



Douleur anale aiguë

La douleur anale est un motif fréquent de consultation, dont l'étiologie reste variée et ne doit pas se limiter à la maladie hémorroïdaire. Le but de cet article est d'effectuer une revue récente de la littérature sur les pathologies anorectales les plus fréquemment rencontrées et d'établir des recommandations concernant leur prise en charge.

INTRODUCTION

La douleur anale est un motif fréquent de consultation et doit faire évoquer un certain nombre de pathologies dont le diagnostic et la prise en charge initiale peuvent être facilement entrepris par le médecin généraliste.

Cet article a pour but de passer en revue ces pathologies et de servir comme guide pour permettre le diagnostic et la prise en charge de ces dernières, ainsi qu'identifier les cas nécessitant un traitement plus spécialisé.

MALADIE HÉMORROÏDAIRE ET THROMBOSE DES VEINES PÉRI-ANALES

Il s'agit de la pathologie anale la plus fréquente, atteignant plus de 50% de la population au cours de leur existence. Les coussins hémorroïdaires situés dans la partie haute du canal anal, au-dessus de la ligne pectinée, sont à l'origine de la maladie hémorroïdaire suite à une hypertrophie et une congestion vasculaire de ces derniers. Principalement, deux mécanismes permettent d'expliquer l'élargissement de ces structures : une congestion veineuse suite à une dérégulation des shunts vasculaires à ce niveau ou un retour veineux insuffisant. Le second mécanisme est un prolapsus muqueux suite à l'affaiblissement des tissus conjonctifs et de la *muscularis mucosae*, entraînant le prolapsus des tissus hémorroïdaires.¹

Le terme d'hémorroïde externe est faux, car il s'agit de thromboses de veines péri-anales.

Classification

La maladie hémorroïdaire interne est classée en quatre stades selon le degré de prolapsus associé :

Stade I : hypertrophie des coussins hémorroïdaires dans le canal anal visualisé à l'anuscopie sans prolapsus associé.

Stade II : présence d'un prolapsus hémorroïdaire lors du Valsalva, se réduisant spontanément.

Stade III : prolapsus au Valsalva, nécessitant une réduction digitale.

Stade IV : prolapsus irréductible.

Symptomatologie

Il est primordial de différencier à ce stade la maladie hémorroïdaire interne de la thrombose veineuse péri-anales, souvent nommée maladie hémorroïdaire ex-

Rev Med Suisse 2014; 10: 555-60

O. Pittet
N. Demartines
D. Hahnloser

Dr Olivier Pittet
Prs Nicolas Demartines
et Dieter Hahnloser
Service de chirurgie viscérale
CHUV, 1011 Lausanne
olivier.pittet@chuv.ch
nicolas.demartines@chuv.ch
dieter.hahnloser@chuv.ch

Acute anal pain

Anal pain is a common reason for consultation, whose etiology is varied and should not be limited to the hemorrhoidal disease. The purpose of this article is to conduct a review of the literature on anorectal pathologies most frequently encountered and make recommendations regarding their management.

terne. Ce terme est faux, car il ne s'agit pas de vraies hémorroïdes avec un coussin artério-veineux, mais seulement de veines péri-anales. La physiopathologie, la clinique et la prise en charge diffèrent considérablement.

Les symptômes cardinaux de la maladie hémorroïdaire interne sont les saignements, les démangeaisons et le prolapsus. La douleur ne doit pas être au premier plan et faire évoquer une probable thrombose hémorroïdaire ou un diagnostic secondaire, telle une fissure anale que l'on retrouve de façon concomitante chez environ 20% des patients. Un prolapsus hémorroïdaire de stade IV peut être très douloureux, par contre les stades I-III ne sont jamais douloureux.

La thrombose veineuse péri-anales est quant à elle marquée par d'importantes douleurs anales, associées à la présence d'un gonflement et d'une induration au niveau de la marge anale. L'examen clinique permet facilement d'en faire le diagnostic démontrant une lésion tuméfiée de la marge anale qui ne prolabe pas depuis le canal anal (figure 1).

Traitement

La maladie hémorroïdaire de stades I à II doit être prise en charge de manière conservatrice. Le traitement consiste à corriger les facteurs diététiques et permettre une régulation du transit à l'aide de mucilages. Un traitement oral, à l'aide de veinotoniques tels que la diosmine (Daflon) pour une durée minimale de six semaines, doit être associé.² L'effet des traitements topiques reste quant à lui controversé. En cas d'échec du traitement, un avis spécialisé peut être demandé afin d'évaluer l'indication à une sclérothérapie ou pose de ligature élastique.



Figure 1. Thrombose hémorroïdaire externe

Pour les stades III et IV, un avis spécialisé est recommandé afin d'évaluer l'indication opératoire à une hémorroïdectomie, une hémorroïdopexie selon Longo ou une ligature sélective des artères hémorroïdaires.

En cas de thrombose veineuse péri-anales, la prise en charge dépend de la durée de la symptomatologie. Une incision sous anesthésie locale et une évacuation de la thrombose peuvent être effectuées avant 72 heures.³ Au-delà, un traitement conservateur est alors proposé avec la régularisation des selles associée à la prise d'anti-inflammatoires et de veinotoniques. Le thrombus se résorbe en général dans les 2 à 3 semaines et peut laisser une marisque (un pli de peau) qui ne nécessite pas d'intervention chirurgicale.

FISSURE ANALE

La fissure anale correspond à une brèche au niveau de l'épithélium du canal anal, située distalement à la ligne dentée. On parle de fissure chronique lorsque la symptomatologie dure plus de six à huit semaines, avec présence d'une ulcération associée, laissant apparaître, à l'examen clinique, des fibres du sphincter anal interne à la base de l'ulcère. On note souvent à ce stade la présence associée d'une marisque sentinelle (figure 2) ou d'une papille anale hypertrophiée.

L'étiologie principale est un microtraumatisme suite au passage de selles dures, au niveau de la région postéro-médiane du canal anal. D'un point de vue pathophysiologique, cette région est sujette à une moins bonne vascularisation due à la configuration des vaisseaux au niveau de l'anus. Un spasme réflexe du sphincter interne entraîne une diminution supplémentaire de la vascularisation à ce ni-



Figure 2. Fissure anale aiguë (A) et chronique associée à la présence d'une marisque sentinelle (B)



veau. Suite au microtraumatisme, un cycle de la douleur s'installe, avec augmentation réflexe du tonus sphinctérien, entraînant une ischémie relative de la région traumatisée, empêchant sa bonne cicatrisation et le développement d'une fissure anale chronique (figure 3).⁴

Symptomatologie

Le symptôme cardinal est la douleur anale lors du passage des selles et qui persiste après la défécation. On note fréquemment la présence de sang en faible quantité, qui est retrouvé principalement sur le papier de toilette (au contraire de sang dans les toilettes lors d'un saignement hémorroïdaire). L'anamnèse permet souvent de retrouver une histoire de constipation associée à des efforts défécatatoires importants.

Triade d'une fissure aiguë: douleur à la défécation, sang en faible quantité et constipation.

L'examen clinique est souvent difficile en raison des douleurs. Généralement, il suffit d'écarter les fesses, ce qui permet d'identifier la lésion située le plus souvent au niveau de la ligne médiane postérieure à six heures en position gynécologique. Le toucher rectal permet quant à lui d'identifier le spasme sphinctérien associé. L'anuscopie est souvent non réalisable en raison des douleurs anales. Une localisation de la fissure autre que postérieure ou une clinique atypique doit faire évoquer le diagnostic différentiel de maladie de Crohn, de syphilis, de tuberculose, voire de carcinome épidermoïde.



Figure 3. Prolapsus hémorroïdaire de stade III

Traitement

Le traitement a pour but d'interrompre le cercle vicieux (constipation – douleur à la défécation – spasme du sphincter interne – diminution de perfusion du sphincter) en agissant au niveau de la régulation du transit à l'aide de laxatifs et de l'hypertonie sphinctérienne. Le traitement médical permet ainsi de guérir plus de 80% des fissures aiguës après huit semaines de traitement. Pour les fissures chroniques, le traitement conservateur présente un taux d'échecs de 40 à 50%. Le facteur de risque le plus important est la présence d'une marisque sentinelle. Une prise en charge chirurgicale, dans ce contexte, sous forme d'une fissurectomie est donc justifiée.⁵

La réduction du spasme sphinctérien est le but le plus important dans le traitement de la fissure anale.

Divers traitements topiques ont été étudiés pour diminuer l'hypertonie sphinctérienne (nitroglycérine 0,2%, nifédipine 2%, diltiazem 2%). Tous permettent une diminution du tonus sphinctérien et une augmentation du flux sanguin. Leur taux de guérisons est comparable, entre 80 et 90%.⁶ La différence réside dans leurs effets secondaires, maux de tête pour la nitroglycérine et présence d'un prurit pour le diltiazem. A noter que la durée de demi-vie de la nifédipine est de vingt minutes, nécessitant une application au minimum 3-4 x/jour.

Pour ce qui est du taux de guérisons avec le Botox, il est comparable aux autres traitements locaux, avec un taux de succès de l'ordre de 80%.⁷ Il faut par ailleurs noter que ce traitement n'est pas pris en charge par l'assurance de base.

En cas d'échec du traitement conservateur, une prise en charge chirurgicale s'avère nécessaire. Cette dernière comprend la réalisation d'une fissurectomie, permettant la guérison dans 80% des cas. En cas d'échec ou de récurrence, une nouvelle approche chirurgicale devra être entreprise, avec la possibilité d'effectuer des plasties de recouvrement⁸ ou de réaliser une sphinctérotomie latérale partielle, avec un taux de réussites avoisinant les 90%, mais avec toutefois un risque d'incontinence à dix ans de 36% pour l'air, 25% pour les liquides et 5% pour les selles formées.⁹

ABCÈS ET FISTULE PARA-ANAU

L'abcès et la fistule para-anaux résultent du même processus pathogénique. Le premier dans la phase aiguë et le second en phase chronique. L'étiologie principale est une surinfection des glandes anales situées au niveau de l'espace intersphinctérien. L'abcès qui en résulte peut être de localisation variable (péri-anale, ischio-rectale, intersphinctérien ou en fer à cheval). La fistule para-anale représente l'évolution chronique suite à un abcès para-anal, avec développement d'un trajet épithélialisé persistant entre le canal anal et l'orifice externe. Sa classification est faite selon sa localisation et les rapports anatomiques avec les muscles sphinctériens selon la classification de Parks.¹⁰

Symptomatologie

Les patients présentent des douleurs anales en augmentation, indépendamment de la défécation. On peut égale-



ment noter la présence d'une tuméfaction ou d'un écoulement purulent.

L'examen clinique permet de retrouver, en cas d'abcès, la présence d'une tuméfaction associée à une rougeur au niveau de la marge anale. En cas de fistule, on note la présence de l'orifice externe par lequel peut s'extérioriser un liquide purulent. Un examen bidigital peut parfois permettre de palper et localiser le trajet fistuleux.

En cas de doute clinique, l'examen peut être complété par un ultrason endorectal ou une IRM, permettant de visualiser la présence d'abcès et d'identifier le trajet fistuleux. Ces examens permettent également de repérer les rapports anatomiques du trajet fistuleux avec les muscles sphinctériens, élément primordial pour la prise en charge de cette pathologie.

Traitement

La prise en charge est chirurgicale pour ces deux pathologies. En cas d'abcès, le traitement doit inclure l'incision et le drainage de la collection et la prévention de la fermeture prématurée de l'incision, synonyme de récurrence. Ceci peut être obtenu par une incision radiaire, voire une excision d'une pastille cutanée, en regard de la collection et la mise en place d'un dispositif de drainage. Cette intervention peut se réaliser au cabinet médical sous anesthésie locale. La recherche systématique, lors de cette intervention, et la

prise en charge simultanée d'une fistule para-anale restent controversées¹¹ au vu du risque de création de novo d'un trajet fistuleux. Le suivi postopératoire consiste en des soins locaux avec réalisation de bains de siège permettant la fermeture secondaire de l'abcès.

«ubi pus, ibi evacua». Un abcès péri-anal nécessite une incision ou l'excision d'une pastille cutanée et peut très souvent se faire en anesthésie locale par infiltration intradermique.

La prise en charge des fistules para-anales nécessite, quant à elle, une équipe spécialisée. Le bilan préopératoire, comportant un examen clinique complété par un ultrason endorectal ou une IRM, permettra d'évaluer le trajet fistuleux. Le type d'intervention chirurgicale sera déterminé en fonction des rapports anatomiques avec l'appareil sphinctérien. Une fistule intersphinctérienne simple pourra être traitée par une fistulotomie, consistant en une mise à plat du trajet fistuleux, avec un taux de succès > 80%.¹² En cas de fistule plus complexe, comme une fistule transsphinctérienne haute ou suprasphinctérienne, une fistulotomie est proscrite vu le risque d'incontinence postopératoire. La prise en charge consistera en la mise en place d'un drain de Séton dans le trajet fistuleux, avec secondairement la réalisation d'une fistulectomie avec confection d'un lambeau de recou-

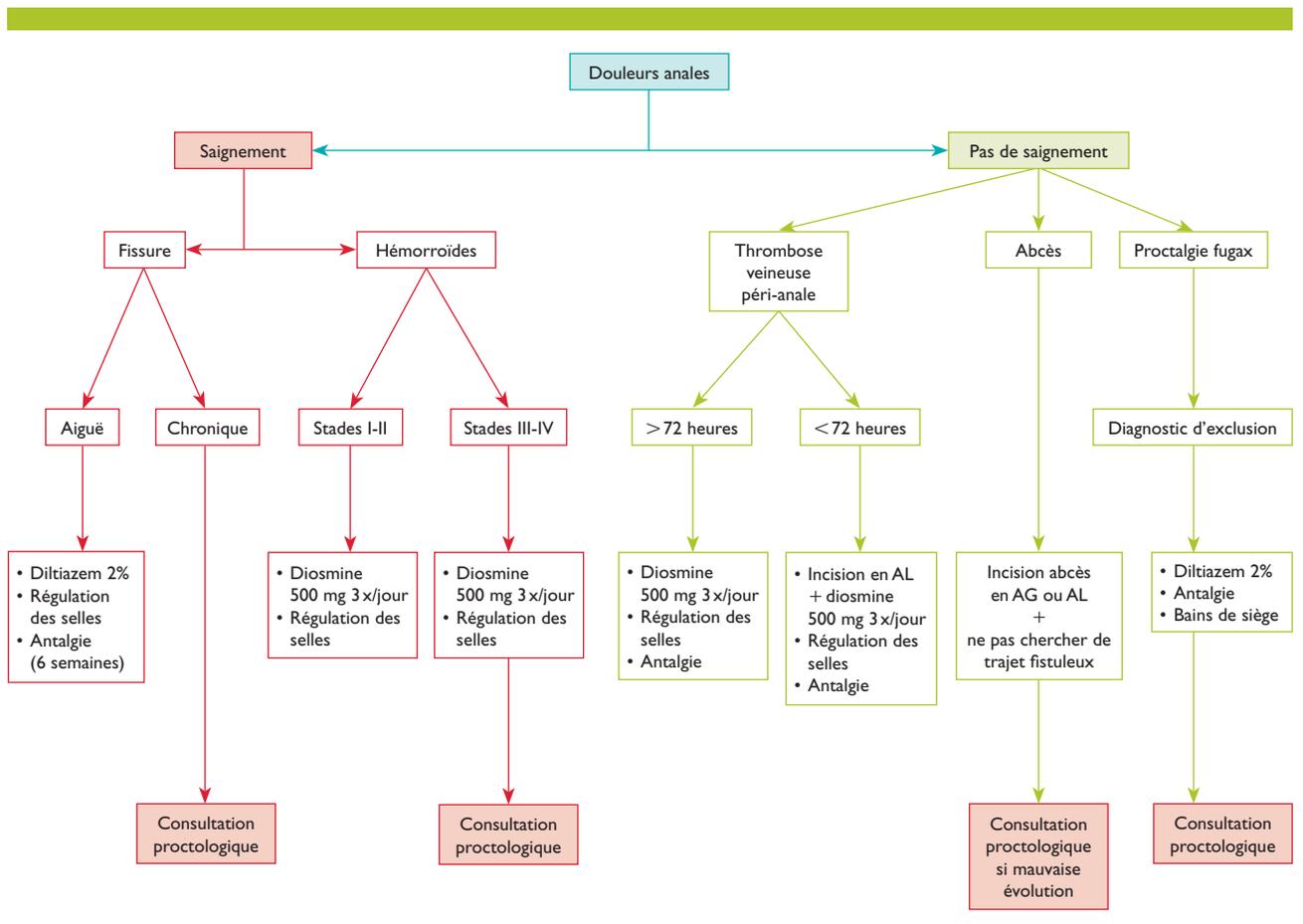


Figure 4. Algorithme de prise en charge de patients avec une douleur anale
AL: anesthésie locale; AG: anesthésie générale.



vrement.¹³ Des techniques alternatives avec injection de colle de fibrine dans le trajet fistuleux ont également été décrites, avec des taux de récurrences variables, entre 30 et 60%.¹⁴

PROCTALGIA FUGAX

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle anorectale bénigne qui se manifeste par des douleurs de la région anorectale définies selon les critères de Rome III.¹⁵ Il s'agit principalement d'un diagnostic d'exclusion, lorsqu'aucune pathologie organique n'a pu être mise en évidence.

Symptomatologie

La plainte principale est une douleur récurrente et intermittente de la région anorectale. La durée des épisodes est de quelques secondes à quelques minutes seulement. Il n'y a pas de symptomatologie entre les épisodes et ceux-ci peuvent survenir de jour comme de nuit sans facteur déclencheur. L'examen clinique est peu contributif, puisque ce dernier est dans les limites de la norme.

Traitement

Au vu de la symptomatologie intermittente et limitée dans le temps, peu d'études ont pu être effectuées pour permettre de comprendre le mécanisme physiopathologique de cette maladie. Cependant, une hypertonicité sphinctérienne semble à l'origine de la symptomatologie. De ce fait, le traitement a pour but de diminuer le spasme sphinctérien. Le traitement consiste en la prescription de bains de siège chauds lors d'épisodes douloureux pour permettre le relâchement du tonus sphinctérien. Des traitements topiques à base de nitroglycérine 0,2% ou de diltiazem 2% peuvent également être proposés. En cas d'échec, des inhalations de salbutamol¹⁶ ou des injections de Botox¹⁷ peuvent être discutées.

PRURIT ANAL

Il s'agit plus d'un symptôme que d'une pathologie. Il affecte entre 1 et 5% de la population et se manifeste par des démangeaisons importantes de la région péri-anale. Ce symptôme peut être présent dans un certain nombre de pathologies, mais reste le plus souvent idiopathique ou lié à une hygiène insuffisante ou, au contraire, trop agressive de la région anale.

Symptomatologie

Les patients décrivent un prurit important, souvent majoré après la défécation. L'utilisation de divers traitements topiques est souvent retrouvée à l'anamnèse. Au status, on note un érythème de la région péri-anale avec multiples lésions de grattage, associé à des lésions eczématiformes ou lichénifiantes dans les stades plus avancés. Le status endoanal est le plus souvent normal. L'utilisation agressive du papier de toilette et les lésions de grattage entraînent souvent une macération et une surinfection cutanées aggravant le status.

Diagnostic

Le diagnostic repose principalement sur le status et l'anamnèse; un frottis peut être effectué pour exclure une

mycose. Une biopsie cutanée peut parfois être nécessaire pour exclure une atteinte dermatologique spécifique ou tumorale.

Traitement

Le traitement a pour but d'éliminer le ou les facteurs étiologiques. Le but à atteindre est de maintenir la région péri-anale propre et sèche. Cela est obtenu par un traitement multimodal, qui consiste à éliminer tout agent irritant, laver la région péri-anale à l'eau après l'émission de chaque selle, éviter le papier de toilette abrasif, obtenir un transit régulier avec des selles formées par la prise de mucilages, et protéger la région péri-anale avec de la pâte de zinc dans les cas plus sévères. L'utilisation d'un traitement topique d'hydrocortisone 0,5% peut être proposée à court terme pour diminuer la symptomatologie mais doit être limitée dans le temps en raison de l'atrophie cutanée engendrée par le traitement, qui risque d'accentuer la fragilité cutanée et d'empêcher sa guérison.

CONCLUSION

La douleur anale est un symptôme cardinal de la proctologie. Cependant, une anamnèse détaillée et la réalisation d'un examen clinique permettent rapidement de faire le diagnostic différentiel entre les pathologies anorectales les plus fréquentes comme la maladie hémorroïdaire, la fistule anale, la *proctalgia fugax* ou l'abcès et la fistule para-anale. Les examens complémentaires par ultrason endorectal ou IRM peuvent se révéler nécessaires en cas de doute diagnostique ou pour la prise en charge chirurgicale de certaines pathologies. Toutefois, la prise en charge primaire peut facilement être réalisée par le médecin généraliste. Dans ce sens, un arbre décisionnel (figure 4) est proposé, en se basant sur les protocoles de traitements utilisés. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Il est important de différencier la maladie hémorroïdaire et les thromboses veineuses péri-anales, dont l'étiologie et la prise en charge diffèrent considérablement
- > Le traitement de la fissure anale est multimodal et repose principalement sur une relaxation du sphincter anal par l'application d'un traitement topique, la régulation du transit avec des selles molles et une antalgie efficace
- > Un abcès péri-anal nécessite une incision ou l'excision d'une pastille cutanée et peut très souvent se faire en anesthésie locale par infiltration intradermique
- > En cas d'abcès, les fistules para-anales ne doivent pas être recherchées primordialement et nécessitent une prise en charge spécialisée lors de leur développement



Bibliographie

- 1 Haas PA, Fox TA, Haas GP. The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984;27:442-50.
- 2 * Perera N, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD004322.
- 3 Zuber TJ. Hemorrhoidectomy for thrombosed external hemorrhoids. *Am Fam Physician* 2002;65:1629-32, 1635-6, 1639.
- 4 Gibbons CP, Read NW. Anal hypertonia in fissures: Cause or effect? *Br J Surg* 1986;73:443-5.
- 5 Pitt J, Williams S, Dawson PM. Reasons for failure of glyceryl trinitrate treatment of chronic fissure-in-ano: A multivariate analysis. *Dis Colon Rectum* 2001;44:864-7.
- 6 Nelson RL, et al. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD003431.
- 7 Jost WH, Schimrigk K. Use of botulinum toxin in anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1993;36:974.
- 8 Chambers W, Sajal R, Dixon A. V-Y advancement flap as first-line treatment for all chronic anal fissures. *Int J Colorectal Dis* 2010;25:645-8.
- 9 Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1306-10.
- 10 Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976;63:1-12.
- 11 Malik AI, Nelson RL. Surgical management of anal fistulae: A systematic review. *Colorectal Dis* 2008;10:420-30.
- 12 * Whiteford MH, et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon Rectum* 2005;48:1337-42.
- 13 Perez F, et al. Randomized clinical and manometric study of advancement flap versus fistulotomy with sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano. *Am J Surg* 2006;192:34-40.
- 14 Christoforidis D, et al. Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: A comparative study. *Dis Colon Rectum* 2009;52:18-22.
- 15 * Bharucha AE, et al. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1510-8.
- 16 Wright JE. Trial of inhaled salbutamol for proctalgia fugax. *Lancet* 1991;337:359.
- 17 Sanchez Romero AM, et al. Treatment of proctalgia fugax with botulinum toxin: Results in 5 patients. *Rev Clin Esp* 2006;206:137-40.

* à lire

** à lire absolument