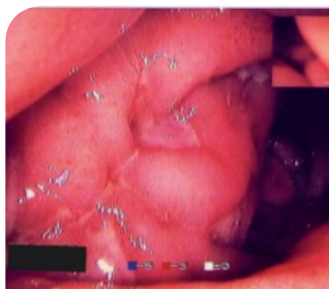
www.snfc.org/fiches-pratiques/fiches-techniques/maladies-sexuellement-transmissibles-et-dermatologie/antibiotherapie-empirique-cas-de-suspicion-dinfection-sexuellement-transmissible-ano-rectale-novembre-2015/

➤ Surveillance

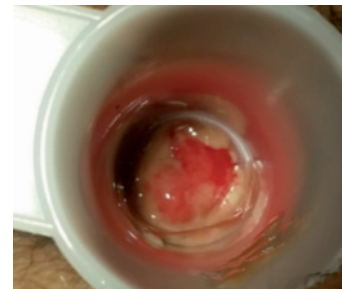
Consultation à :

- 3 semaines pour vérifier l'amélioration clinique
- 3 mois pour vérifier la cicatrisation muqueuse

En images



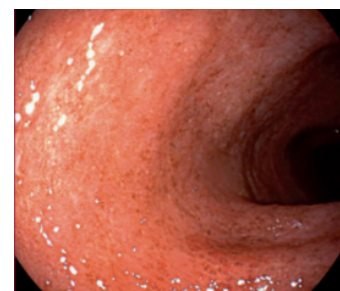
Aspect rectoscopique de chlamydie rectale type LGV



Rectite gonococcique



Rectite ulcérée et purpurique de RCH



Rectite ulcérée et purpurique de RCH



➤ Symptômes

- **Souvent atypiques** : suintements anaux (fausse diarrhée), douleur pelvienne, rétention urinaire, agitation
- **Souvent présent** : douleur interne à type de ténésme, épreintes, faux besoins

➤ Pièges diagnostiques

- Prendre les fuites fécales pour une diarrhée
- Etre égaré devant les douleurs souvent importantes
- Oublier d'y penser en cas de manifestation atypique
- Croire que le fécalome a été évacué alors que persistent des fuites de selles

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Y penser facilement, surtout chez le patient âgé, l'altité, en post-opératoire, en cas de prise de médicaments ralentissant le transit
- Le diagnostic est facilement fait par le toucher rectal (faire un vrai toucher rectal afin de rechercher les fécalomes situés dans le haut rectum)

➤ Examens complémentaires

Aucun

➤ Risque évolutif

Rétention urinaire secondaire, agitation

➤ Traitement

- Rapide
- Selon les situations, et la douleur : évacuation au doigt, lavements (souvent douloureux et inefficaces car le rectum ne les contient pas), le plus souvent une purge suffit et est mieux supportée (type préparation à la coloscopie)

➤ Surveillance

- Vérifier la vacuité rectale par un toucher
- Surveiller la bonne reprise des évacuations les jours suivants, mettre en place un traitement laxatif



Corps étrangers intrarectaux

#1

➤ Symptômes

- **Souvent présents** : douleurs intra-rectales, syndrome rectal (ténésme, épreinte, faux besoin)
- **Plus rarement** : rectorragie, occlusion digestive
- Les douleurs abdominales et la fièvre doivent faire suspecter une perforation digestive associée

➤ Pièges diagnostiques

- L'insertion d'un corps étranger est retrouvée à l'interrogatoire, mais jusqu'à 10% des patients ne le signalent pas d'emblée
- Une attention particulière au contexte doit être apportée pour ne pas oublier les mesures associées :
 - Suspicion de viol : cf. fiche « viol »
 - Prise volontaire ou non de toxiques
 - Pathologie psychiatrique sévère : discuter d'un traitement psychiatrique à proposer en urgence
 - Prisonnier, passeur de drogue...
- Situation rare, mais possible : corps étranger avalé (arête de poisson, os de poulet...) et impacté dans le rectum
- ASP normal devant un corps étranger radio-transparent

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Le contexte avec l'insertion d'un corps étranger par voie transanale qui n'a pas pu être retiré. Il est essentiel de connaître la nature du corps étranger pour déterminer sa forme et son risque de rupture (verre+++)
- Se renseigner sur les tentatives d'extraction effectuées, parfois traumatisantes

➤ Examens complémentaires

- Un ASP de face et de profil confirme le diagnostic (si corps étranger radio-opaque), la localisation le corps étranger, détermine sa forme et sa position et recherche un éventuel pneumopéritoine
- Le scanner abdomino-pelvien n'est pas systématique, discuté en cas de doute sur une perforation

➤ Risque évolutif

Occlusion digestive, nécrose/perforation colique ou rectale secondaire à une compression ischémique prolongée ou des manœuvres traumatiques,

rectorragie massive en cas de plaie par un corps étranger coupant (objet en verre rompu notamment)

➤ Traitement

- Connaître la nature du corps étranger pour déterminer sa forme et son risque de rupture (verre+++)
- Distinguer les objets palpables au toucher rectal et ceux plus haut situés dans le colon ou le rectum
- Objet palpable au toucher rectal : extraction par voie transanale idéalement sous anoscopie pour avoir un contrôle visuel direct. Le passage d'une sonde de Foley en amont du corps étranger peut supprimer un effet ventouse gênant. En cas d'échec, essayer au bloc opératoire sous anesthésie. L'échec doit conduire à une extraction chirurgicale et le patient informé du risque de stomie.
- Non palpable au toucher rectal : extraction par voie transanale à l'aide d'une rectosigmoïdoscopie. En cas d'échec, nécessité d'une extraction chirurgicale invasive avec risque de stomie.

➤ Surveillance

- Une recto-sigmoïdoscopie de contrôle et/ou un scanner à 24 heures de l'extraction se discutent pour les corps étrangers coupants ou restés en place durant plusieurs jours afin (perforation, hématome)
- Surveiller l'apparition de douleur, troubles digestifs secondaires évoquant une perforation passées inaperçue
- En cas de traumatisme un bilan sphinctérien peut être nécessaire à distance

En images

Exemples de corps étrangers visualisés par l'ASP



Godemiché



boule, ayant migré en intrapéritonéal par rupture pariétale secondaire



Traumatisme pénétrant ano-rectal (par voie périnéale)

#2

↳ Symptômes

- Symptômes précoces : parfois peu importants initialement, sinon douleur intra-rectale, hémorragie voire choc hémorragique
- Symptômes tardifs : fièvre, incontinence en cas de lésion sphinctérienne
- La discordance entre l'intensité des symptômes avec la gravité du traumatisme est parfois importante surtout à la phase initiale

↳ Pièges diagnostiques

- Ne pas voir des lésions initialement mineures d'un traumatisme pénétrant dont les conséquences secondaires notamment septiques peuvent être graves (plaie punctiforme par exemple)
- Toute plaie de la région périnéale, dans un contexte traumatique est à priori pénétrante
- Plaie associée d'organe de voisinage : vagin, scrotum, prostate, urètre, vessie, vaisseaux...

↳ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- Le contexte est très important. Un traumatisme pelvien suspect d'avoir été pénétrant doit être examiné avec grande attention pour ne pas négliger une plaie peu visible d'emblée
- Rechercher des lésions associées : hémodynamique, signes urinaires (dysurie, hématurie)
- Il faut préciser la violence du traumatisme (chute, accident, agression...), l'objet cause du traumatisme (fer à béton, plaie par arme à feu...), sa fragmentation possible (corps étranger restant en place en partie), la trajectoire de l'objet et le délai passé depuis la survenue du traumatisme
- L'examen physique d'une plaie périnéale, d'une rupture sphinctérienne au toucher rectal ou encore la visualisation d'une plaie rectale pariétale à la rectoscopie complètent les données de l'interrogatoire

↳ Examens complémentaires

- En cas de sepsis ou de saignement, un bilan biologique comprenant au moins NFS et CRP est nécessaire pour évaluer la sévérité initiale et surveiller l'évolution par la suite
- Une radiographie sans préparation peut rechercher la persistance d'un corps étranger selon la nature de l'agent en cause
- Un scanner pelvien injecté est justifiée afin

d'évaluer l'étendue des lésions au niveau rectal (infiltration du mésorectum, air dans le mésorectum signant le caractère transfixiant de la plaie du rectum, collection ou abcès para-rectal), de rechercher un saignement actif et d'éliminer une lésion d'un organe de voisinage

↳ Risque évolutif

- À la phase aiguë, risque hémorragique
- Dans un second temps, risque septique pouvant aller jusqu'à la gangrène de Fournier
- Un traumatisme sphinctérien important peut conduire à une incontinence anale
- Certaines complications liées à l'association des lésions peuvent survenir (fistule recto-vaginale, fistule uréthro-rectale...)

↳ Traitement

- Antibiothérapie couvrant les anaérobies et les gram -
- Prévention tétanos en fonction du statut vaccinal et de l'objet pénétrant
- En cas de doute sur les lésions associées, lors des traumatismes sévères, une exploration sous anesthésie générale se discute pour compléter le bilan lésionnel dans de bonnes conditions
- Le traitement dépend de l'étendue des lésions
- En cas de lésion sphinctérienne, une réparation immédiate peut être proposée
- Une plaie rectale basse peut être suturée par voie endo-rectale
- En cas de plaie transfixiante du rectum, un drainage des fosses ischio-rectales et de l'espace pré-sacré et la confection d'une colostomie de dérivation sont à discuter
- En cas de saignement massif, il faut évaluer l'intérêt de l'embolisation radiologique voire d'un packing pelvien sous-péritonéal chez les patients toujours instables malgré la prise en charge initiale par les réanimateurs
- En cas de lésion d'un organe de voisinage : avis auprès du spécialiste de l'organe (urologue, gynécologue...) pour adapter le traitement

↳ Surveillance

- Surveiller l'absence de saignement et de l'absence d'infection pelvienne secondaire
- Cette surveillance doit être faite initialement en hospitalisation en cas de traumatisme pénétrant ano-rectal sévère



Lésion sphinctérienne par traumatisme anal pénétrant

#3

➤ Symptômes

- Notion de traumatisme anal (viol, chute avec empalement...)
- Douleur anale, saignement, incontinence, perte de la sensibilité
- Cellulite et fièvre en cas d'évolution vers le sepsis pelvien secondaire à la plaie

➤ Pièges diagnostiques

- À la phase initiale, une lésion sphinctérienne peut être difficile à diagnostiquer (œdème, douleur...)
- L'incontinence anale n'est pas constatée immédiatement par le patient après le traumatisme
- L'absence d'incontinence à la phase précoce n'élimine pas un traumatisme sphinctérien
- Penser aux lésions associées notamment risque de plaie du rectum
- Lésion sphinctérienne secondaire à un viol (cf. fiche « viol » pour les mesures associées à ne pas oublier)

➤ Ce qui fait évoquer le diagnostic

- **Contexte** : traumatisme anal secondaire à l'insertion d'un objet par voie transanale
- La taille de l'objet inséré, la violence du traumatisme ainsi que le caractère consenti ou non de l'acte
- À l'examen de l'anus : mise en évidence d'une plaie profonde au niveau sphinctérien
- Hypotonie sphinctérienne au toucher anal

➤ Examens complémentaires

- En cas de lésion sphinctérienne isolée, aucun examen complémentaire en urgence n'est nécessaire.
- Un scanner pelvien doit être réalisé en cas de lésions associées au niveau rectal (cf. fiche « traumatisme pénétrant ano-rectal »)

➤ Risque évolutif

- Infection locale, secondaire à la plaie (abcès, cellulite...)
- Incontinence anale définitive

➤ Traitement

- Antibiothérapie (couvrant anaérobies et gram -) IV si plaie profonde
- En urgence, lorsqu'une plaie sphinctérienne est suspectée, un bilan lésionnel sous anesthésie est souvent nécessaire car la douleur à la phase aiguë ainsi que le traumatisme psychologique empêchent une évaluation locale correcte. L'objectif de cette exploration est de confirmer la lésion sphinctérienne, évaluer son étendue (rupture sphinctérienne partielle ou complète), rechercher une lésion rectale associée
- La réparation sphinctérienne peut être réalisée à la phase aiguë ou à distance et ce choix repose sur un avis de spécialiste
- En cas de lésion profonde du sphincter, une colostomie de dérivation est à discuter

➤ Surveillance

- À la phase aiguë, il faut surveiller l'absence de saignement et l'absence d'évolution vers une infection. Cette surveillance peut être faite en hospitalisation en cas de plaie sphinctérienne sévère.
- L'évolution de la continence anale devra aussi être évaluée.
- L'échographie endo-anale a sa place dans le bilan à distance (évaluation de la qualité d'une réparation immédiate, bilan à froid en cas de réparation retardée)



Viol - Prise en charge d'une victime de viol en proctologie

#4

Tout acte sexuel commis avec violence ou contrainte est interdit par la loi

TOUJOURS

- L'accueil, l'examen et le suivi prendront compte de la dimension psychologique du traumatisme
- La conduite à tenir sera adaptée selon le délai écoulé depuis l'agression, de l'éventuelle urgence médicale et/ou psychique
- Que le médecin soit requis par une autorité judiciaire ou que la victime se présente spontanément à l'examen, les prélèvements et le contenu du certificat médical seront identiques

Prise en charge pratique

- **TOUJOURS rédiger un certificat médical initial** (un exemplaire remis, une copie conservée) mentionnant les prélèvements faits
- La simple observation médicale ne sera pas suffisante si une plainte est déposée ultérieurement
- Effectuer des prélèvements locaux avant de débiter l'examen :
 - Prélèvement local pour recherche d'IST (Chlamydia, Gonocoque en PCR)
 - Recherche de sperme et d'ADN dans les 72 heures, sur la marge anale et dans le rectum par des écouvillons à faire sécher avant de mettre dans un tube, doubler les prélèvements et les conserver en lieu sûr en vue d'une éventuelle réquisition judiciaire
- Mettre dans une enveloppe kraft les vêtements souillés, les conserver identifiés en lieu sûr en vue d'une éventuelle réquisition judiciaire
- Faire un examen clinique complet (général et loco-régional)
- Prescrire un bilan biologique : β HCG (même en cas en l'absence de pénétration vaginale), syphilis, VIH, sérologies hépatites B et C (+ contrôle à un mois)
- Eventuelle recherche de toxiques (en cas de suspicion de soumission chimique) possible jusqu'à 5 jours dans le sang et 15 jours dans les urines

- Même en l'absence de pénétration vaginale, chez la femme en capacité de procréer et si l'agression date de moins de 72 heures, proposer une contraception du lendemain
- Eventuellement prescrire un traitement empirique d'IST
- Après avis auprès d'un service spécialisé, éventuellement prescrire un traitement antiVIH
- Conseiller à la victime de déposer une plainte

Prévoir un suivi, éventuellement en service spécialisé, revoir la victime à 2-3 jours pour suivi des éventuelles lésions, rendu des résultats des examens, réévaluation des éventuels traitements mis en route

Annexes

- Modèles de certificat médicaux (CNOM) : www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-medicaux#sommaire-id-0
- Prise en charge des victimes de viol (SFMU, SAMU), D. Epain : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_des_victimes_de_viol_-_Accueil_et_prise_en_charge_par_l_urgentiste.pdf



LISTE DES AUTEURS

- **Dr Maxime COLLARD** > CHU Saint Antoine - Paris
- **Dr Charlotte FAVREAU-WELTZER** > Hôpital Bagatelle - Talence
 - **Dr François PIGOT** > Hôpital Bagatelle - Talence
 - **Dr Alix PORTAL** > Cabinet Vinci - Pringy-Argonay
 - **Dr Aurélien VENARA** > CHU Angers



SNFCP

Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

Société Nationale Française de Colo-Proctologie

www.snfcfp.org