

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B. BENZERDJEB - TLEMCEN



وزارة التعليم العالي
والبحرر العلمى

جامعة أبو بكر بلقاىد
كلية الطب

د. ب. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN DES ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

THEME :

LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES AFFECTIONS PROCTOLOGIQUES
AU SEIN DE SERVICE DE LA CHIRURGIE GENERALE B

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TIDJANI DAMERDJI DE
TLEMCEN

Réalisé par :

MAMO Said

SETTOUTI Abdelkrim

BERREZOUG Nadir

Encadré par : Dr FANDI Bassim

Année universitaire :2016 /2017

Je dédie cette thèse...

A MES TRES CHERS PARENTS,

A qui je dois tout, et pour qui aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude, ni mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que vous avez enduré pour mon éducation, pour mon bien être, vous n'avez jamais cessé de lutter. Vos prières et votre présence à mes coté ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de ma vie. Puisse Dieu tout puissant vous protéger, vous procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois. Bien que je vous fasse ici une petite dédicace, j'estime, en fait, par la considération que j'ai pour vous, que vos deux noms devraient être placés à coté du nom de l'auteur sur la couverture.
" La meilleure façon de parler de ce qu'on aime le plus est d'en parler légèrement."

A CHERS SŒURS

Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de cet amour et de la tendresse que j'ai à votre égare. Pussions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser tous vos voeux.
" Rien n'est trop haut pour l'oiseau, s'il vole de ses propres ailes "

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

Puissent vos âmes reposent en paix. Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de Sa Sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis.

A TOUS MES ONCLES ET MES TANTES

A TOUS MES AMIS ET COLLEGUES

A TOUS MES ENSEIGNANTS DE L'ECOLE PRIMAIRE, DU SECONDAIRE ET DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TLMECEN

**A TOUTE L'EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE DU CHU Tidjani
Damerdji DE Tlemcen**

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET encadreur DE THESE : Dr FANDI Bassim

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'encadrer notre mémoire. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A NOTRE MAITRE Pr. KHERBOUCHE Mouffak : chef de service de la chirurgie générale B

Aucune expression ne saurait témoigner de notre gratitude et du profond estime que nous portons à votre personne. Votre aide à la réalisation de ce travail était d'un grand apport. Veillez accepter, Professeur, l'expression de nos remerciements les plus distingués.

Aux Professeurs, chirurgiens et résidents de Service de la chirurgie générale B

Nous vous sommes reconnaissant de l'aide apportée tout au long de ce travail. Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A tout le personnel de service de la chirurgie generale B

En témoignage de ma gratitude et de mes remerciements.

A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation de ce travail

Sommaire

Le Premier chapitre :La partie theorique

I -

Introduction.....1

II -

Historique.....2

III - Embryologie du rectum et canal

anal.....3

IV - Anatomie de la région

anale.....3

V - Physiologie de la

défécation.....8

VI - Généralités sur l'examen

proctologique.....9

VII - Fissure

anale.....12

VIII-

Hémorroïdes.....15

IX - Fistule péri-

anale.....22

Le Deuxième chapitre : la partie pratique

I - Matériels et méthodes.....	
31 II -	
Résultats.....	36
III -	
Discussion.....	56
<u>Conclusion.....</u>	6
4	
<u>Résumés.....</u>	6
6	
<u>Bibliographie.....</u>	6
9	

La liste des figures

Figure 01 : coupe frontale du rectum[1].....	p3
Figure 02 : morphologie interne du canal anal[2].....	p4
Figure 03 : photo de plancher pelvien chez l'homme (vue inferieure)(laboratoire d'anatomie de Faculté de médecine de Fès).....	p6
Figure 04 : photo des hemorrides internes[8].....	p10
Figure 05 :photo d'une hemorroïde thrombosé[8].....	p11
Figure 06 : photo d'une fissure anale[8].....	p11
Figure 07 :photo des marisques[8].....	p11
Figure 08 :l'infection inter-sphincterienne primaire de Parks et ses voies de diffusion[46].....	p22
Figure09 : Classification de Parks des FPA[43].....	p26
Figure10 :Fréquence des hospitalisation des affections proctologiques au service de Chirurgie générale B Tlemcen.....	p36

Figure11 : la répartition des affections proctologiques	p37
Figure12 : la répartition selon le sexe.....	p38
Figure13 : la répartition selon le sexe de la FPA.....	p38
Figure14 : la répartition selon le sexe de la FA.....	p39
Figure15 : la répartition de la maladie hémorroïdaire selon le sexe.....	p39
Figure16 : la répartition des patients selon la tranche d'âge chez les deux sexes.....	p40
Figure17 : la répartition des malades selon leur délais de consultation.....	p42
Figure18 : la répartition des motifs de consultation de la FPA.....	p43
Figure19 : la répartition des motifs de consultation de la FA.....	p44
Figure20 : les Signes fonctionnels de la FPA.....	p45
Figure21 : les Signes fonctionnels de la FA.....	p46
Figure22 : siège de l'orifice externe de la FPA.....	p47
Figure23 : la Répartition des examens complémentaires.....	p48
Figure24 : Resultats de la rectoscopie.....	p49
Figure25 : la répartition des FPA selon la classification de Parks	p50
Figure25 : La répartition de patients de le type d'anesthésie utilisé.....	p51
Figure27 : situation de la fissure en peropérateur.....	p53
Figure28 : Les gestes chirurgicaux effectués pour les hémorroïdes.....	p55

LA LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Répartition de affections proctologiques	p37
Tableau 02 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	p40
Tableau 03 : Répartition des patients atteints De FPA selon la tranche d'âge.....	p40
Tableau 04 : Répartition des malades selon leur délais de consultation.....	p42
Tableau 05 : Repartition des motifs de consultation de la FPA.....	p43
Tableau 06 : Répartition des motifs de consultation de la FA.....	p44
Tableau 07 : Signes fonctionnels de la FPA.....	p45

Tableau08 : les signes fonctionnels de la FA.....	p46
Tableau 09 : siège de l'orifice externe de la FPA.....	p47
Tableau10 : Répartition des malades selon les examens complémentaires.....	p48
Tableau 11 : Répartition de patients de le type d'anesthésie utilisé.....	p51
Tableau12 : situation de l'orifice externe de la FPA en per opératoire.....	p52
Tableau 13 : Situation de la fissure en per opératoire	p53
Tableau14 : Comparaison des signes fonctionnes entre notre série et série de Khaled H.....	p59
Tableau15 : Pourcentage des troubles de la continence selon les séries FPA.....	p60
Tableau16 :Pourcentage de la récurrence selon les séries FPA.....	p61
Tableau 17 : signes cliniques et auteurs FA.....	p61
Tableau18 : Complications de la FA selon les séries.....	p62
Tableau 19 : fréquence des réctorragie.....	p63

Résumé :

C'est une étude rétrospective descriptive, comportant une série de 40 patients dont le diagnostic se repartit sur les fistules péri-anales ,les hémorroïdes et les fissures anales colligés au service chirurgie générale et viscérale B du CHU Tidjani Damerdji de Tlemcen durant une periode de 2 ans allant de Mai2015 au Mai2017.

L'objectif de notre travail est de tracer un profil épidémiologique clinique et thérapeutique .

Le pourcentage des affections proctologiques prises en charges dans le service parmi 2000 patients hospitalisés est estimé a 02 %

La fistules péri-anales était la pathologie la plus fréquente avec 27 patients (67.5%) suivi de la fissure anale 9 patients (22,5%) et les hémorroïdes 04 patients (10 %) , le sexe ratio est a 2,3 en

faveur des hommes. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30 -39 ans avec 30 % des cas avec âges extrêmes 20 a 65 ans.

Le délai moyen de consultation était de 1 an. Les motifs de consultations sont dominé les proctalgies , l'écoulement peri anale et la rectorragie.

Les examens complémentaires les plus étaient la rectoscopie 37% des patients et la fistulographie 33% des patients.

Pour les fistules péri-anales 88 % des patient avaient des fistules simples et 12 % complexes .

92.5% des patients ont bénéficié d'une Rachi-anesthésie , la position de taille était la position d'installation la plus utilisé .

Pour les fistules péri-anales : la fistule était non communicantes dans 60 % des cas et on a procédé une simple fistulectomie , pour les autres types de fistules le geste chirurgical depend de la situation du trajet fistuleux.

Pour les fissures anales 70 % ont subit une sphincterotomie partielle fissurectomie et une anoplastie , le restebont subit une sphicterotomie partielle , total ou simple fissurectomie.

Pour la maladie hemorroidaire 50 % des patients ont eu simple hemorroidectome de type Milligan et Morgani , la deuxieme moitié ont subit une anoplastie de plus.

Le résultat de traitement était satisfaisant , nous n'avons pas constaté de complications.

I.Introduction :

La proctologie est une spécialité médico-chirurgicale qui étudie les pathologies de l'anus et du rectum actuellement elle est considérée comme étant une sous spécialité de la gastro-entérologie , mais elle peut etre pratiquée aussi par des medecins généralistes et des chirurgiens.

Si la proctologie, née vers les années 1930, a été longtemps méconnue, négligée voire sous-estimée, c'est parce qu'elle correspondait à quelque chose d'impudique ou de honteux.

Il s'agissait « d'une partie dont on n'aimait pas parler », aussi bien le malade que le médecin.

Ce mythe a depuis été détruit, et cette discipline a maintenant son identité et ses différentes pathologies constituent actuellement une bonne partie des motifs de consultation de la pathologie générale.[54]

La consultation de proctologie se caractérise par une double spécificité. La première tient à ce qu'elle ne nécessite pratiquement aucun examen complémentaire. La description de ses symptômes par le patient, l'inspection, le toucher anorectal et l'anuscopie suffisent dans la très grande majorité des cas à établir un diagnostic fiable. Tout au plus pratiquera-t-on une coloscopie pour éliminer l'hypothèse d'une lésion sous-jacente ou quelques examens plus sophistiqués dans le cadre du bilan d'une incontinence.

Les différents pathologies quand on peut voir ce sont :les varicosités ou gonflement, et inflammation des veines dans le rectum et l'anus (hémorroïdes) ,fissures anormales dans l'anus (fissure anale) Suppurations anales (abcès et fistules anales) ,incontinence fécale ,protrusion des parois du rectum à travers l'anus ,toutes les blessures à l'anus et d'autres.

Notre travail est une étude rétrospective d'une série de 40 Patients atteints de Fistule et fissure anale et la pathologie hémorroïdaire colligé aux services de chirurgie générale B . Cette étude qui porte sur une période de 2ans s'étalant de mai 2015 à mai 2017 a pour but de mettre en évidence particulièrement les aspects épidémiologiques,cliniques et thérapeutiques.

II.Historique :

A l'époque, le traitement était essentiellement médical, fait de pansements locaux (lin enduit et placé dans l'anus, lavements). Les Egyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau. Le traitement chirurgical n'était encore pas évoqué.[52]

Hippocrate, à l'époque de la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre les maladies et « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : ayez soin d'en laisser toujours une » et l'on imagine déjà la physiopathologie : « la maladie se produit ainsi : la bile ou le phlegme se fixant dans les veines du rectum, et chauffe le sang qui est dans les veines, ces veines échauffées, attirent les veines les plus voisines, le sang se remplit et fait tumeur dans l'intérieur du rectum. Les têtes des veines sont

saillantes, et à la fois contuses par les excréments qui sortent. Pressées par le sang qui s'accumule, elles projettent ce liquide surtout avec les selles, mais quelques fois sans les selles ».

Les idées d'Hippocrate sont reprises par Ambroise Paré en 1575 : « si elles jettent modérément, on ne doit pas l'arrêter du tout, parce qu'elles préservent de la mélancolie, lèpre, pleurésie, péripneumonie selon la sentence d'Hippocrate ... Mais si le flux de sang est démesuré, on l'arrêtera car autrement, il cause l'hydropsie par réfrigération du foie ».

Le traitement devient plus agressif au XVIIIème siècle « vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l'anus sans causer de dommage ». On traite au fer chauffé à blanc après mise en place d'une canule en cuivre, les cris des patients permettant de faire saillir davantage l'anus. La ligature apparaît aussi : une aiguille traverse l'hémorroïde qui est liée à l'aide « d'un brin de laine non lavé aussi épais et long que possible ».

Sells, en l'an 30, décrit l'incision hémorroïdaire et signale la nécessité de ne pas multiplier des cicatrices au niveau de l'anus.

Pierre Donis, en 1740, évoque pour la première fois un mauvais retour veineux comme étant l'origine de la pathologie hémorroïdaire. Il explique que ce mauvais retour veineux est dû aux efforts de poussées nécessaires à l'exonération des excréments. A l'époque, Donis défend le traitement médical et déconseille la chirurgie qui consiste pourtant déjà en une résection des paquets hémorroïdaires. [53]

Ainsi, le XXème siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes. En revanche, les sphinctérotomies de Dupuytren, en 1820, comme la dilatation anale décrite par Récamier en 1838, sont actuellement abandonnées.

L'intervention de Milligan-Morgan, technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, trouve son origine en 1744 par la description de J.-L. Petit. Elle a été améliorée par Parks en 1965. [53]

III .Embryologie du rectum et canal anal

Le rectum et le canal anal sont issus de l'intestin primitif postérieur qui s'étend du tiers postérieur du côlon transverse jusqu'à la membrane cloacale. La partie terminale de l'intestin postérieure débouche dans le cloaque où s'abouche également le diverticule allantoïdien.

L'endoderme, qui tapisse le cloaque, est en contact direct avec l'ectoderme de la membrane cloacale. Le septum urorectal descend en direction caudale et cloisonne le cloaque en deux : le sinus urogénital en avant, et le canal anorectal en arrière. Le septum atteint la membrane cloacale et la partage en deux parties, urogénitale en avant, et anale en arrière. Le mésoderme de l'éminence caudale entoure la membrane cloacale et donne les sphincters et muscles périnéaux. La membrane anale se résorbe et le rectum s'ouvre à l'extérieur. La partie supérieure du canal anal est d'origine

endodermique, tandis que son tiers inférieur est d'origine ectodermique. [4]

IV. Anatomie de la région anale

1-Definition :

Le canal anal ou rectum périnéal est le segment du rectum qui s'étend depuis le diaphragme pelvien des releveurs en haut jusqu'à l'orifice anal en bas. C'est le segment le plus fixe du rectum (Figure 1) [1] , il est situé à la partie médiane du périnée postérieur, au dessous du plancher des releveurs, entre les deux fosses ischio-rectales..

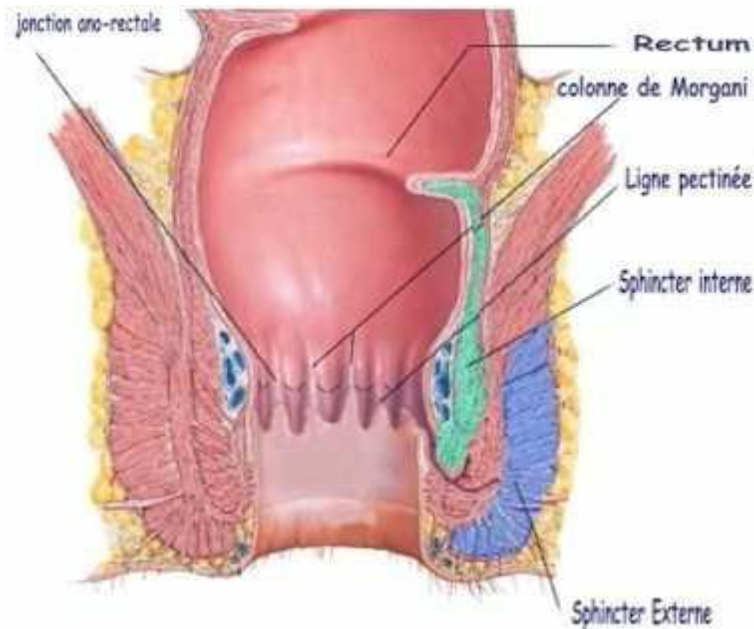


Figure1 . coupe frontale du rectum périnéal.

2-Morphologie :

De forme cylindrique, de 3 cm de long, il a un calibre extérieur de 2 à 3 cm mais sa cavité est normalement virtuelle au repos [2].

Sa direction est oblique en bas et en arrière et fait donc avec celle de l'ampoule rectale un angle à sinus postérieur d'environ 80°. Le sommet de l'angle, situé juste au dessous des releveurs, constitue le cap anal. [2]

La projection squelettique du canal, se fait au niveau de la tubérosité ischiatique, au dessous d'une ligne unissant le bord supérieur de la symphyse pubienne à la pointe du coccyx.

La morphologie interne peut être facilement étudiée par anoscopie. Elle varie suivant le niveau considéré :

-A la **partie inférieure**, le canal anal s'ouvre par l'anus ou orifice anal situé approximativement au centre du périnée postérieur, sur la ligne médiane, un peu en avant du coccyx, au fond du sillon interfessier. De forme circulaire lorsqu'il est dilaté, entouré d'une peau glabre, fine, pigmentée et humide constituant la marge anal sur laquelle divergent de nombreux plis : les plis radiés de l'anus.

-Plus haut, le revêtement du canal anal est constitué par un épithélium dermo-papillaire lisse non kératinisant : la muqueuse de Hermann occupant la zone dite du pecten. Cette zone est limitée en haut par la ligne pectinée d'aspect festonné formée par le bord inférieur des valves semi-lunaires.

_Encore plus haut, la paroi interne du canal anal apparaît de coloration rouge foncé, elle est tapissée par une muqueuse de type rectale présentant une série de replis verticaux : les colonnes de Morgagni qui unissent entre elles en bas en formant des replis à concavité supérieure : les valves semilunaires(Figure 2) [2]

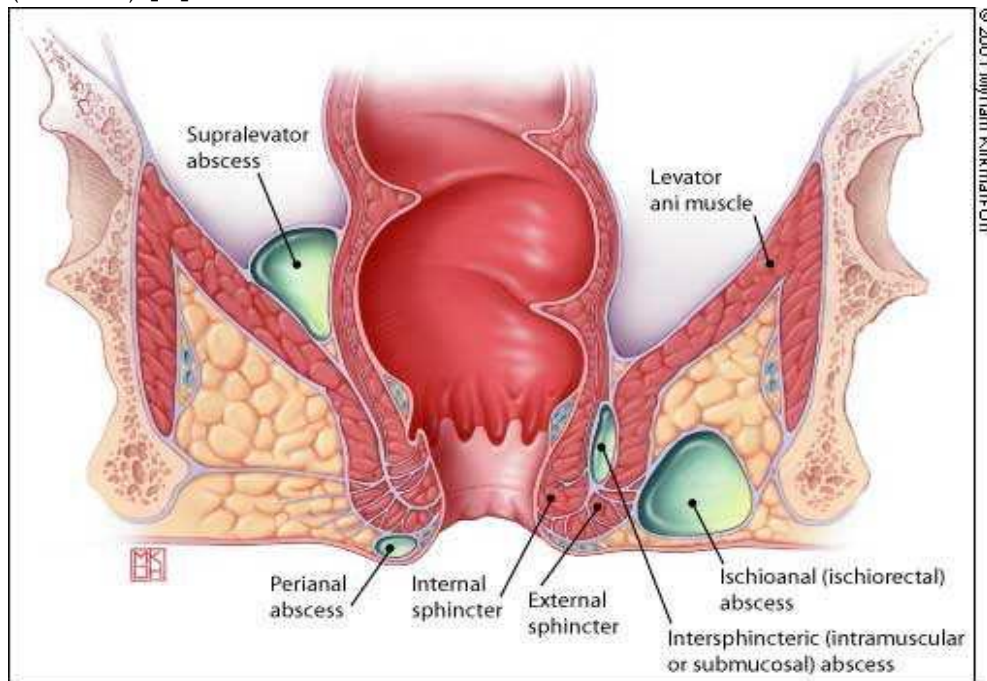


Figure2 : morphologie interne du canal anal.

3- Les moyens de fixité :

Segment le plus fixe du rectum, le canal anal doit sa fixité :

- à sa solidarité avec les releveurs de l'anus ; à l'adhérence de son sphincter strié au noyau fibreux central du périnée en avant, au raphé ano-coccygien en arrière ; à la présence du muscle recto-urétral chez l'homme, recto-vaginal chez la femme.

4- Structure :

Le canal anal, tout comme le rectum auquel il fait suite, est constitué de trois tuniques : une muqueuse, une sous muqueuse et une musculieuse.

-**LA MUQUEUSE** : présente un aspect différent suivant le niveau considéré et on peut lui distinguer

trois segments différents : un segment inférieur d'aspect cutané ; un segment moyen, le pecten, revêtu par une muqueuse lisse dermo-papillaire, la muqueuse de Hermann ; un segment supérieur où la muqueuse prend progressivement le type de la muqueuse rectale.

-LA SOUS MUQUEUSE : continue la sous muqueuse rectale, elle est riche en plexus veineux et elle présente surtout une muscularis mucosae qui s'épaissit vers le bas et solidarise le pecten à la couche musculaire interne pour former le ligament suspenseur de Parks.

-LA MUSCULEUSE est la plus complexe. Elle est formée de deux couches musculaires superposées de fibres musculaires lisse, renforcées par le sphincter externe strié de l'anus. Ces deux couches comprennent :

-une couche profonde de fibre musculaires continuant les fibres musculaires du rectum et constituant une série d'anneaux emboîtés les uns sur les autres. Elle se renforce et s'épaissit dans la partie inférieure du canal anal sur une hauteur de 3 à 6 mm pour former le sphincter interne.

-une couche superficielle longitudinale qui continue la couche longitudinale du rectum. Ses fibres sont renforcées par des fibres striées venues des releveurs et par des fibres aponévrotiques issues de l'aponévrose pelvienne et des aponévroses périnéales. A la partie inférieure du canal anal, les fibres de la couche longitudinale divergent :

_en dehors pour former le fascia peri-anal qui sépare les deux faisceaux du sphincter externe ;

_en bas en traversant verticalement le faisceau sous-cutané du sphincter externe pour se fixer à la face profonde de la peau de la région anale ;

_en dedans elles traversent le sphincter interne pour rejoindre la muscularis mucosae et le ligament de Parks. (Figure 3) Le sphincter interne est responsable de la majorité du tonus de repos du canal anal.

- LE SPHINCTER EXTERNE ou sphincter strié de l'anus est un muscle strié formé de fibres circulaires concentriques constituant un anneau de 8 à 10 mm de large sur 2 à 2.5 cm de haut. On reconnaît à se sphincter externe deux faisceaux : (Photo 1)

+un faisceau profond, le plus haut situé, indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur ;

+un faisceau sous-cutané situé au-dessous du précédent, à la partie la plus inférieure du canal anal.

En avant les fibres musculaires s'entrecroisent également de part et d'autre de la ligne médiane et vont se terminer sur la face profonde de la peau et surtout sur le noyau fibreux central du périnée. L'innervation du sphincter externe est assurée par le nerf anal ou nerf hémorroïdal, branche du plexus honte

L'action du sphincter externe est d'assurer la continence ano-rectale, il est responsable de 15 à 27 % du tonus de repos du canal anal .

Il joue un rôle essentiel dans la défécation.

Ainsi sont individualisés deux espaces cellulaires sous épithéliaux qui intéressent la description des hémorroïdes :

+l'espace peri-anal sous muqueux, dans les deux tiers supérieurs du canal anal, entre la muqueuse et le sphincter interne, et au dessus du ligament de Parks ; cet espace contient le plexus hémorroïdaire interne ;

+l'espace peri-anal sous-cutané dans le tiers inférieur du canal anal qui contient le plexus hémorroïdaire externe. Les deux sites sont séparés par la dépression hémorroïdaire correspondant à l'insertion de Parks sur la muqueuse.

Les glandes d'Hermann et Desfosses sont à l'origine des fistules anales. Ce sont des canaux, simples ou ramifiés, s'étendant dans la sousmuqueuse et traversant le sphincter interne ; ils pénètrent parfois le sphincter externe. Au nombre de huit, ces glandes s'abouchent dans le canal anal au niveau des cryptes de Morgagni, au niveau des cryptes les plus postérieures, mais leur topographie est variable. Leur infection, le plus souvent par des germes intestinaux, provoque des suppurations inter-sphinctériennes puis des fistules anales proprement dites dont l'origine est, par définition, cryptoglandulaire. (Des glandes sous-pectinéales existent et sont à distinguer des précédentes, car elles s'abouchent sous la ligne pectinée plutôt à la partie antérieure de l'anus. De structure identique aux glandes d'Hermann et Desfosses, elles ne sont à l'origine que de petits abcès[1] superficiels ou inter-sphinctériens). Cette infection peut se propager dans les différents espaces périnaux délimités par les structures musculaires.

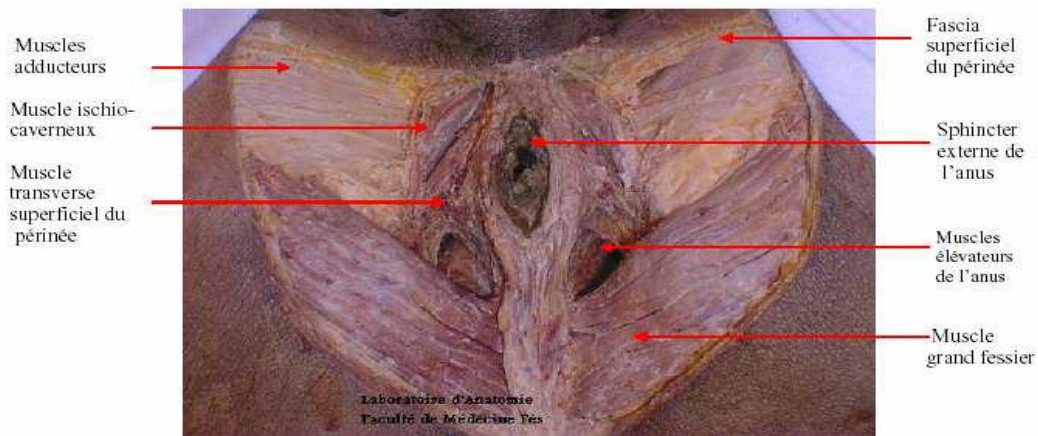


Figure 3 :Photo de plancher pelvien chez l'homme (vue inférieure).

5- Rapports :

-**EN ARRIERE**, les rapports sont identiques chez l'homme et chez la femme, ils s'effectuent avec le raphé anococcygien, puis le coccyx et la partie inférieure du sacrum.

-**LATERALEMENT**, avec les fosses ischiorectales, limitées en haut par la face inférieure du releveur, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur interne, et en bas par le paquet vasculo-nerveux honteux interne.

-**EN AVANT**, chez la femme, on trouve la cloison rectovaginale, et chez l'homme, le fascia intergénéto-rectal ou aponévrose de Denonvilliers qui constitue une membrane solide entre la partie haute du canal anal, et le rectum et la loge prostatique[2].

6-Vascularisation et innervation :

-**LA VASCULARISATION ARTERIELLE**

est assurée par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures. Les artères hémorroïdales supérieures sont des branches de l'artère mésentérique inférieure et représentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être dans le plexus sous muqueux, les branches hémorroïdales supérieures se divisent en trois axes artérielles principaux : gauche, antérieure droit et postérieure droit.

Les artères hémorroïdales moyenne sont des branches de l'artère hypogastrique, les inférieures sont des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisation artérielle[3]. Toutes les artères sont richement anastomosées entre elles. [2]

-LA VASCULARISATION VEINEUSE

est particulièrement riche, les veines du canal anal formant un volumineux plexus : le plexus hémorroïdal subdivisé en deux parties : le plexus interne et le plexus externe.

+le plexus interne, le plus haut situé est formé de volumineuses ampoules veineuses situées dans l'espace sous muqueux, entre la muqueuse du canal et le sphincter interne.

+le plexus externe, moins développé, a une disposition circulaire et se limite souvent à une veine circulaire formant le cercle veineux de l'anus. Plus bas situé que le précédent, il occupe l'espace sous-cutané limité en dehors par le fascia peri-anal, par la peau du canal anal et en haut par le ligament de Parks qui le sépare du plexus interne.

Ces plexus veineux, dont le développement anormal est à l'origine des hémorroïdes, se drainent par trois pédicules :

_un pédicule supérieur allant aux veines hémorroïdales supérieures,

_un pédicule moyen allant aux veines hémorroïdales moyennes,

_un pédicule inférieur qui se répartit entre les veines honteuses

externes en avant, les veines hémorroïdales inférieures en dehors gagnant la veine honteuse interne, les veines sous cutanées de la région coccygienne en arrière en fin. Ainsi, ces plexus veineux se drainent-ils à la fois dans le système porte par les veines hémorroïdales supérieures et dans le système cave par les veines hémorroïdales moyennes et inférieures. Ils établissent ainsi une anastomose porto-cave qui peut se développer de façon anormale en cas d'hypertension portale[2].

-LA VASCULARISATION LYMPHATIQUE est assurée par trois réseaux :

muqueux, sous muqueux et musculaire. Ils gagnent essentiellement les ganglions inguinaux internes, plus accessoirement les ganglions iliaques internes et les ganglions pré-sacrés[2].

-L'INNERVATION est assurée par des branches du plexus hypogastrique et surtout par le nerf anal, rameau collatéral du plexus honteux issu essentiellement de la quatrième racine sacrée.

La zone sous pectinéale est riche en terminaisons libres. La muqueuse rectale, en revanche, est pauvre en terminaisons libres et organisée, donc insensible à la douleur. Ce fait doit être pris en considération pour les traitements instrumentaux, qui doivent être appliqués au dessus de la ligne pectinée, et lors de la chirurgie hémorroïdaire, imposant le respect de la muqueuse sensible sous la peine d'incontinence par trouble de la sensibilité[2].

V. PHYSIOLOGIE DE LA DEFECATION

1. Dispositif anatomique et sphinctérien

La défécation est sous la dépendance du rectum et de l'appareil sphinctérien anal au niveau du rectum, les deux tuniques musculaires, longitudinale externe et circulaire interne, sont d'épaisseur uniforme. Le canal anal correspond en manométrie à la zone de haute pression de 4 cm de long chez l'homme et de 3 cm chez la femme, isolant le rectum du milieu extérieur. D'un point de vue fonctionnel, le canal anal est avant tout un appareil sphinctérien, composé d'un sphincter interne, lisse, et d'un sphincter externe strié, à commande volontaire.

Le sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale, et en contraction tonique permanente. Le sphincter externe est un ensemble musculaire complexe qui se renforce à la partie haute par le faisceau puborectal du muscle releveur de l'anus. Ce faisceau puborectal cravate en fronde la jonction anorectale. Il crée entre le canal anal oblique en bas et en arrière, et le rectum sus-jacent d'obliquité inverse, l'angle anorectal (ou cap anal), ouvert en arrière, mesurant 80° lors d'un effort de retenue et 120° lors d'un effort de poussée [4].

2. Défécation normale

Au repos, le rectum est normalement vide. Dans le canal anal, sur une hauteur d'environ 3 cm, une zone de haute pression entre 50 et 100 cm d'eau, très supérieure à la pression rectale et due à la contraction tonique permanente du sphincter anal interne et permet d'éviter toute issue de gaz ou de matières par l'anus. L'arrivée de matières dans l'ampoule rectale, sous l'effet d'une contraction sigmoïdienne, provoque une distension des parois rectales, associée à une élévation de la pression intrarectale et à l'apparition d'une sensation de besoin exonérateur quand cette pression dépasse 30 cm d'eau. La sensation de besoin s'associe à une contraction rectale propulsive (réflexe rectorectal), un relâchement du sphincter anal interne, secondaire au réflexe rectoanal inhibiteur et une contraction réflexe du sphincter anal externe, secondaire au réflexe rectoanal excitateur. Ces trois éléments sont regroupés sous le terme de réflexe d'échantillonnage. Le réflexe rectoanal inhibiteur permet au contenu rectal de rentrer en contact avec la riche innervation sensitive spécialisée de la partie haute du canal anal, et à l'individu d'être renseigné sur la nature du contenu rectal (liquide, solide, gazeux). Le réflexe rectoanal excitateur prévient l'issue immédiate de matières. L'étape ultérieure, continence ou défécation, est sous le contrôle de la volonté de l'individu qui choisit de répondre ou non au besoin exonérateur en fonction des conditions dans lesquelles il se trouve. Une bonne vidange rectale nécessite une parfaite coordination entre propulsion et disparition de la résistance à l'écoulement, et une bonne tonicité des muscles du plancher pelvien pour que la poussée exonératrice soit efficace.

VI. Généralités sur l'examen proctologique

1. L'interrogatoire : de manière dirigée, il doit aborder les questions suivantes :

-pourquoi (douleur, procidence, saignement) ?

-comment (permanent ou par crises, diurne ou nocturne, déclenché par la selle ou non, par un

autre facteur : position .) ?

-depuis quand ?

-nature du transit (consistance des selles, rythme, difficultés d'évacuation) ?

-existe-t-il des antécédents personnels ou familiaux (en particulier digestifs) ?

-quels sont les traitements en cours ?

A l'occasion de l'examen physique ou à son décours, il pourra être utile de revenir sur certains points parfois mal précisés au début de la consultation. [8]

2.L'invitation à l'examen

L'invitation à l'examen physique peut se faire sur le mode interrogatif : êtes-vous d'accord pour que nous regardions de quoi il s'agit ?

Le malade est ensuite rassuré sur la brièveté et le caractère indolore de l'examen qui va suivre.

L'idéal serait qu'il puisse se déshabiller dans un endroit isolé. Il sera plus à l'aise si vous lui conseillez de garder son sous-vêtement (haut couvert) pour monter sur la table d'examen.

La salle d'examen : un appareillage simple

Elle doit comporter au minimum une table d'examen assez large, permettant au médecin d'avoir accès au pied et au bord droit. Une bonne source lumineuse orientable (spot sur pied) est également nécessaire.

La présence d'un aide n'est pas indispensable, mais elle rassure et facilite les gestes lors de l'examen. Cela peut représenter, de surcroît, une protection sur le plan médico-légal. [8]

3.L'examen physique :

a.Installation : Lorsque l'examen proctologique est effectué de façon systématique dans le cadre d'une pathologie digestive, on commencera par l'examen de l'abdomen et des aires ganglionnaires sur un malade en décubitus dorsal.

Lorsque la symptomatologie d'appel est ano-rectale, il est préférable de commencer par l'examen proctologique puis de contrôler l'abdomen.

L'examen proctologique sera effectué d'emblée en position genu-pectorale, joue posée sur la table, le dos cambré, ce qui permet d'avoir immédiatement la meilleure visualisation de la région ano-périnéale.

Si la position genu-pectorale n'est pas techniquement possible, ou si le malade ou le médecin ne sont pas à l'aise, on pourra utiliser la position en décubitus latéral gauche, tête de la table défléchie,

fesses au bord de la table, cuisses fléchies, la droite plus haute que la gauche.

Le médecin peut s'asseoir à côté de la table d'examen.

b. Inspection : Du périnée, sillon interfessier, marge, appareil génital. Les mains gantées, on écarte les fesses, déplisse l'anus.



Photo 2 : des hémorroïdes internes

Les mains gantées, on écarte les fesses, déplisse l'anus.

Cet examen, pratiqué au repos et en poussée recherche les pathologies ano-périnéales (tumeur, ulcération, suppuration, hémorroïdes compliquées ou non, marisques, fissure...), mais aussi un trouble de la statique pelvienne (prolapsus...).



Photo 3 : Hémorroïde thrombosée



Photo 4 : Fissure.



Photo 5 : Marisques.

NB : la marisque est un petit nodule situé sur le pourtour de l'anus et possédant la couleur de la peau, elle est enveloppée dans une membrane cutanée ou muqueuse et a une apparence ridée et une consistance molle.

c. Palpation : L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal à recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité

d. Toucher anal, puis rectal : Le doigt à plat et lubrifié amadou le sphincter, puis s'engage dans le canal anal. L'introduction limitée à la première phalange en permet l'exploration et ce, sur la totalité de sa circonférence, puis le doigt est introduit plus profondément :

-à la partie haute du canal anal, on apprécie en arrière l'état de la sangle du muscle pubo-rectal,
-le toucher explore ensuite toutes les faces rectales en particulier antérieure, examinant la prostate chez l'homme et la cloison recto-vaginale chez la femme (le doigt en crochet évalue la profondeur d'une éventuelle rectocèle lors des efforts de poussée), le toucher vaginal est souvent utile : on recherche une induration, une sensibilité particulière, on apprécie la musculature anopérinéale.

En position genu-pectorale, il est aisé de pratiquer, à la suite de la palpation et des touchers anal et rectal, une anoscopie parfois suivie d'une rectoscopie ou d'un geste local. [8]

4.compléter l'examen

On peut compléter l'examen par l'anoscopie, couramment pratiquée par un gastro-entérologue, mais qui peut l'être au cabinet du médecin généraliste avec un minimum d'équipement :

-anuscope jetable,

-source lumineuse horizontale derrière le médecin.

Elle se fera en position genu-pectorale, meilleure position pour visualiser le canal et le rectum ou, à défaut en décubitus latéral gauche. Toujours précédée d'un toucher, l'introduction douce de l'anuscope enduit d'un gel lubrifiant est le plus souvent facile et indolore (sauf cas de pathologie hyperalgique qui doit y faire renoncer). Elle s'effectue mandrin en place, le malade respirant doucement. Il faut veiller à ne pas forcer vers l'avant après avoir franchi le canal anal : la prostate ou le col utérin peuvent être sensibles. Le malade respire doucement. Le mandrin est retiré ,on termine l'examen en essuyant l'anus et le périnée avec un coton ou une compresse. Une fois l'examen terminé, le malade se lève doucement (malaise vagal possible).

En conclusion, l'examen proctologique simple, rapide est en général bien accepté, d'autant que le patient a été mis en confiance par son médecin. Il permet le plus souvent d'évoquer le diagnostic de la maladie proctologique et d'orienter ainsi la thérapeutique. [8]

V.Fissure Anale :

1.Définition :

La fissure anale est une ulcération siégeant au niveau de la muqueuse et de la partie basse du canal anal au niveau del'anoderme et remontant jusque la ligne pectinée.C'est une pathologie très gênante et connue de l'humanité depuis l'antiquité, et a souvent un fort retentissement sur la qualité de vie.

Elle constitue une pathologie assez fréquente, avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin et est relativement tolérée par les malades.[5]

2.Pathogénie :

Plusieurs travaux récents ont apporté une meilleure compréhension de la physiopathologie de la fissure anale. Le primum movens serait une ischémie de la commissure postérieure du canal anal, démontré sur des études anatomiques, angiographiques et débimétriques. Cette ischémie expliquerait le siège habituellement postérieur de la fissure, son caractère douloureux et sa

chronicisation possible. Mais ce "défaut" de vascularisation postérieure ne suffit pas, et l'hypertoniesphinctérienne jouerait également un rôle important dans la genèse de la maladie, d'autant qu'elle aggrave l'ischémie[5].

Un troisième facteur doit être retenu. C'est le traumatisme que représente l'émission d'une selle dure, à l'origine de la déchirure initiale et l'entretien de la fissure.

Les autres théories comme la présence d'une myosite fibreuse du sphincter, d'un para kératose ou d'une infection locale sont plus contestées, et correspondent en fait à une conséquence plutôt qu'à une cause de la maladie. [5]

3. Manifestations cliniques :

a. La fissure anale jeune typique :

Elle est responsable d'un syndrome fissuraire à trois temps se traduisant par une douleur anale à type de déchirure violente déclenchée par l'émission de selles, s'atténuant pendant quelques minutes, puis reprenant pour persister pendant plusieurs heures après les selles. Les douleurs sont responsables d'une constipation réflexe. L'ulcération anale est responsable de **rectorragies** souvent minimes, qui "gouttent" sur les selles et d'un **prurit** témoignant un début de cicatrisation.

L'examen clinique objective d'emblée la contracture causale mais aussi réflexe du sphincter anal. Au maximum, le toucher rectal est impossible en dehors d'une anesthésie locale. Cependant, le déplissement doux et soigneux de la marge anale permet toujours un diagnostic positif en montrant une ulcération longitudinale superficielle, sous la ligne pectinée, à bords minces et souples, postérieure stricte dans près de 90% des cas . [6]

b. Formes cliniques :

-**La fissure anale vieillie** est moins douloureuse. L'ulcération est moins large à bords épais et scléreux, mettant à nu le sphincter interne identifié par des fibres blanchâtres. Elle s'accompagne d'un pseudo polype fibreux à son pôle supérieur, sur la ligne pectinée et d'un pseudo marisque sentinelle à son pôle inférieur.

-**La fissure infectée**, à fond granulomateux, peut évoluer vers une fistule anale.

Chez la femme, le siège antérieur est dix fois plus fréquent que chez l'homme.

Elle peut survenir en post partum, et ne s'accompagne alors d'hypertonie sphinctérienne.

Le diagnostic se pose à l'inspection ; le déplissement de la marge anale chez un patient en position genou pectorale met en évidence la fissure commissurale postérieure (90% des cas) en forme de raquette. L'extrémité proximale remonte entre les plis radiés dans le canal anal. [6]

3-Evolution :

l'évolution spontanée est difficile à prévoir : la cicatrisation spontanée est rare , même après guérison spontanée les fissures anales sont plus susceptibles de se produire à nouveau ,

La fissure anale qui échouée à guérir dans les 6 à 7 semaines est considérée comme chronique peuvent devenir plus profondes et former des ulcères ce qui favorise l'infection par les bactéries fécales ,

On peut noter d'autres complications qui surviennent tel que le saignement qui conduit parfois à l'anémie, l'incontinence due à l'étirement incontrôlable du muscle sphincter, la sténose anale par des spasmes intenses.

4-Diagnostic différentiel :

La douleur fait discuter un abcès de la marge anale, une thrombose hémorroïdaire.

La contracture peut en imposer pour un rétrécissement congénital ou acquis de l'anus.

L'ulcération doit faire éliminer une dermite péri-anale, une ulcération mécanique, une ulcération syphilitique, un SIDA, une maladie de Crohn, lésions radiques, histiocytose X, hémopathie maligne, pemphigoïde bulleuse, maladie de Paget de l'anus. [6]

5- Méthodes thérapeutiques :

a. But du traitement : abolir la contracture sphinctérienne, supprimer la douleur.

b. Méthodes médicales :

Efficace dans près de 80% des cas de fissure jeune, il est souvent suivi d'une rechute à plus ou moins longue échéance. Il vise à régulariser le transit, calmer la douleur et faire cicatriser l'ulcération.

- Règles hygiéno-diététiques : boissons abondantes, régime riche en fibre, bain de siège chaud, en évitant toute toilette agressive.

- Régularisation du transit par laxatif doux, (mucilage, son, paraffine, sorbitol)

- Médications :

Antalgiques avant chaque selle par voie orale

Topiques locaux en pommades ou suppositoires, associant diversement des protecteurs muqueux, des anesthésiques locaux, des anti-inflammatoires, des antioedémateux, des veinotoniques, des spasmolytiques

c. Méthodes instrumentales :

Anesthésie sphinctérienne à la xylocaïne 2%.

Injection fissuraire d'une solution sclérosante (quinine urée= kinurée). La principale complication étant la formation d'abcès.

Elle n'est plus recommandée par l'American Society of colorectal Surgeons.

- La dilatation anale fut proposée par Récamier en 1829 comme traitement de la fissure anale ; elle doit être pratiquée sous anesthésie. Le risque de récurrence est 15 à 20%. Elle aboutit à une incontinence anale et ne doit plus être pratiquée.

d. Méthodes chirurgicales

L'installation du malade se fait en position de taille, le champ opératoire est nettoyé avec un antiseptique type Bétadine solution dermique à 10%.

L'anesthésie est locorégionale ou générale.

Les techniques validées par la littérature font intervenir une léiomyotomie du sphincter interne, dont le but est de diminuer l'hypertonie. La guérison définitive est obtenue dans 90% des cas. Deux écoles s'opposent, mais en fait les indications des deux techniques ne sont pas tout à fait identiques :

- **La sphinctérotomie latérale**, à ciel ouvert ou fermé, consiste à sectionner une partie du sphincter interne à gauche ou à droite. C'est un geste rapide, simple, peu validant, mais qui ne permet pas une étude histologique de la fissure.

- **La fissurectomie** avec léiomyotomie dans le lit de la fissure consiste à l'exérèse du socle fissuraire et de ses bords, permettant de faire une étude histologique, suivie d'une section précise du sphincter interne à vue, sur la commissure postérieure. Une éventuelle anoplastie peut être associée, consistant à abaisser à la peau un petit lambeau de muqueuse rectale. Elle diminue les douleurs post opératoires et favorise la cicatrisation.

- **L'anoplastie** : consiste en une fissurectomie avec recouvrement de la peau avec un lambeau muqueux canalaire et rectal.

- **la dilatation anale** : l'objectif était de diminuer l'hypertonie sphinctérienne par une dilacération du sphincter interne. La dilatation anale non contrôlée (manuelle ou avec écarteur) n'est plus recommandée du fait d'une efficacité 3 fois moindre comparée à la sphinctérotomie et d'un risque d'incontinence anale définitive supérieure à 51 % . [7]

e. Indications :

- Le traitement médical et les règles hygiéno-diététiques peuvent être proposés à tous les stades de la fissure anale.

- La léiomyotomie latérale interne est parfaitement indiquée en cas de fissure jeune résistante au traitement médical ou récidivante, non infectée, non accompagnée de pseudo polype et de pseudo marisque, lorsque le diagnostic est certain.

- La fissurectomie avec léiomyotomie dans le lit de la fissure est indiquée lorsque le diagnostic est douteux (histologie), lorsque la fissure est vieillie ou infectée (elle est alors associée à un éventuel drainage) ou lorsqu'il existe de volumineuses formations parafissuraires .

- Ces dernières années, de nouvelles thérapeutiques ont été proposées, répondant à la physiopathologie de la fissure anale : elles visent à lever les spasmes sphinctériens pour permettre une meilleure vascularisation et une diminution de la douleur : il s'agit de l'application des dérivés nitrés en pommade et de l'injection de toxine botulinique, encore au stade d'évaluation . [7]

VI. Hémorroïdes

1. Définition :

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales présentes déjà chez le fœtus, puis chez l'enfant et tout homme ou femme adulte, elles sont localisées sous le revêtement du canal anal et de la marge anale, elles deviennent symptomatiques quand elles saignent, se prolabent ou se compliquent et deviennent douloureuses.

2. Physiopathologie

Malgré la fréquence de la pathologie hémorroïdaire, sa physiopathologie est encore incomplètement élucidée. Donc deux théories, d'ailleurs complémentaires, sont surtout envisagées pour expliquer la genèse des manifestations fonctionnelles des hémorroïdes [9]

a- La théorie vasculaire :

Cette théorie est basée sur la présence de perturbations submergeant les capacités d'adaptation du tissu hémorroïdaire . Les premières conséquences seraient l'apparition de rectorragies, par mise en jeu des shunts superficiels, et d'une poussée fluxionnaire . Par la suite, selon le degré de répercussion, d'une part sur le retour veineux avec des lésions vasculaires dystrophiques et d'autre part, sur le tissu de soutien avec une dilacération, peuvent apparaître et aggraver les autres manifestations : thrombose et prolapsus [10].

1-Les perturbations fonctionnelles induites par les anomalies vasculaires :

Certains travaux récents suggèrent que l'hyperpression observée au niveau du canal anal puisse être le fait des plexus hémorroïdaires eux-mêmes pour les raisons suivantes : B Lestar et col [11] ont pu préciser que 15 % environ de la valeur de la pression de repos du canal anal étaient imputables aux plexus hémorroïdaires.L'augmentation de la pression intra-hémorroïdaire (évaluée par technique de cathéter perfusés à très faibles débits) pourrait expliquer à elle seule l'élévation anormale de la pression de repos du canal anal observées chez les patients souffrant d'hémorroïdes. Les implications pratiques sont doubles.

_le « rôle » fonctionnel des hémorroïdes explique la diminution des performances anales (manométriques) observées après hémorroïdectomie de type Miligan Morgan (diminution de longueur du canal anal, diminution de la pression de repos, abaissement du seuil de continence aux liquides)

_la réalisation d'un geste de sphinctérotomie associé ne doit pas être justifiée sur les seules constatations d'une hypertonie du canal anal comme c'est souvent évoqué puisque cette hypertonie canalaire est d'origine vasculaire. [12] [13]

2-Les modifications anatomiques vasculaires en pathologie hémorroïdaire :

Il s'agit de dilatations veineuses profondes plus marquées ou d'accentuation du réseau capillaire sous-épithélial à la faveur de l'ouverture de shunts précapillaires . Il existe fréquemment des lésions pariétales vasculaires (dépôts hyalins, épaissement ou disparition de la paroi vasculaire). Cette accentuation de la vascularisation capillaire sous-muqueuse pourrait endosser la responsabilité pathogénique des crises hémorroïdaires et des saignements (épistaxis anal de sang très richement artérialisée) ainsi que l'aspect endoscopique d'anite rouge décrite par J.Soullard . Une conception « artérielle » de la maladie hémorroïdaire suggérée par la nature même des hémorragies trouve une argumentation solide dans les conduites thérapeutiques et certaines associations morbides . [14]

b- Théorie mécanique et fonctionnelle :

Plusieurs anomalies fonctionnelles ou neuromusculaires sont observées chez les patients se plaignant d'une maladie hémorroïdaire suggérant que les troubles vasculaires observés puissent n'être que la conséquence d'un trouble moteur primitif . [15]

1- Anomalies neuro-sphinctériennes :

Des travaux maintenant anciens ont souligné que la structure du sphincter anal externe était différente chez les patients se plaignant d'une maladie hémorroïdaire (plus de fibres vouées à une activité tonique permanente type l'expliquant probablement que l'activité électrique diurne et nocturne soit plus marquée). Par ailleurs une atteinte neuropathique honteuse interne est également plus souvent observée, volontiers associée à une descente périnéale excessive .On peut donc concevoir que cette activité sphinctérienne accrue puisse contribuer au développement des symptômes hémorroïdaires. [16] [17]

2- Lésions du matériel d'ancrage :

L'analyse anatomopathologique des hémorroïdes suggère d'importantes altérations du matériel d'ancrage fibromusculaire, ces lésions pourraient favoriser la survenue d'une procidence hémorroïdaire et de modifications vasculaires anatomiques (ectasies, dépôts hyalins intra-parietaux, thromboses et oblitérations). [18] [15]

3- Anomalies manométriques du canal anal :

Les anomalies manométriques du canal anal sont les perturbations fonctionnelles les plus souvent rapporter par la littérature : il peut s'agir d'une prévalence plus élevée d'ondes ultra lentes, d'une augmentation du tonus de repos du canal anal, de l'absence de relaxation de la partie basse du canal anal lors de la stimulation par distension rectale . [19] [20]

En conclusion, la maladie hémorroïdaire relève très probablement d'un processus multifactoriel où sont impliqués des facteurs vasculaires et des facteurs mécaniques sans qu'on puisse nettement préciser qu'elles sont ceux qui sont la cause et quels sont ceux qui sont la conséquence.

3. Facteurs déclenchants

Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer la survenue des hémorroïdes : âge, sexe, race, hérédité, habitudes posturales, diarrhée et constipation, fibrose du canal anal, ou hypertonie du sphincter anal interne. Aucun de ces facteurs n'a bénéficié d'une responsabilité démontrée, ils jouent un rôle prédisposant

La grossesse et l'accouchement aggravent les symptômes hémorroïdaires. La consommation d'alcool et d'épices renforcent la récurrence des symptômes mais n'entraînent pas la maladie. [24]

4. Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques peuvent survenir brutalement par poussée ou apparaître progressivement à bas bruit pour quelquefois devenir permanentes.

En pratique, il faut distinguer les hémorroïdes externes des hémorroïdes internes qui sont responsables de symptômes différents.

4-1 Hémorroïdes externes

Leur manifestation principale est la thrombose de la marge anale, qui survient brutalement en quelques heures et représente souvent la première manifestation de la maladie. Elle se caractérise par :

□ Une tuméfaction bleutée, unique ou multiple, plus ou moins oedematiée, lui donnant quelquefois un aspect translucide trompeur.

□ La douleur qui est permanente, non rythmée par la défécation, d'emblée maximale mais d'intensité variable, en relation avec le degré de tension sous la peau.

Les symptômes disparaissent le plus souvent spontanément, en quelques jours. La tuméfaction pouvant nécessiter quelquefois deux à trois semaines pour se résorber complètement.

Le caillot de sang s'élimine parfois au travers d'une érosion du revêtement cutané, ce qui soulage la douleur mais provoque un saignement non lié à l'exonération qui tâche les sous-vêtements et inquiète volontiers le patient. Lors de la cicatrisation, ces thromboses externes peuvent être à l'origine de replis de peau séquellaires appelés marisques, habituellement non symptomatiques mais parfois responsable d'un prurit, de difficultés d'essuyage ou d'une gêne esthétique. [25]

4-2 Hémorroïdes internes

4-2-1 Signes fonctionnels :

La maladie hémorroïdaire interne se manifeste principalement par un saignement ou un prolapsus, mais ces deux symptômes peuvent évoluer indépendamment et ne sont pas toujours associés.

□ Les rectorragies : symptôme principal, Il s'agit typiquement de saignements de sang rouge rutilant survenant à la fin de la selle, rythmés par la défécation, de faible abondance, éclaboussant parfois la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage.

□ Le prolapsus ou la procidence hémorroïdaire :

Le prolapsus correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal. Il peut être circulaire ou localisé, perçu ou non par le patient et classe les hémorroïdes en quatre (4) grades ou stades.

□ Autres symptômes :

o La douleur : elle traduit habituellement une complication de la maladie hémorroïdaire ;

o Le prurit ;

o Un suintement ;

o Une pesanteur anale ;

o Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle [26]

4-2-2 Complication

□ Crypto-papillites : Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs,

□ Thrombose hémorroïdaire interne :

o Rare, elle est responsable d'une vive douleur intracanalair.

o Au toucher rectal, on perçoit un petit nodule dur et douloureux.

o L'anuscopie confirme le diagnostic en visualisant un nodule tendu de couleur bleu.

□ Prolapsus hémorroïdaire thrombosé :

o Il s'agit d'une thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne sont pas réintégrés dans le canal anal.

o Une réaction oedémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante.

□ Anémie : Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde.

4-2-3 Examen clinique

Le malade doit être en position genu-pectorale, avoir le rectum vide. Il faut un très bon éclairage.

□ **Inspection** : réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule). [26]

□ **Toucher anorectal** : Il permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique au niveau du canal anal et/ou du rectum et apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire, recherche une douleur localisée.

□ **Anuscopie** :

Permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires.

La pathologie hémorroïdaire est ainsi classée en 4 stades de gravité croissante[27] :

Grade Examen proctologique

I Hémorroïdes congestives non procidentes

II Hémorroïdes procidentes à l'effort et spontanément réductibles

III Hémorroïdes procidentes à l'effort et réductible par les manoeuvres digitales

IV Hémorroïdes procidentes en permanence et non réductible par les manoeuvres digitales

5. Examens complémentaires

Le diagnostic de rectorragies sur pathologie hémorroïdaire doit être un diagnostic d'élimination. Une exploration endoscopique colique avec au minimum une recto-sigmoidoscopie doit être réalisée. [27]

6. Evolution :

En ce qui concerne les hémorroïdes externes l'évolution se fait toujours favorablement .il faut néanmoins signaler , parfois , l'apparition d'une ulcération cutanée au niveau des hémorroïdes externes entraînant un saignement externe .Enfin, plus rarement, on constate l'apparition de marisque séquellaire.

Pour les hémorroïdes internes , l'évolution se fait selon les grades vu précédemment et la complication la plus fréquente susceptible de survenir est une thrombose soit l'hémorroïde interne ou bien pour un prolapsus qui constituent une urgence thérapeutique.

L'anémie et les cryptopapillites sont aussi des complications qui peuvent survenir.

7. Diagnostics différentiels :

Devant la douleur anale aiguë : Une fissure anale ,un abcès anal ,les infections sur l'herpès anal

Devant la tuméfaction de la marge anale : Le cancer du canal anal ou de la marge anale ,l'abcès anal,les condylomes acuminés

Devant la rectorragie : Eliminer le cancer du rectum, l'ulcération thermométrique et les autres causes d'émission de sang rouge par la voie basse.

Devant une masse prolapsée lors des efforts : le prolapsus rectal : facilement reconnue par sa couleur rosée et ses plis circulaires ,Un polype pédiculé du rectum. [23]

8. Traitement :

La maladie hémorroïdaire demande une réponse thérapeutique ciblée sur trois manifestations cliniques : les rectorragies, les douleurs et le prolapsus.

a- Buts : contrôler les manifestations cliniques en préservant les structures anatomiques nécessaires à la continence fine.

b- Moyens :

1-Traitement médical non instrumental :

Il doit toujours être proposé

Règles hygiéno-diététiques : assurer une hygiène locale ,r éregulariser le transit à l'aide d'un régime riche en fibres ou à l'aide de laxatifs non irritants à base de mucilages ,l utter contre la sédentarité et éviter les efforts de poussée excessive

Médicaments par voie générale : pour leurs effets réputés vasculotropes et anti-inflammatoires, les phlébotoniques sont largement prescrits, bien qu'inefficaces. Différentes molécules à base de flavonoides, de diosmine, de ginkgo biloba sont disponibles.

□ Les antalgiques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs de la thrombose hémorroïdaire.

□ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont un effet antalgique rapide sur la thrombose hémorroïdaire oedémateuse.

Médicaments par voie locale : ils associent, à des degrés divers, différents topiques cutanés, des phlébotoniques, des anti-inflammatoires, des antiseptiques, des anesthésiques locaux, des antispasmodiques ou des anticoagulants. Ils permettent de calmer la douleur, de lutter contre une réaction inflammatoire et de lubrifier le canal anal.

2- Traitement instrumental

□ Consiste à provoquer au niveau des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle aboutissant à la fixation de la muqueuse anale au sphincter interne et l'obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu du pédicule hémorroïdal supérieur, l'agent appliqué au sommet du plexus hémorroïdaire interne peut être d'origine thermique (photo coagulation infrarouge) ou chimique (injections sclérosantes).

□ Ou consiste à réduire le volume hémorroïdaire par un agent traumatique (ligature élastique) qui provoque l'élimination par strangulation et nécrose ischémique de tout ou partie du paquet hémorroïdaire interne.

□ Les trois principaux traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire validés dans la littérature sont les injections sclérosantes, la photo coagulation infrarouge et la ligature élastique . D'autres techniques (coagulation bipolaire ou bicap, cryothérapie) sont disponibles. Leur usage est moins bien codifié. [28]

Les injections sclérosantes

La technique consiste à injecter un à deux millilitres d'un produit sclérosant dans l'espace sous muqueux et sus-hémorroïdaire. Le produit le plus souvent utilisé est le chlorhydrate double de quinine et d'urée (kinurea h). [29] [30]

La photo coagulation infrarouge

Elle consiste à créer une lésion à l'aide d'un appareil qui transforme en chaleur un rayonnement infrarouge émis par une ampoule de tungstène. 3 à 6 tirs d'une seconde en zone sus-pectinéeale sont réalisés par séance créant ainsi une petite ulcération qui cicatrise en 2 à 3 semaines. [29]

Ligature élastique

Le ligateur est introduit à travers un anoscope et permet la mise en place d'un élastique à la base d'un paquet hémorroïdaire interne qui a été aspiré, l'hémorroïde strangulée se nécrose et laisse secondairement place à une cicatrice scléreuse rétractile en 2 à 3 semaines. [29]

3 -Traitement chirurgical

La chirurgie n'est en théorie *nécessaire* que chez 10% des malades.

□ L'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan :

- Est la plus utilisée en France

- Ligature des 3 branches de l'artère hémorroïdale supérieure avec excision des trois paquets hémorroïdaires principaux,

- Délai de cicatrisation de 4 à 6 semaines.

□ L'hémorroïdectomie pédiculaire fermée de FERGUSON : est la plus utilisée aux Etats-Unis.

□ L'anopexie par agrafage circulaire (technique de LONGO) :

- Ligature circulaire complète des pédicules vasculaires muqueux et sous muqueux des hémorroïdes internes et correction du prolapsus muqueux en réalisant une résection de la muqueuse procidente immédiatement audessus du canal anal.

- Elle ne réalise pas une hémorroïdectomie mais une réduction du prolapsus muqueux dans le canal anal ; une anopexie.

-Les complications et surtout les douleurs postopératoires sont beaucoup moins fréquentes que la technique d'hémorroïdectomie.

□ Incision ou mieux excision des thromboses hémorroïdaires externes.

□ Ligature des artères hémorroïdaires sous contrôle doppler [10] : Le principe de cette technique consiste à repérer, puis à ligaturer les branches des artères qui cheminent dans la paroi rectale en direction du réseau hémorroïdaire interne. Pour ce faire, on utilise un rectoscope dédié qui est équipé d'un transducteur doppler inclus dans sa paroi permettant de mettre en évidence le signal de ces artères. Il est alors possible de les lier par un point en x de fil 2/0 résorbable (acide poly glycolique) muni d'une aiguille sertie courbe via une fenêtre latérale spécialement aménagée dans le rectoscope et située au dessus du transducteur. Une demi-douzaine de ligatures sont en général réalisées sur la circonférence du bas rectum à deux niveaux distants l'un de l'autre d'une vingtaine de millimètres, la seconde exploration doppler se faisant sur toute la circonférence, après avoir ajouté une bague spécifique sur la base du rectoscope. Ces rangées de ligatures siègent entre 10 et 30mm au dessus de la ligne pectinée, leur efficacité est vérifiée par la diminution du signal doppler. L'objectif est ainsi de dévasculariser le tissu hémorroïdaire interne de telle sorte qu'il se « collabe » et se « décongestionne ». [31] [32]

4- Indications

Seuls les malades symptomatiques doivent être traités et après s'être assuré de l'absence d'une pathologie colique associée.

□ Thrombose non oedémateuse : traitement médical

□ Thrombose oedémateuse : AINS, incision ou excision locale

□ Pathologie hémorroïdaire grade I et II : régularisation du transit, photo coagulation infrarouge, sclérothérapie, ligatures élastiques,

□ Pathologie hémorroïdaire grade III : ligature élastique, chirurgie,

□ Pathologie hémorroïdaire grade IV : chirurgie,

□ La ligature des artères hémorroïdaires sous contrôle doppler avec mucopexie serait possible à tous les stades de la maladie hémorroïdaire . [23]

VII. FISTULE PERI-ANALE :

1. Définition :

La fistule anale (ou ano-rectale) est l'apparition d'un conduit entre le canal anal et la peau, pouvant traverser le sphincter anal. Cette affection est généralement due à une infection locale à l'origine d'un abcès dont le contenu va progressivement s'extérioriser.

2. Physiopathologie :

Pour la grande majorité des fistules anales, il est admis que le point de départ de la suppuration est une infection non spécifique d'une glande anale dite de **Hermann et Des fosses**. Dans tous les autres cas, la suppuration est secondaire à une cause spécifique tels que :

- Tuberculose, actinomyose ,lymphogranulomatose vénérienne ,Colite ulcéreuse (maladie de Crohn surtout) ,Corps étranger Traumatismes (empalement) Carcinomes et Radiothérapie, curiethérapie.

Les glandes anales s'ouvrent normalement dans ou au voisinage immédiat des cryptes, et donc de la ligne pectinée. On parle alors de suppuration cryptique ou cryptoglandulaire, termes synonymes d'idiopathique, puisque la cause de cette infection n'est pas connue. La survenue d'une stase fécale à ce niveau constituerait le premier temps d'une infection dont la diffusion « rétrograde » se ferait en suivant le trajet anatomique de la glande et donc à travers le sphincter interne, jusqu'à l'espace inter-sphinctérien, pour aboutir à la formation d'un abcès intersphinctérien.

De cette suppuration initiale partirait la quasi-totalité des fistules au sein des espaces conjonctifs péri ano-rectaux, qui, peu vascularisés, se défendraient mal contre l'infection .

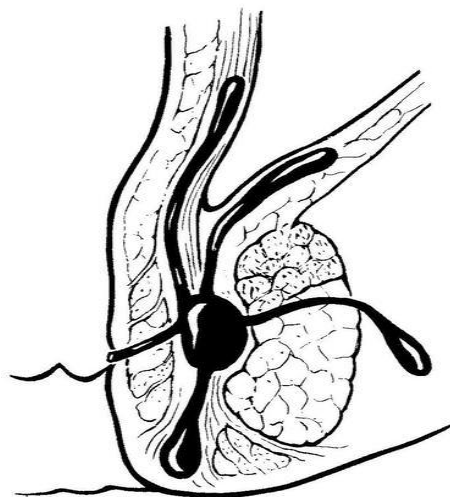


Figure 08 : L'infection inter-sphinctérienne primaire de Parks et ses voies de diffusion

L'infection glandulaire évolue rapidement en abcès à germes intestinaux et se draine dans les espaces périnéaux de moindre résistance. Cette phase aiguë de la maladie fistuleuse cryptoglandulaire doit être différenciée d'un abcès compliquant une maladie sous-jacente. Parmi ces abcédations dites secondaires, il faut mentionner les abcès liés à une fissure, à une hidroadénite suppurée, à l'infection d'une glande sébacée, à un sinus pilonidal proche de l'anus ou à une

maladie vénérienne ano-rectale. En présence de récurrence ou de trajets fistuleux multiples, la question d'une maladie de Crohn sous-jacente doit être posée et la maladie inflammatoire recherchée. Finalement les abcès compliquent fréquemment les plaies traumatiques ano-rectales (lésion sur corps étranger, plaie pénétrante, lésion iatrogène chirurgicale, obstétricale ou endoscopique) et peuvent être difficile à relier à leur cause, en particulier si celle-ci est ignorée ou occultée volontairement par le patient à son médecin . [33] [34]

3. Manifestations cliniques :

Il existe deux aspects principaux : une forme aiguë qui est un abcès et une forme chronique qui est un simple écoulement.

a) L'abcès se manifeste par une douleur localisée à une partie de l'anus ; au début, elle est modérée puis devient progressivement très intense et même intolérable. Elle est pulsatile pouvant entraîner une insomnie. En même temps, apparaît une grosseur au niveau de l'anus souvent recouverte d'une peau très rouge, très douloureuse dans la position assise ou au toucher. Il peut s'y associer une sensation de fatigue et une température élevée. Cette grosseur peut s'ouvrir spontanément pour évacuer le pus, ce qui soulage immédiatement la douleur. Si l'ouverture n'est pas spontanée, on peut la provoquer par une incision de la peau.

Une forme particulière est réalisée par l'abcès intersphinctérien (ou intra-mural) qui donne une douleur très haute dans le rectum, sans grosseur au niveau de la marge anale et avec très souvent des troubles urinaires.

L'examen, dans cette forme d'abcès, est très douloureux et va chercher à évaluer l'importance de cet abcès et éventuellement de retrouver l'orifice primaire.

Ces abcès, qu'ils soient incisés ou qu'ils se soient ouverts spontanément, vont évoluer vers une forme chronique avec un écoulement parfois entrecoupé de poussées de rétention réalisant de nouveaux abcès.

b) La forme chronique : elle peut s'installer d'emblée ou succéder à un abcès incisé ou évacué spontanément. Il existe un écoulement plus ou moins purulent par un ou plusieurs orifices situés sur la peau de l'anus : on parle d'orifice externe ou orifice secondaire. Dans le cas particulier de la fistule en fer à cheval, il y a un orifice de chaque côté de la ligne médiane.

L'examen n'est pas douloureux et va essayer de préciser la hauteur du trajet et de trouver l'orifice primaire responsable de cette fistule.

Les examens complémentaires ne sont utiles que dans certaines formes, en particulier, l'échographie endo-anale et l'IRM peuvent être demandés dans des formes poly-opérées ou compliquées. [8]

4. Examens complémentaires :

a. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :

L'IRM est la technique préopératoire la plus précise pour la classification de la fistule anale et la plus performante dans l'évaluation du trajet primaire et de tous les prolongements. Tandis que l'IRM est généralement la technique préférée, l'échographie endo-anale est de façon concluante supérieur à l'examen clinique particulièrement en facilitant la détection de l'orifice interne. L'échographie endo-anale peut être employée quand l'IRM est indisponible ou l'expertise dans son interprétation manque . [37]

Les indications d'une exploration par l'imagerie d'une fistule ano-périnéale sont en rapport avec soit la crainte d'une récurrence, soit avec la crainte d'une incontinence anale après chirurgie :

- La récurrence après une ou plusieurs cures chirurgicales.
- un orifice externe situé à distance de la marge anale et / ou s'abouchant en regard des quadrants antérieurs de la marge ou survenant dans un contexte connu ou probable (diarrhée traînante) de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Crohn ou RCH). Ces fistules sont en effet suspectes d'emblée soit de complexité, soit d'être haut situées.

L'absence d'identification de l'orifice interne. Dans cette indication, l'échographie endo-anale est probablement plus performante que l'IRM. [38]

b. L'échographie endocavitaire :

L'échographie endocavitaire est un examen diagnostique très utile dans l'étude des fistules anales complexes, qui complète l'examen physique. Son exactitude diagnostique est plus grande que ce dernier, de ce fait permettant à la chirurgie d'être mieux projetée. L'exactitude diagnostique de l'échographie endocavitaire ne diminue pas de manière significative dans des fistules complexes récurrentes par rapport aux fistules primaires . [35]

Tandis que l'IRM reste supérieure de tous points, l'échographie endo-anale est une alternative viable pour l'identification de l'orifice interne .

Elle est inutile pour la plupart des fistules cryptoglandulaires inférieures, où l'exploration clinique peut parfaitement délimiter les trajets et les orifices internes. En revanche, elle est recommandée pour la fistule complexe, la fistule récidivante, les patients présentant une maladie inflammatoire, et le doute sur la présence des lésions sphinctériennes occultes (obstétricales, traumatique, etc...),[36]

c. La tomодensitométrie (TDM) :

La TDM n'a pas d'intérêt dans les fistules anales . Elle a été utilisée essentiellement au cours de la maladie de Crohn . Sa faible résolution dans l'exploration du complexe sphinctérien, contrastant avec l'importance de l'irradiation, fait d'elle un examen inutile en matière de fistules anales.

L'étude scanographique du périnée s'intègre dans une exploration plus globale du pelvis, des chaînes ganglionnaires inguinales et rétropéritonéales . [39]

d. Fistulographie :

C'est la plus ancienne technique, elle est actuellement peu utilisée ,elle est inutile dans les fistules anales simples, elle a été utilisée dans les fistules récidivantes. Mais son interprétation est difficile.

Le chirurgien a intérêt à participer à l'examen radiologique . [40]

Pour KUIJPERS , son interprétation n'est correcte que dans 20% des cas. Dans 12% des cas, elle entraînerait une extension en hauteur de la suppuration ou son ouverture dans le rectum, et devient à cause de cela une technique dangereuse.

e. Manométrie ano-rectale .

Son principe est la mesure des pressions enregistrées au niveau du canal anal au repos, lors de la contraction volontaire et lors de la distension rectale isovolumique. Le but est une évaluation objective du tonus basal, de la contraction volontaire au niveau du canal anal et de la capacité d'adaptation de l'ampoule rectale par la mesure de la compliance rectale . [41]

Elle est utile dans les fistules complexes ou chez les malades ayant des antécédents de chirurgie proctologique ou de traumatisme obstétricaux pour l'évaluation du risque sur la continence .

Elle permet ainsi d'orienter la conduite thérapeutique et améliorer les résultats postopératoires. [42]

f –Autres :

La radiographie pulmonaire :

La recherche de BK (bacille de koch) dans le pus de la fistule :

La recto-sigmoïdoscopie et coloscopie :

L'étude sérologique :HIV,HVB,HVC, TPHA/VDRL

5. Classification des fistules (Parks):

C'est la plus utilisée. Sa précision et sa simplicité expliquent qu'elle se soit largement imposée. Elle est basée sur le postulat d'un point de départ cryptique des fistules anales et sur la disposition du trajet principal, par rapport au muscle élévateur de l'anus (levator ani) et par rapport au sphincter externe ; le trajet principal étant défini comme celui qui relie les orifices primaires et secondaire. [50]

Parks et al distinguent 4 groupes de fistules (figure 5) :

a. Les fistules inter-sphinctériennes :

Sont les plus fréquentes, 45 à 60% des cas. Elles traversent le sphincter interne à partir de la crypte originelle pour rejoindre l'espace inter-sphinctérien. Elles respectent le sphincter externe. Dans la majorité des cas le trajet fistuleux rejoint le périnée au voisinage immédiat de la marge anale réalisant une fistule simple. Moins fréquemment il n'y a pas d'orifice secondaire périnéal car l'infection remonte vers la paroi rectale ou vers l'espace pelvirectal supérieur avec formation ou non d'un orifice de drainage dans le rectum .

b. Les fistules trans-sphinctériennes :

20 à 30% des cas, traversent le sphincter externe. Le trajet fistuleux rejoint le périnée à travers l'espace ischioanal. la hauteur de la traversée du sphincter externe définit les fistules trans-sphinctériennes basses ou hautes .

c. Les fistules supra-sphinctériennes :

20%, initialement inter-sphinctériennes, contournent par en haut la totalité du sphincter externe mais aussi du muscle élévateur de l'anus. Elle le traverse pour rejoindre le périnée.

d. Les fistules extra-sphinctériennes :

Sont nettement plus rare (<3%). Le trajet se trouve tout entier en dehors du sphincter externe. Il s'agit en fait de fistules recto-périnéales qui peuvent avoir comme origine l'évolution iatrogène d'une fistule anale d'un des types précédents ou toute autre origine : suppuration d'origine abdominale, pelvienne, infection osseuse, maladie de Crohn, ect.

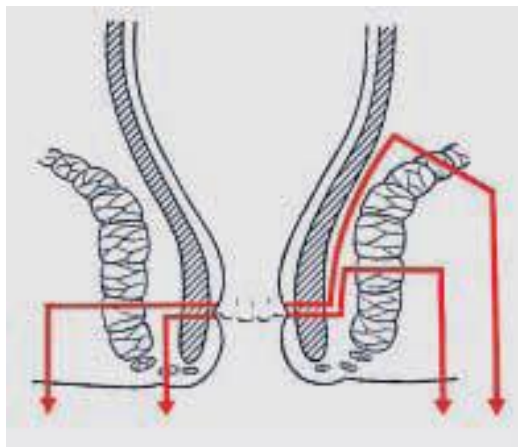


Fig09 : Classification de Parks

- A) Fistules trans-sphinctériennes basses
- B) Fistules inter-sphinctériennes
- C) Fistules trans-sphinctériennes hautes
- D) Fistules supra-sphinctériennes

Cas particuliers :

- Les fistules doubles : ont deux orifices primaires (2%).

- Les fistules triples :

Elles ont trois orifices primaires mais sont exceptionnelles (0,2%).

- Les fistules en Y :

Elles comportent un seul et même orifice primaire : le trajet d'abord unique se divise en deux au niveau du sphincter externe pour donner deux traversées musculaires (0,6%). Il faut bien les différencier des fistules en fer à cheval

6.Evolution :

L'évolution spontanée d'une fistule anale ne se fait jamais vers la guérison. Le parcours sera émaillé de poussées inflammatoires douloureuses allant jusqu'à l'abcédation qui conduira à une intervention en urgence avec des phases de suppurations chroniques en règle non douloureuses. Ces poussées suppuratives successives aggravent souvent la situation avec le temps, en créant de nouveaux trajets fistuleux qui peuvent diffuser plus profondément dans la fesse du côté contolaterale ou dans la paroi du rectum.

7.Diagnostic différentiel :

1. Les suppurations en rapport avec le canal anal : les fissures infectées l'infection des glandes sous-péctinées, le cancer anal à forme fistuleuse.

2. Les suppurations d'origine sus-anale . Les fistules anales tuberculeuses ,les suppurations ano-périnéales de la maladie de Crohn .Les cancers colo-rectaux ,les fistules recto-vaginales , les fistules d'origine iléo-coliques (dans la maladie de Crohn ,la rectocolite hémorragique ,la diverticulite colique)

3. Les suppurations d'origine indépendante de l'ano-rectum .la maladie de verneuil Le sinus pilonidal , Les kystes périnéaux :-Les lésions osseuses suppurées ,les infections génito-urinaires ,Histiocytose X.

8.Traitement de la fistule anale :

a. Fistulotomie :

La fistulotomie consiste en la mise à plat et au curetage du «tunnel fistuleux». Cette technique est réservée aux trajets muco-cutanés ou très distaux qui ne touchent pas les fibres musculaires sphinctériennes .En cas de trajet inter-sphinctérien, ou trans-sphinctérien inférieur situé en arrière, le trajet fistuleux peut être mis à plat sur toute sa longueur . [43]. [44].

b.Fistulectomie :

Par fistulectomie, on entend l'excision complète de l'ensemble du trajet fistuleux et de son orifice primaire. Le revêtement cutané qui couvre la fistule est excisé avec le cordon fistuleux et la guérison se fait per secundam. Le muscle sphincter est incisé à minima et peut être reconstruit par suture directe en cas de nécessité Cette technique s'applique aux fistules les plus distales, c'est-à-dire les fistules périnéales, inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes distales. [43]

c- technique de drainage par séton :

Cette technique a été largement diffusée et codifiée par les travaux d'Arnous et Parnaud. Il s'agit de mettre à nu la portion du sphincter sous-jacente au trajet fistuleux, avant d'en réaliser la section lente par un lien élastique. Elle concerne les fistules trans-sphinctériennes supérieures et supra-sphinctériennes.

Elle consiste en l'ouverture de la fosse ischio-rectale, l'incision (fistulectomie) du trajet extra-sphinctérien, avec mise en place d'un drain dans le trajet fistuleux identifié. Pour cela, une pastille de peau de 1 cm de diamètre environ est découpée autour de l'orifice secondaire, après cathétérisme du trajet par un fil de bronze. Une pince mise sur cette collerette cutanée permet de mobiliser le trajet fistuleux et d'en réaliser l'exérèse au bistouri électrique, jusqu'au niveau du sphincter au ras duquel il est sectionné, le repère de la traversée sphinctérienne étant laissé en place. Puis la face interne du sphincter anal va être mise à nu par section successive de la peau de la marge, depuis l'excision cutanée précédemment faite, de la muqueuse du canal anal, jusqu'à l'orifice primaire endo-canalair. [43]

d- section lente par traction élastique :

On vérifie l'absence de diverticules mal drainés et on remplace le drain par une anse élastique en caoutchouc serré tous les 7 à 10 jours. Cette technique permet progressivement d'abaisser le trajet fistuleux et de sectionner l'appareil sphinctérien au fur et à mesure que se fait une « soudure » des fibres derrière le sétou, selon le principe du bloc de glace traversé par un fil d'acier. On évite ainsi la rétraction immédiate des berges sphinctériennes et la déformation anale qui pourrait survenir après une fistulotomie en un temps. La peau et la muqueuse en regard de la zone de section doivent être réséquées afin de minimiser les douleurs de chaque serrage .

Cette méthode est indiquée en cas de trajet inter-sphinctérien ou trans-sphinctérien inférieur avec : site antérieur ; canal anal court ; mise à plat concomitante d'un prolongement secondaire intramural ; défauts sphinctériens séquellaires d'une chirurgie antérieure ; doute concernant la continence anale (antécédents obstétricaux, traumatiques, diarrhée chronique, etc.). [43]

e- Technique de Denis :

Repérage de l'orifice primaire par injection d'un traceur (air, colorant) dans les orifices cutanés secondaires, dissection du trajet fistuleux à partir de l'orifice secondaire jusqu'au sommet du creux ischio-rectal, le trajet est alors poursuivi dans l'épaisseur du sphincter qui est mis à plat, qu'il s'agisse du pubo-rectal ou du sphincter externe, jusqu'à l'on puisse saisir le stylet introduit par l'orifice primaire. Un drainage souple est alors installé mais toute la partie haute du sphincter a été sectionnée.

Le trajet fistuleux se trouve ainsi abaissé et après cicatrisation de la partie haute du sphincter sectionné, un deuxième temps de mise à plat sera réalisé trois mois plus tard.

On a ainsi transformé une fistule supra-sphinctérienne en fistule trans-sphinctérienne basse [45]

f- Technique de Parks :

Elle comporte un volet de sphinctérectomie interne emportant la crypte incriminée et ses lésions satellites. Une large ouverture de l'orifice externe permet la tunnellation « à ciel fermé » du trajet extra et trans-sphinctérien externe jusqu'à rejoindre la plaie sphinctérienne interne respectant le revêtement cutané et la couche superficielle du sphincter externe .

Malgré son élégance, le recours à cette technique relativement fiable doit être limité à certaines indications très ponctuelles. [46] [47]

g- lambeau de recouvrement ano-rectal (Flap-valve) :

Cette technique relève du désir de conservation optimal de l'appareil sphinctérien. Elle s'adresse donc aux fistules trans-sphinctériennes hautes et aux fistules supra ou extrasphinctériennes, mais aussi utilisée dans les fistules ano-vaginales basses, avec des taux de réussite de l'ordre de 93%. C'est une méthode efficace pour la fistule anale complexe, le risque de récurrence et d'incontinence majeure est bas. Les travaux publiés à ce jour ne permettent pas d'établir sa supériorité sur la technique du sétou .

Cette intervention consiste en l'excision complète du ou des tractus fistulaires au travers du sphincter, à la fermeture de l'orifice musculaire et à la protection de cette suture par l'abaissement d'un lambeau de muqueuse anale au-delà de la ligne de suture musculaire .

L'excision des fistules n'est possible qu'en terrain calme, en présence de tractus devenus

fibreux et si possible drainés par un fil de Seton. L'abaissement muqueux nécessite également un tissu parfaitement sain. Après libération d'un lambeau de muqueuse, cette dernière sera suturée sans tension et sans risque d'ischémie.

Le premier temps opératoire consiste en l'excision complète du trajet fistuleux qui est menée progressivement à partir de l'orifice secondaire par une dissection au contact du tractus fibreux jusqu'à l'orifice interne. Une collerette de muqueuse anale est également excisée.

Le deuxième temps est celui de la fermeture de l'orifice de la paroi musculaire, qui est clos par des points séparés larges d'un monofilament résorbable. La mobilisation du lambeau muqueux représente le dernier temps opératoire. Celui-ci est abaissé ensuite distalement à la suture musculaire, telle une persienne protégeant une fenêtre .

La plaie autour de l'orifice secondaire est laissée ouverte afin d'en assurer le drainage et recouverte d'une mèche grasse pour 24 à 48 heures. [43] [48]

h. Indications :

1. Les fistules trans-sphinctériennes inférieures .Elles sont mises à plat en un seul temps ; soit par fistulectomie complète qui emporte tout le trajet fistuleux, soit par mise à plat, sur pince de Leriche ou sur le stylet, de la traversée musculaire jusqu'à l'orifice primaire. [43]

2. Les fistules trans-sphinctériennes supérieures : Elles sont opérées en deux temps :

□ Le premier temps : consiste en l'exérèse du trajet fistuleux jusqu'au plan musculaire, puis de la mise en place d'une sonde de drainage souple après cathétérisme rétrograde par l'orifice primaire. La cicatrisation est suivie tous les 8 à 10 jours pour éviter les accolements intempestifs, cureter et nitrater les bourgeons.

□ Le deuxième temps : est pratiqué après cicatrisation du premier temps, ce qui demande 2 à 3 mois ; deux attitudes sont possibles :

- Soit mise à plat par section du trajet.

- Soit mise en place d'une traction élastique progressive : on serre le fil de caoutchouc autour du sphincter externe après excision de la zone cutanée sensible et section du sphincter interne. Cette traction sera serrée tous les 8 à 10 jours jusqu'à section complète du muscle, ce qui nécessite 3 à 5 tractions.

Le choix entre ces deux attitudes dépend de l'importance du muscle intéressé par le trajet, de l'architecture globale de la région anale et de l'expérience du chirurgien. [43] [49]

3. Les fistules supra-sphinctériennes . Pour ce type de fistules, une cure en deux voir trois temps est nécessaire. Le principe est de transformer une fistule haute en fistule basse

Le premier temps : Il est souvent difficile de cathétériser le trajet. On sectionne alors la partie haute du muscle strié, ce qui amène à abaisser le trajet fistuleux.

Le deuxième temps est réalisé après cicatrisation, pratiquement 3 mois après le premier temps ; il consistait en la mise en place d'un lien élastique pour la traction progressive. [49]

4. Les fistules inter-sphinctériennes .

Le trajet est Mis à plat sur pince de Leriche, ou sur l'anse de fil métallique.

La section intéresse la couche circulaire du rectum et le sphincter interne de l'orifice cryptique jusqu'à l'orifice rectal secondaire, prolongé vers le bas par une incision en raquette postérieure de drainage . [49]

7.Complications postopératoires :

a. Hémorragie .

b. Infection .

c. Retard de cicatrisation .

d. Incontinence anale

e. Récidive .

.f. La rétention des urines .

g. Le prolapsus muqueux .

h. La douleur anale .

i. Autres .

- Le suintement anal - Le prurit anal

I-Matériels et Méthodes :

1. Type de l'étude :

C'est une étude rétrospective descriptive, comportant une série de 40 patients dont le diagnostic se répartit sur les fistules péri-anales, les hémorroïdes et les fissures anales colligés au service chirurgie générale et viscérale B du CHU Tidjani Damerdji de Tlemcen durant une période de 2 ans allant de Mai 2015 au Mai 2017.

2. Population de l'étude :

Les dossiers colligés au cours de cette étude ont été choisis sur la base des critères suivants :

Critère d'inclusion :

- Les patients pris en charge durant la période de 2 ans, allant de Mai 2015 à Mai 2017 pour une affection proctologique bénigne : fistule péri-anales, hémorroïdes, fissure anale.

- L'âge > 15 ans
- Quelque soit le sexe
- Quelque soit les méthodes thérapeutiques utilisées.

Critères d'exclusion :

- L'âge < 15 ans
- Dossier vide
- cancer se manifestant par une symptomatologie proctologique.

3. Mode de recueil des données

- Les informations exposées dans cette étude proviennent
 - Des registres d'hospitalisations
 - Des dossiers des malades et
 - Des comptes rendus opératoires.

Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations sur des fiches d'exploitation contenant les différentes variables.

4. Variables étudiées :

Pour ce travail, nous avons recueilli les données suivantes :

Les données épidémiologiques :

1- l'identité :

- Age

- Sexe

2- Antécédents :

- Pathologie générale

- Proctologique

Les données cliniques :

- Délai de consultation

- Examen général

- Examen proctologique

Type de pathologie proctologique

Les examens complémentaires

Le traitement :

- L'exploration chirurgicale

- Le geste chirurgical

- Complications

5.FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE :

N° Telephone :

Nom-prénom : ; Age: ans Sexe : M F

Motif de consultation :

- Douleur péri anal : oui non
- Ecoulement péri anal : oui non
- Rectorragie : oui non
- Tumefaction : oui non
- Prurit oui non
- Bilan de mdie de crohn : oui non
- Autre :

Type de consultation :

consultation normale : oui non - consultation en urgence : oui non

Antécédants :

- Médicaux :

Diabète : oui non ; HTA : oui non

Tuberculose : oui non ; localisation :

Maladie sexuellement transmissible : oui non type de la maladie :

MICI connue : RCH : oui non ; Crohn : oui non Si oui Date de Dic
traitements reçus : oui non

Traitement médical oui non

Autre :

- Chirurgicaux :

-Proctologique :

Hémorroïdectomie : oui non ; Fistulectomie : oui non Fissurectomie oui non drainage
d'un abcès perianale oui non

Si oui date : Au CHUT : oui non ; autre lieu :

Extra digestifs: acte : date :

- Traumatisme du périnée: oui _ non _ , date : Type de trauma : Ouvert _ Fermé _

- Toxique : tabagisme : oui non

-Obstetricaux :

Familiaux : Crohn : oui non , RCH : oui non

Autres :

Histoire de la maladie :

- Date de début des symptômes: ... / ... /..... - Date de 1° consultation : ... / ... /.....

- Mode de début : brutal progressive

Signes fonctionnels :

- Douleur anale : continue rythmée par les selles absente
- Ecoulement para-anal : oui non ; type :
- Tuméfaction péri anale: oui non
- Prurit péri-orificiel : oui non
- Trouble de transit : oui non type : constipation diarrhée alternance
- Colopathie fonctionnelle : oui non
- fièvre : oui non
- Trouble urinaire : oui non ; type :.....

Examen général :

TA : ; pouls :..... b/m ; T° : °c ; Poids : Kg

EXAMEN PROCTOLOGIQUE :

Inspection de la marge anale :

- Ecoulement spontané: oui non
- Orifice externe :oui non ;nombre :... ; localisation : àHeure bilatérale : oui non
- Fissure : oui non
- Paquets hémorroïdaires : oui non etat ;
- Marisques hémorroïdaires.

Palpation du canal anal au Toucher Rectal :

- Tonus sphinctérien : normale hypotonie hypertonie
- Orifice externe induré : oui non
- orifice interne induré : oui non
- Trajet perçu : oui non ; profond : oui non

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Anuscopie et rectoscopie :

- Orifice interne vu : oui non ; Issu de pus par OI : ouinon localisation
- Abscesses intra mural : oui non
- paquets hémorroïdaires : oui non
- Fissure : oui non Marisques : oui non
- Autres lésions :
- Muq rectale normale : oui non , type d'anomalie :

Suspicion de lésion spécifique : oui non , Biopsie faite : oui non

anat-path :.....

Fistulographie : oui non

TDM : oui non

IRM : oui _ non _

TPHA (+) (-) ,VDRL (+) (-) ; La sérologie VIH (+) (-)

Analyse microbiologique : ouinon

Résultat :

CLASSIFICATION DES FISTULES :

Fistule :

- Trans-sphinctérienne : haute moyenne basse
- Inter sphinctérienne - Supra sphinctérienne
- Extra sphinctérienne - En fer à cheval
- Fistule double - Fistule en Y
- Trajet indéterminé

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES :

Type I Type II Type III Type IV

TRAITEMENT :

Type d'anesthésie :

Position :

Traitement de la fistule anale :

L'EXPLORATION CHIRURGICALE :

- Injection d'air et /ou bleu de méthylène depuis l'orifice primaire
- Identification de l'Orifice primaire : oui non ; siège :
- Drainage prolongé par un séton - la fistulotomie - la fistulectomie

Traitement de la fissure anale

- sphincterotomie partielle -sphincterotomie totale
- Fissurectomie : Anoplastie

Traitement des hémorroïdes :

Etude anat-path : normale : oui non Si anormale : Granulome : fibrose : Malignité :

Traitement spécifique : oui Si oui type :

Chimiothérapie , Radiothérapie

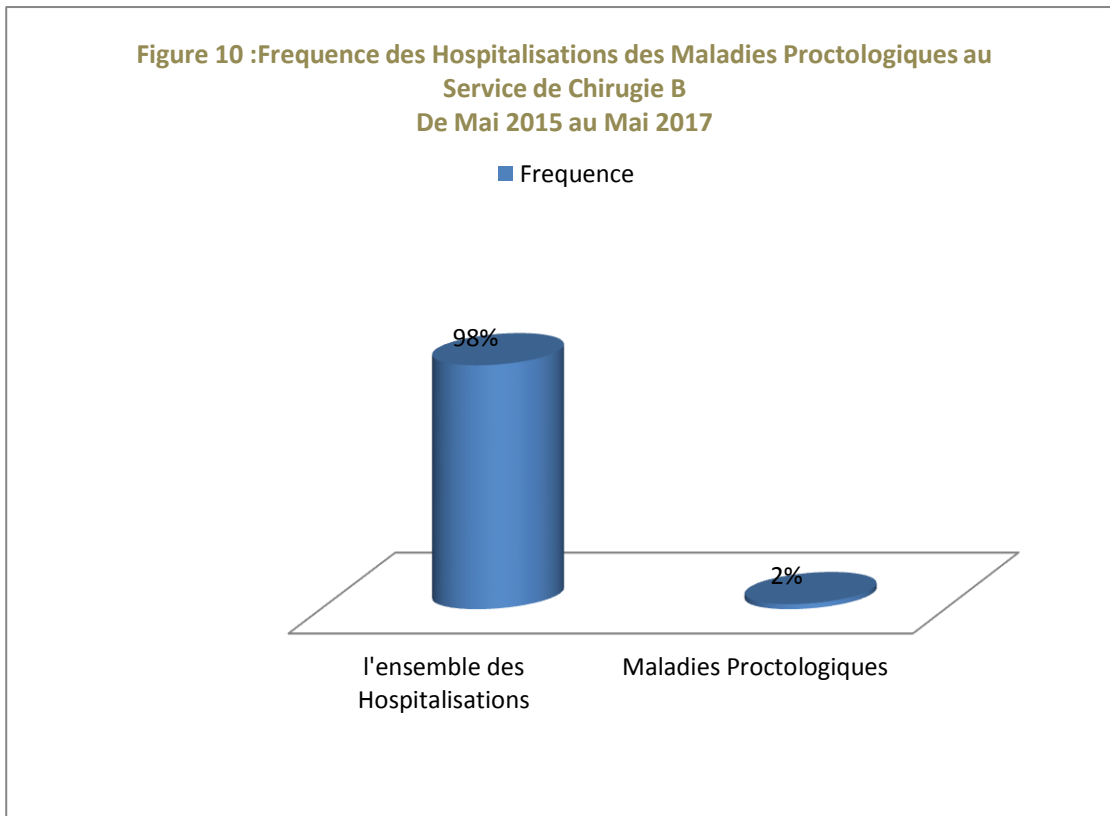
Douleur anale persistant : oui non

II-Resultats :

1-La Fréquence :

Depuis Mai 2015 au Mai 2017 : 2000 Hospitalisations ont été enregistré au niveau du service de Chirurgie B

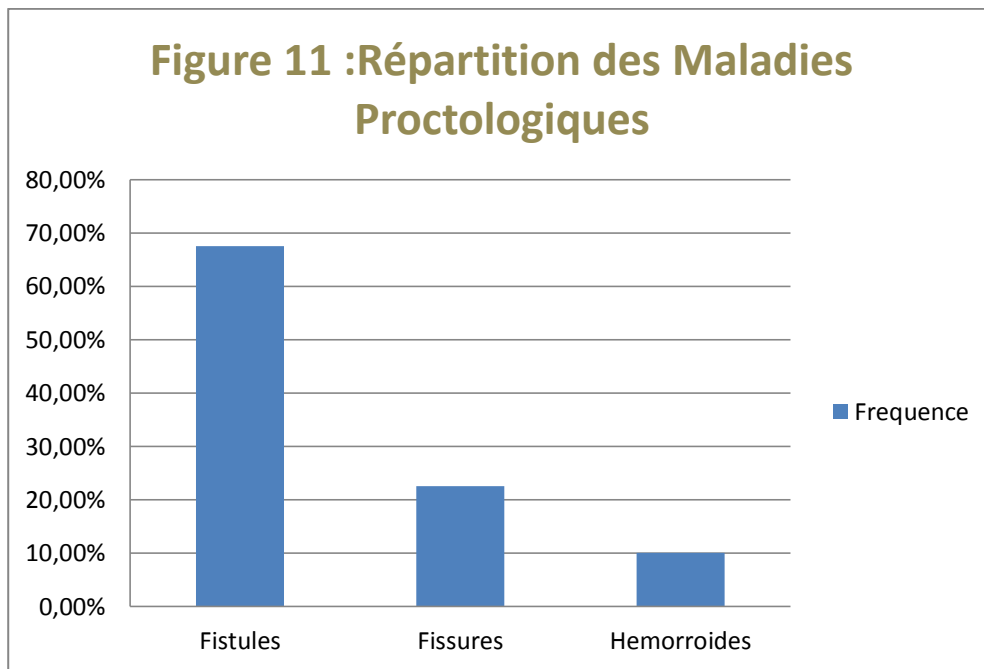
Dont 40 cas étaient des affections Proctologiques qui representent seulement 2% de l'ensemble des hospitalisations .



Les Maladies Proctologiques étaient répartis comme suit :

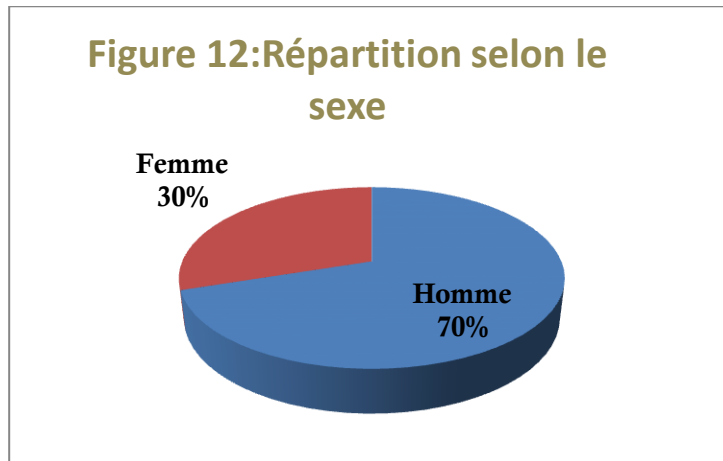
Pathologie	Fistule péri-anale	Fissure anale	Hémorroïde	Totale
Nb de cas	27	9	4	40
Fréquence	67,5%	22,5%	10%	100%

Tableau 1 : repartition de affections proctologiques



2-Le Sexe :

dans notre série de 40 patients depuis Mai 2015 au Mai 2017 nous avons notés 28 cas pour le sexe masculin soit 70% contre 12 cas pour le sexe féminin soit 30% ce qui correspond a un sexe ratio Homme/Femme 2 ,3



Repartition selon le sexe pour les différentes pathologies :

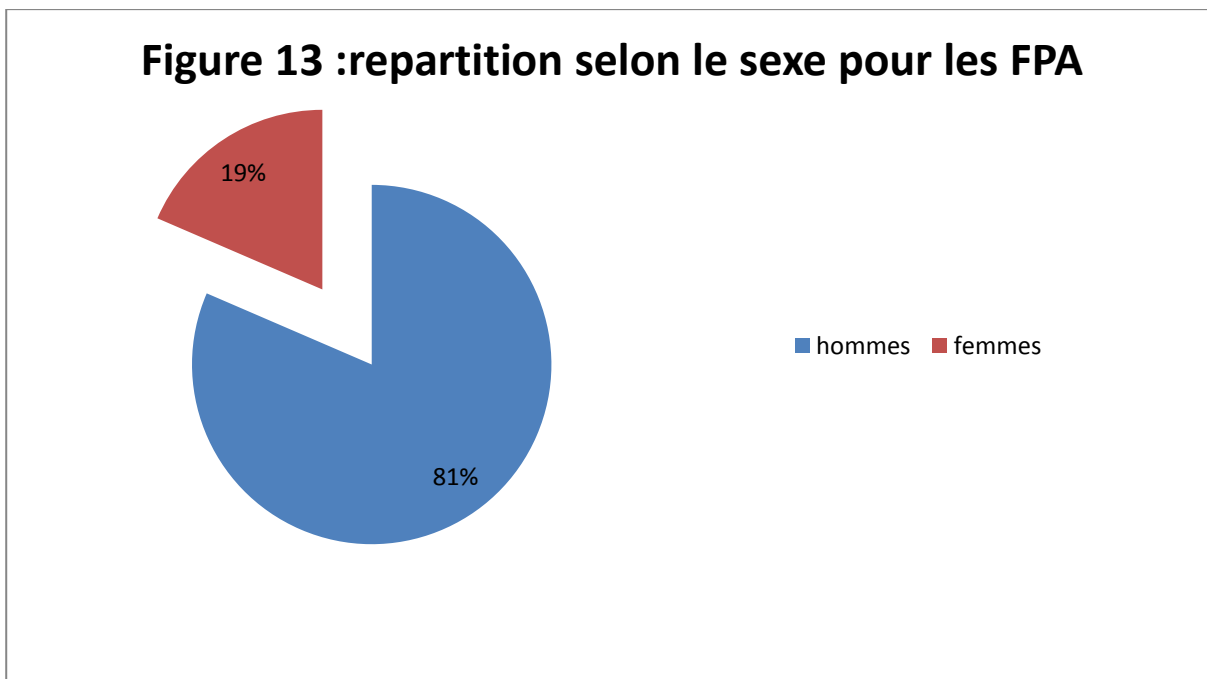


Figure14:Repartition selon le sex pour les FA

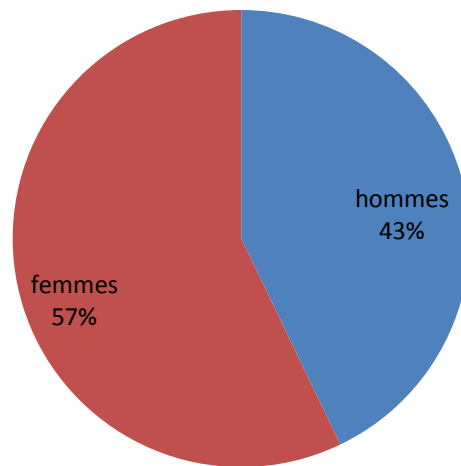
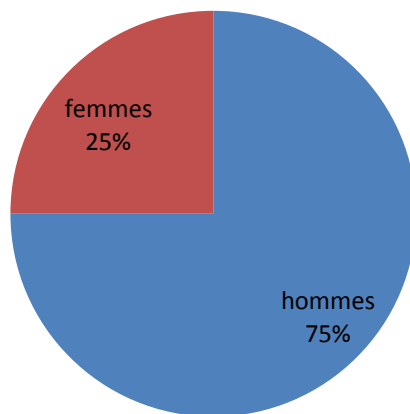


Figure 15 :Repartition selon le sexe pour la maladie hemorroïdaire



3-L'Age :

L'Age de nos patients se situe entre 20 et 65 ans ; la Tranche d'Age 30-39 ans a été la plus touchée

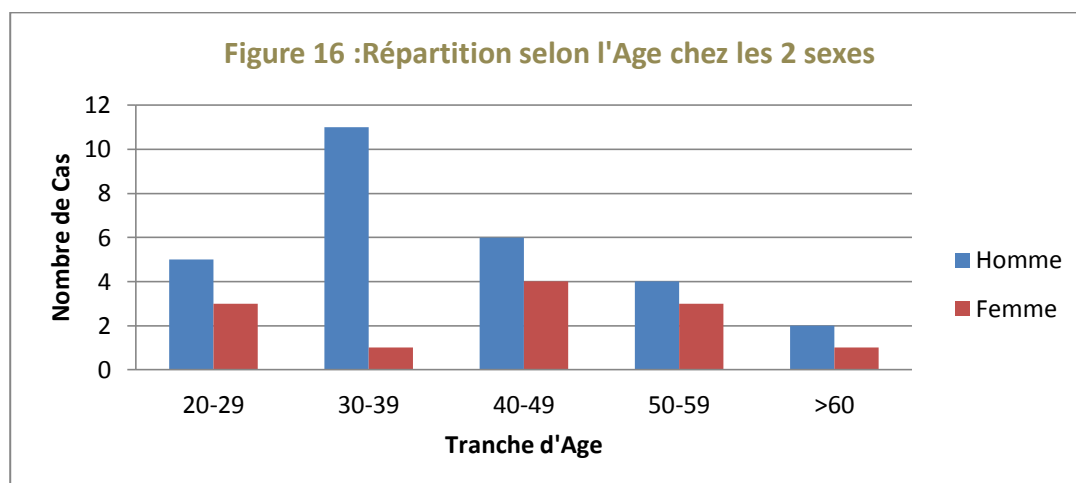
Age	Nombre de Cas	Pourcentage %
20-29	8	20%
30-39	12	30%
40-49	10	25%
50-59	7	17,5%
>60	3	7,5%
Total	40	100%

Tableau 02 .Repartition des patients selon la tranche d'age

Dans notre série, les fistules péri-anales ont touché toutes les tranches d'âge, avec une prédilection chez l'adulte jeune.

Age	Nombre de Cas	Pourcentage %
20-29	4	14.8%
30-39	11	40.7%
40-49	5	18.5%
50-59	5	18,5%
>60	2	7,3%
Total	27	100%

Tableau 03 : Repartition des patients atteints De FPA selon la tranche d'age



4-Les Antécédents :

1. Antécédents d'intervention proctologiques :

02 patients ont été opérés pour fistules Anale (Fistulectomie) soit 5% des cas

02 patients ont été opérés pour abcès peri-anal soit 5 %

2. Antécédents Pathologiques généraux :

- 05 personnes sont diabétiques
- 03 personnes sont tabagiques
- 02 personnes sont suivies pour une hypertension Artériel
- 01 seule personne avait une MICI dans les Antécédents familiaux
- 01 seule personne aux Antécédents de Polyarthrites Rhumatoïde
-

3. Antécédent de prise Médicamenteuse :

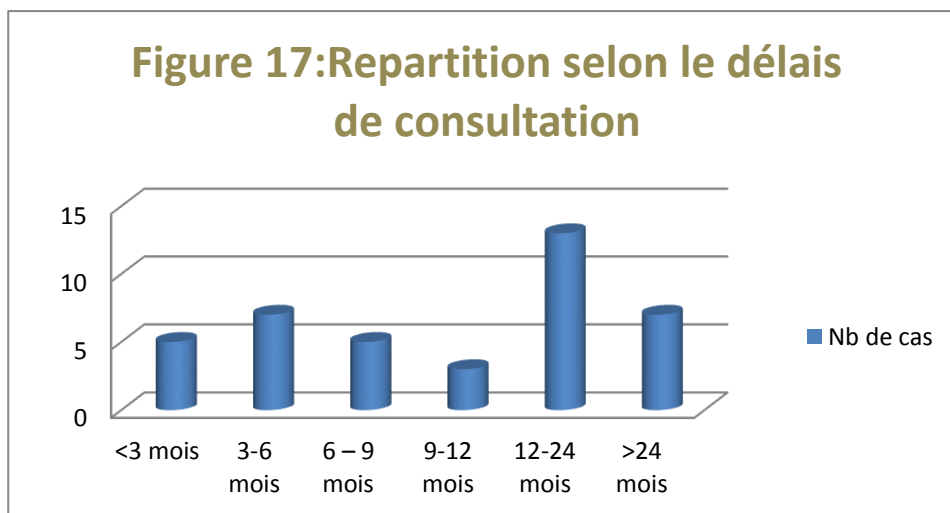
La plupart de nos patients avaient utilisés des médicaments (Antibiotiques , Antalgiques) mais devant la persistance des symptômes , ils ont été adressés au service pour meilleure prise en charge spécialisée

5-Délais de consultation :

Il est défini par le délai écoulé entre la date d'apparition du premier signe clinique et le diagnostic. Le délai moyen de consultation était de 1 an , pour la moitié de nos patients (50%) , le début de troubles remonte a plus d'un an

Délais de consultation	Nombre de cas	Pourcentage %
<3 mois	5	12 ,5 %
3 – 6 mois	7	17,5 %
6 – 9 mois	5	12 ,5 %
9 – 12 mois	3	7,5 %
12 – 24 mois	13	32 ,5%
>24 mois	7	17,5%

Tableau 04 : Repartition des malades selon leur delais de consultation



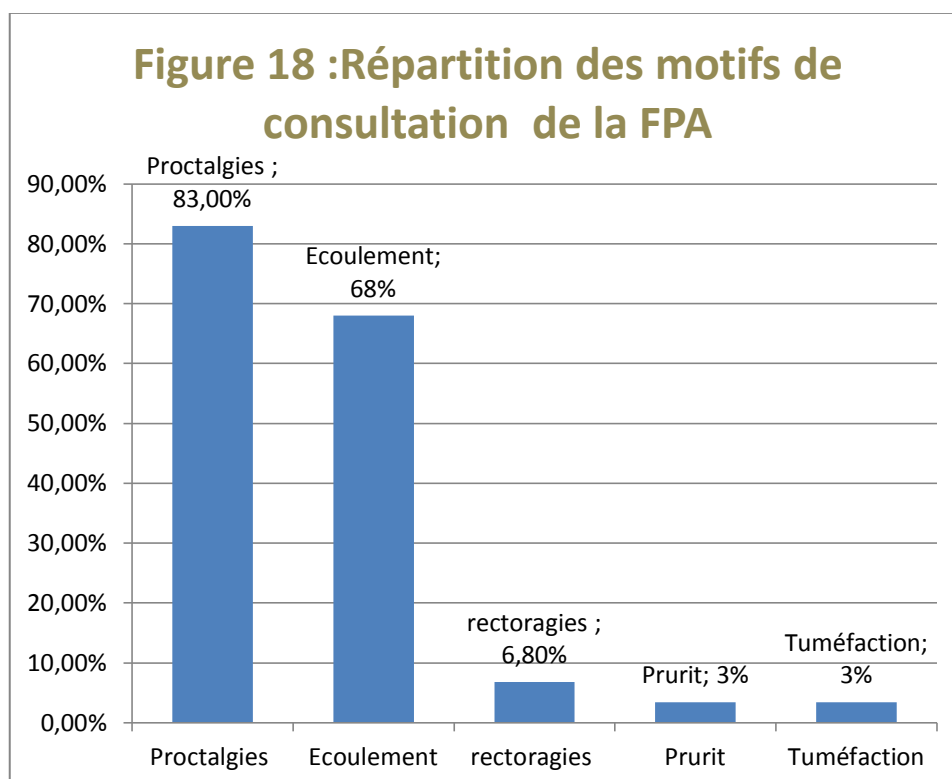
6-Motif de consultation :

a/ Fistules peri-anale :

Les Proctalgies et l'écoulement Péri anal étaient le motif de consultation le plus fréquents avec un pourcentage de 82,5 % et 70% consécutif .

Signes	Nombre de cas	Pourcentage
Proctalgies	24	83%
Ecoulement péri Anal	20	68%
Rectoragie	2	6,8%
Prurit	1	3,4%
Tuméfaction	1	3,4%

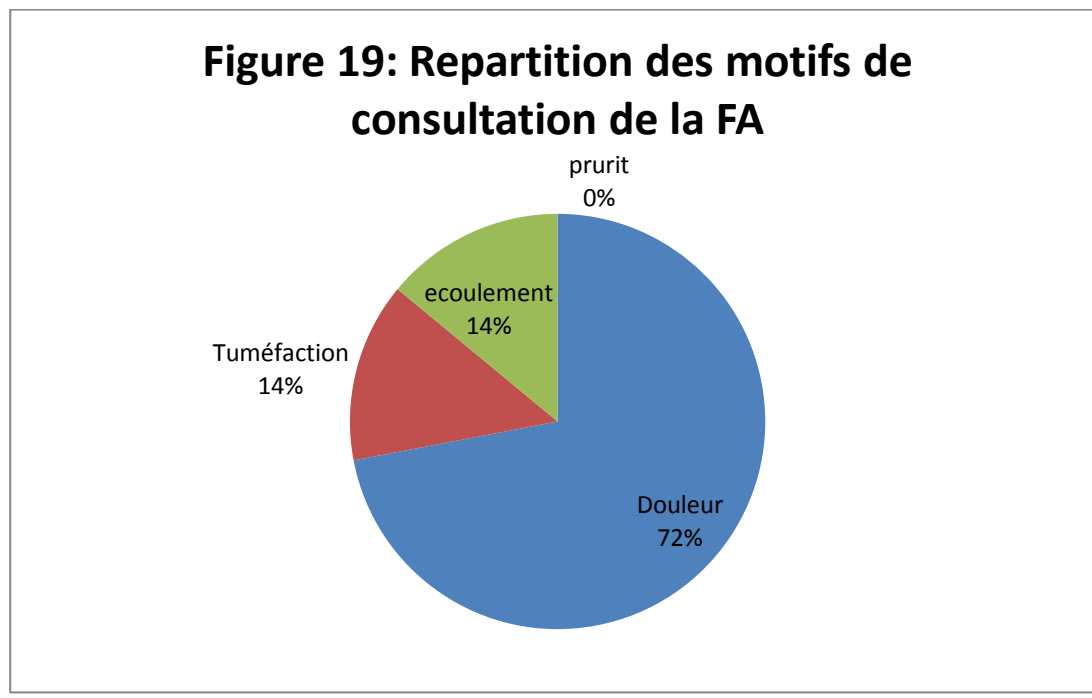
Tableau 05 : Répartition des motifs de consultation de la FPA



b/fissure anale :

Motif de consultation	effectif	pourcentage
Douleur péri-anal	5	72%
Tuméfaction anale	1	14%
Ecoulement anal	1	14%
Prurit	0	0%
total	7	100%

Tableau 06 :Repartition des motifs de consultation de la FA



c/ Hémorroïdes :

03 cas d'hémorroïdes ont consultés pour une réctorragie

01 cas a consulté pour une proctalgie

02 cas ont consultés pour une constipation

7-Signes Fonctionnels :

a/ Fistules péri-anales.

le début des symptômes étaient progressive chez 26 patients soit 90% des cas , alors qu'il était brutal chez 3 patients seulement soit 10% .

L'écoulement péri anale a été retrouvé chez 20 patients soit 70% des cas . de type purulent dans 82,14% des cas , sanglant dans 17,86% .

les proctalgies ont été rapportées par 24 patients soit 82,50% des cas

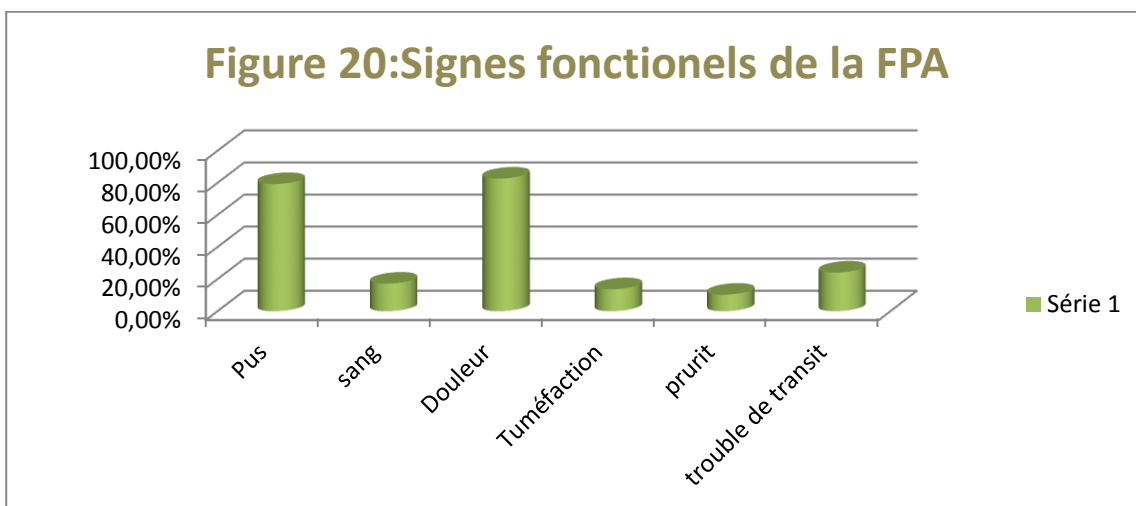
la tuméfaction péri anale a été retrouvée chez 4 patients soit 15% des cas

les troubles de transit a type de constipation dans 25% des cas (7 patients)

les signes urinaires et la fièvre n'ont pas été retrouvés chez nos patients

Signes fonctionnels	Nombre de cas	pourcentage
Écoulement de pus	23	79,30%
Écoulement de sang	5	17,20%
douleur	24	82,70%
tuméfaction	4	13,70%
prurit	3	10,30%
Trouble de transit	7	24,10%
Fièvre	0	0%
Signes urinaires	0	0%

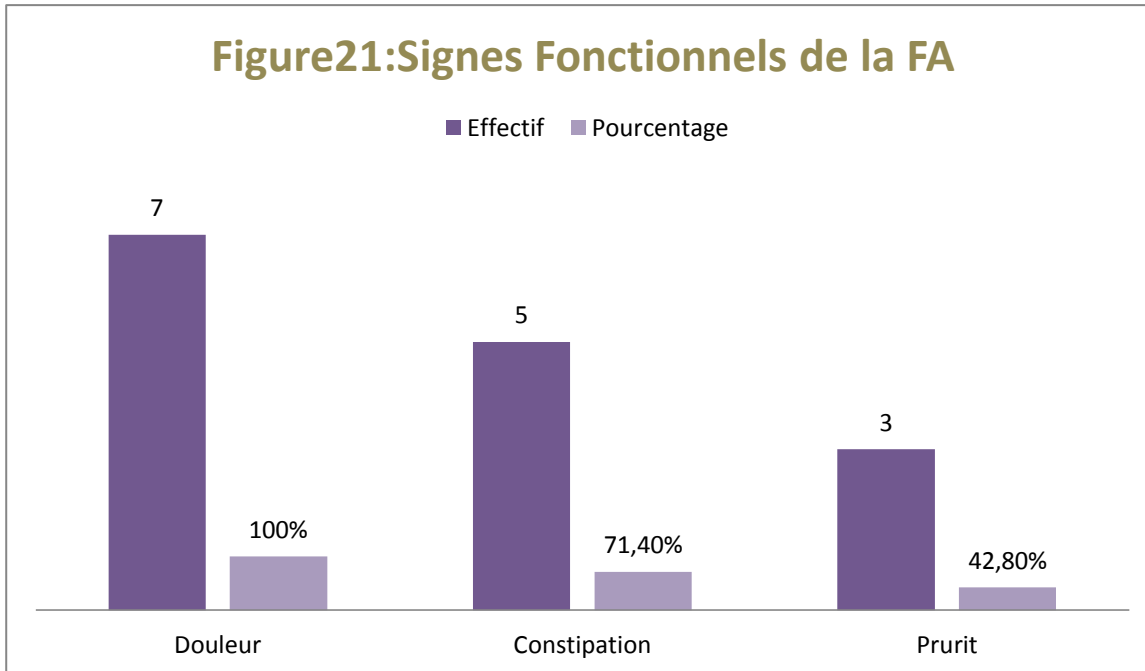
Tableau 07 : Signes fonctionnels de la FPA



b/Fissures anales :

Signes fonctionnel	effectif	pourcentage
douleur	7/7	100%
constipation	5/7	71,4%
prurit	3/7	42,8%

Tableau08 : les signes fonctionnels de la FA



8.Examen Proctologique

Tous les patients ont été examinés en position génu-pectorale.

1/ Inspection e la marge anale .

Caractéristiques de l'orifice externe

24 patients présentaient un orifice externe unique soit 89% des cas ; dans 11% des cas (03 patients) il était multiple .

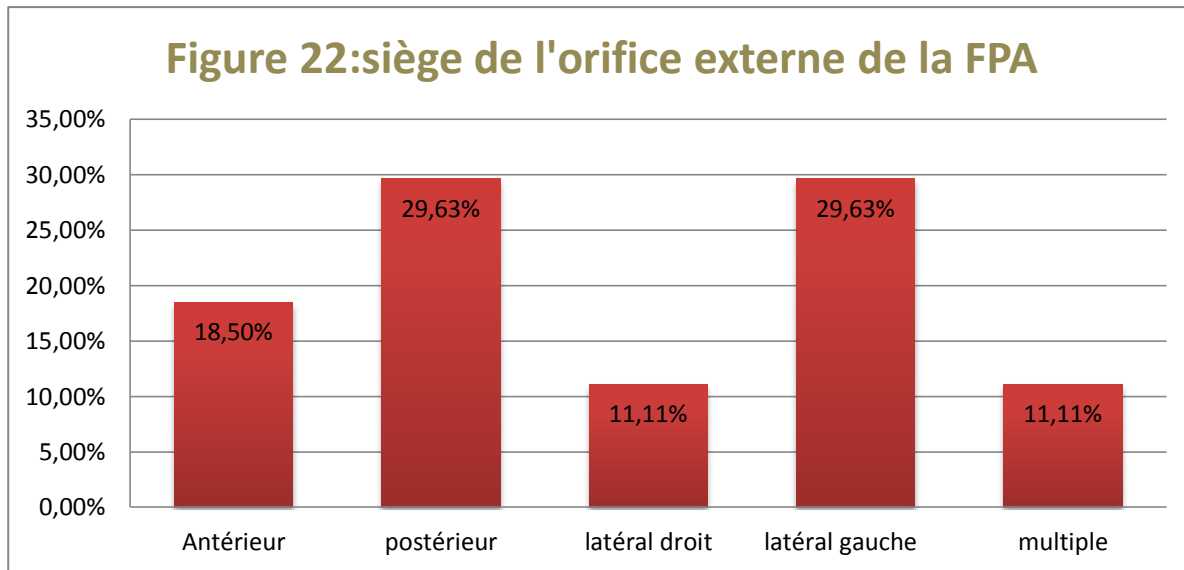
12 de nos patients présentait un écoulement spontané au niveau de l'orifice externe , soit 30% des cas .

Localisation e l'orifice externe .

siège	Nombre de cas	pourcentage
Antérieur	5	18,5%

postérieur	8	29,63%
Latéral droit	3	11,11%
Latéral gauche	8	29.63%
multiple	3	11.11%

Tableau 09 : siège de l'orifice externe de la FPA



2/ palpation du canal au toucher rectal :

L'orifice externe est induré chez 14 patients soit 51,85% des cas

Le trajet fistuleux a été perçu dans 40% des cas , et il était superficiel dans 23% des cas .

Le Tonus sphinctérien était normal chez tous les patients soit 100% des cas .

Pour les Hémorroïdes :

02 patients présentaient des marisques

01 patient présentait une fissure associée

9.Examens Complémentaires :

Anuscopie	Rectoscopie	Fistulographie	IRM	TDM
25,93%	37,03%	33,33%	3,7%	7,4%

Tableau10 : Repartition des malades selon les examens complementaires

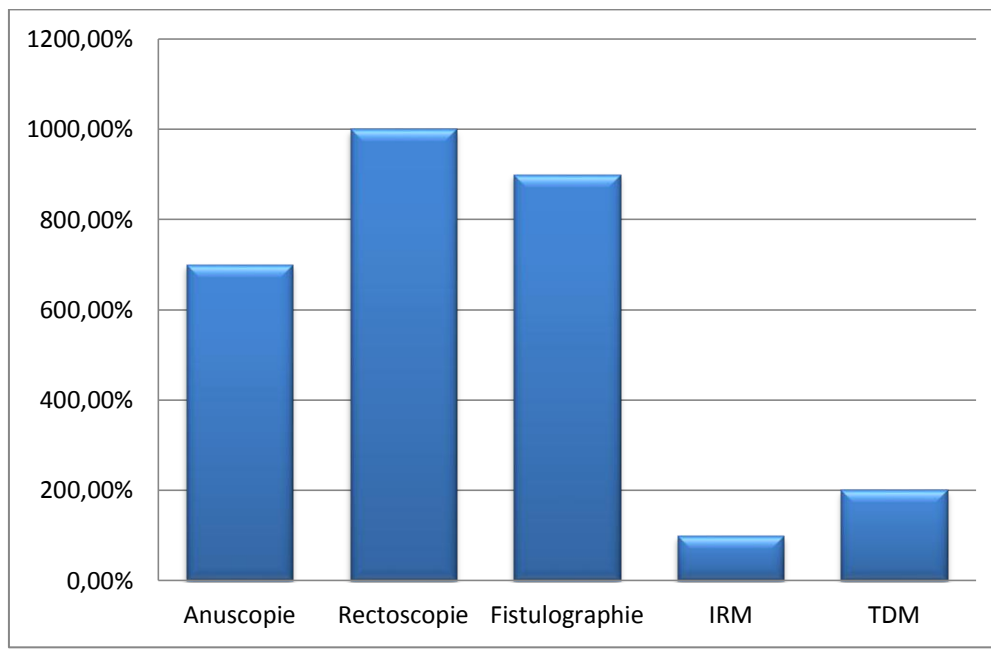


Figure 23 : Repartition des examens complementaires

Anuscopie :

Elle a été réalisée chez 7 patients seulement soit 25,93% des cas

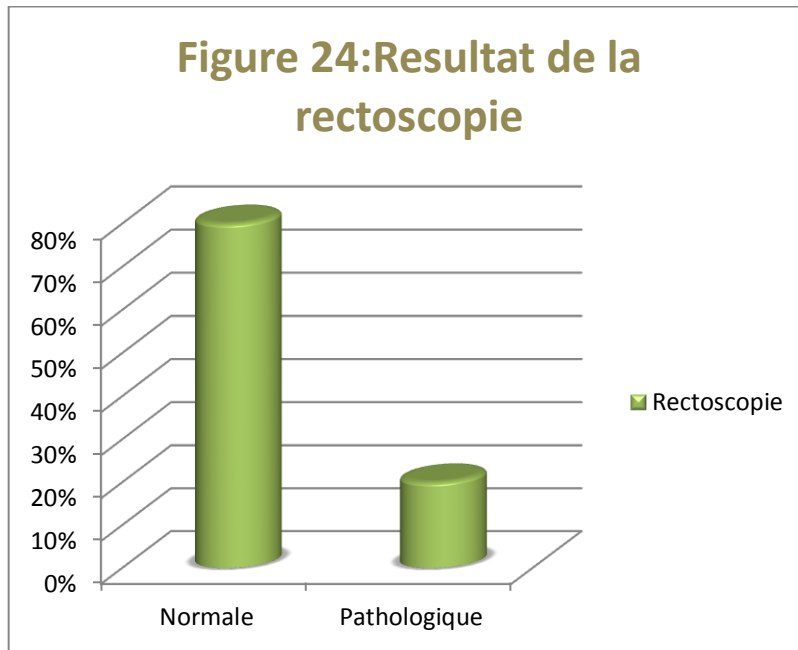
L orifice interne est retrouvé chez 1 patients soit 14,29% des cas chez qui une anuscopie a été réalisée et 3,7% de tous les cas de Fistules

L'écoulement purulent de l'orifice interne a été retrouvé chez 1 de nos patients soit 5% des cas .

Rectoscopie

Elle a été faite chez 10 patients soit 37,03% des cas

Elle était normale chez 8 patients soit 80% et pathologique chez 2 patients soit 20% des cas chez qui elle a retrouvée :un polype rectale ,une rectite érosive



Fistulographie :

Elle a été faite chez 9 patients soit 33,33%

IRM

Elle a été réalisée chez 1 patient seulement soit 3,7%

dans un cas de fistule anale haute avec orifice externe à distance de la marge anale et biopsie en faveur de la nature granulomateuse. Elle a permis de mettre en évidence un trajet haut, sans signe de spécificité

TDM

Elle a été faite chez 2 patients soit 7,4%

10. Classification des fistules :

- Fistules simples : 24 cas

A) Fistules trans-sphinctériennes basses : 06

B) Fistules inter-sphinctériennes : 01

C) Fistules trans-sphinctériennes moyennes et hautes : 13

D) Fistules supra-sphinctériennes : 03

- Fistules complexes : 03 cas

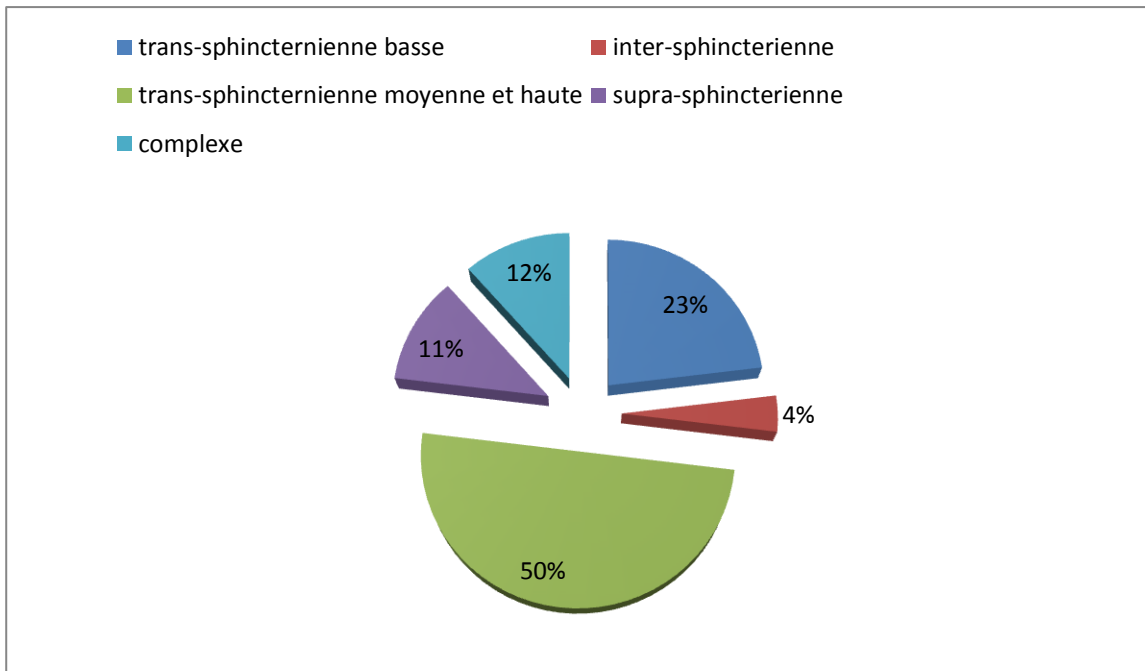


Figure 25 : la répartition des FPA selon la classification de Parks

11.Traitement :

a.Type d'anesthésie :

Anesthésie générale :	03	07.5%
Rachi-Anesthésie :	37	92.5 %

Tableau 11 : La répartition de patients de le type d'anesthésie utilisé

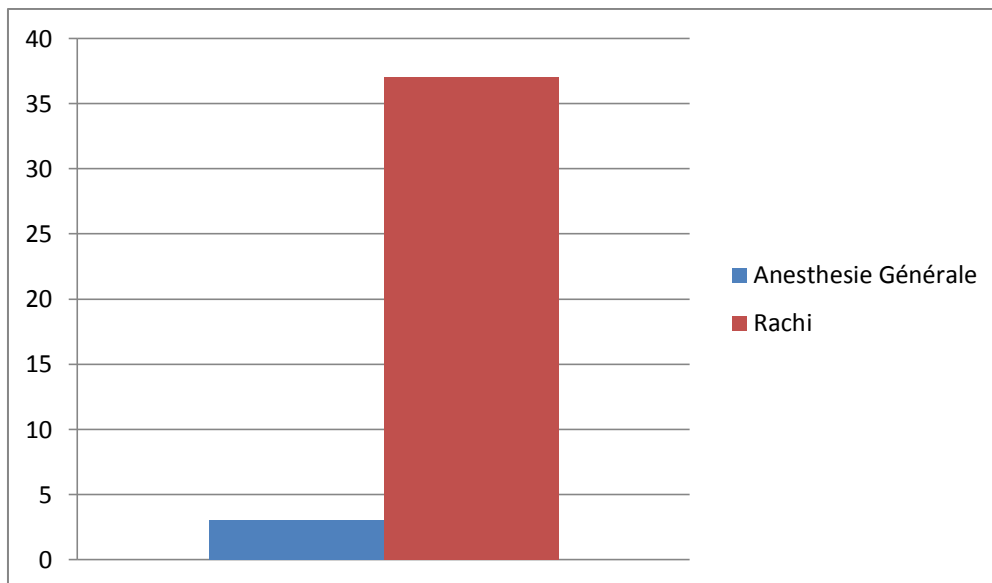


Figure26 : La répartition de patients de le type d'anesthésie utilisé

b.Installation :

- Position de taille : 26
- Décubitus latérale : 01

c.Traitement des fistules péri-anales :

Nombre d'interventions : 27

Exploration :

-Dans 100 % des cas on a utilisé le bleu de Méthylène comme moyen pour explorer la fistule .

Orifice Interne

Dans 37.93 % (10 cas) on a pu identifier l'orifice primaire.

Orifice externe :

Dans 88,88% cas(24patients) il s'agissait d'une fistule simple avec un seul orifice externe .

Dans 11 ,12 % (03 patients) il s'agissait d'une fistule avec orifice multiple .

Situation de l'orifice externe :

Situation	Pourcentage
02H	7,4 %
03H	11,11%
06H	30%
09 H	40,38%
12 H	11,11 %

Tableau 12 : situation de l'orifice externe de la FPA en peropérateur

Le geste chirurgical :

Mise a plat (fistulotomie) : a été réalisé chez 26% des cas (07 patients).

Fistulectomie simple : réalisée chez 44.44% des cas (12patients)

Drainage de séton avec fistulectomie : chez 11% des cas (03 patients)

Section lente par traction élastique : chez 18 ,56% des cas (05 patients)

d.Traitement de fissures anales :

Nombre d'intervention : **09**

Installation :

Position gynecologique : **02**

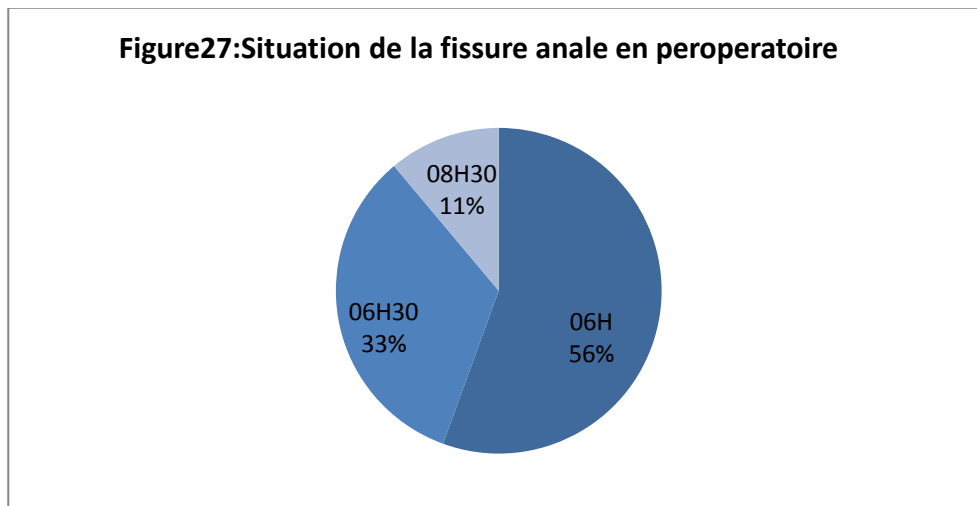
Position de taille : **07**

Exploration :

Situation de la fissure :

Situation	Nombre
06H	5
06H30	3
08H30	1

Tableau 13 : situation de la fissure en peroperatoire



Fissure jeune a bords souples : **08**

Fissure vieillie a bords épais et blanchâtres : **01**

Le geste chirurgical :

-06 patients ont subi une sphincterotomie partielle + fissurectomie + anoplastie

- 01 patient avec sphincteromtomie partielle

-01 patient avec sphincterotomie totale

-01 patient avec fissurectomie

e.Traitement des hémorroïdes :

Nombre d'interventions :04

Installation :

Position de taille :02

Position gynécologique : 02

Exploration :

Tonus sphincterien : normal dans les 04 cas

Type IV : dans les 04 cas

Situation

Hémorroïdes internes : 03 cas en antero laterale droit

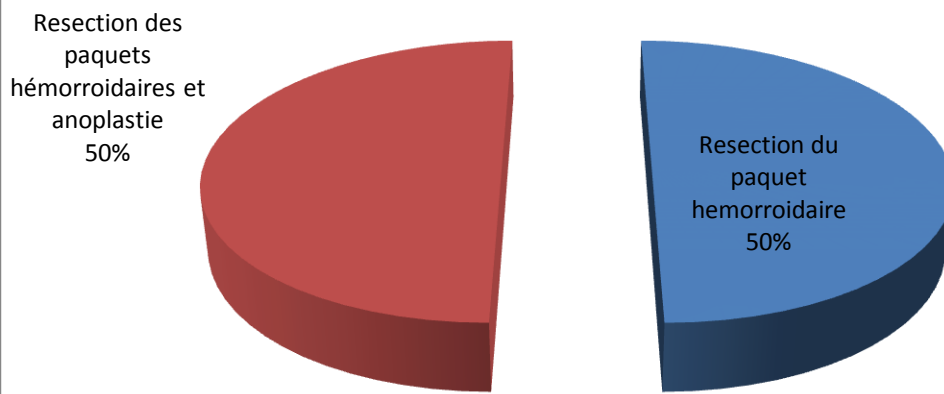
Hémorroïdes externes : 01 cas a 12h

Le geste chirurgical :

Resection des paquets hémorroïdaires : 02 cas

Resection des paquets hémorroïdaire + anoplastie : 02 cas

Figure 28: Répartition selon l'indication opératoire des paquets hémorroïdaire



III. Discussion :

1- Les variables communes (les trois affections) :

a- la fréquence .

Les maladies proctologiques occupent seulement 2% des malades pris en charge au niveau de Service Chirurgie générale B. Ce chiffre n'est très représentatif en raison de la prise en charge de ces maladies au secteur privé et par les gastro-entérologues formés en proctologie.

Les fistules péri-anales représentent la majeure partie, on a noté 67.5% (27 cas) pour un échantillon étudié de 2 ans.

Les fissures occupent la deuxième place avec 22.5 % (09 cas), alors que la maladie hémorroïdaire reste à 10 % (4 cas)

Selon l'étude de Johanson et Sonnenberg, Cler et Al faites aux États-Unis, la maladie hémorroïdaire est au premier rang, qui n'est pas le cas pour notre étude en raison de la taille de notre échantillon qui est limitée à 40 et le volume de l'activité chirurgicale au Service.

b- le Sexe .

Nous avons noté une prédominance masculine avec Sexe Ratio : 2.3 ce qui est en concordance avec les différentes études faites autour du monde [51]

c- Age .

La population de notre étude est dominée par l'adulte jeune (<50 ans)

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30-39 ans cas en concordance avec l'ensemble des pathologies proctologiques décrites [55]

d- Les antécédents .

Le diabète, tabac, HTA représentent les antécédents de notre population 25 % (10 cas)

01 cas de fistule péri-anale sur maladie de Crohn .

Pour les ATCD proctologiques :

Deux cas d'abcès péri-anale

Deux cas de fistulectomie

Les deux cas d'abcès perianale recensés sur FPA étaient des malades diabétiques : ceci s'explique par le terrain immunodéprimé de ces derniers.

La plupart de nos patients ont reçu un traitement médical vu la nécessité de la prise en charge médicale initiale de ces pathologies .

e- Delai de consultation :

Dans notre série le délai moyen de consultation est à 1.5 an . ce ci s'explique par l'échec de traitement médical et l'hésitation de consultation pour des raisons intimes.

f- Examen proctologique :

1 / examen de la marge anale :

Pour les fistules : 31% des patients avaient des fistules péri-anales complexes
le retard de consultation a favorisé l'évolution vers la fistule complexe

Pour les hémorroïdes 2 patients présentaient des marisques qui témoignent une maladie hémorroïdaire méconnue

Un patient présentait une fissure anale associée : la stase veineuse engendre une ischémie qui rend la paroi du canal anal fragile ce qui favorise et facilite la solution de continuité lors des défécation

2 / toucher rectal :

Le tonus sphinctérien était normal chez tous les patients bien que la physiopathologie mentionne un tonus sphinctérien élevée dans la pathologie fissuraire du canal anal.

g- Examen complémentaire :

la réctoscopie est l'examen complémentaire le plus pratiqué chez nos patient

L'IRM et l'écho endocavitaire sont les examens les plus nécessaires au diagnostic [35,37,38],leur intérêt est surtout dans la classification et l'identification du trajet de la fistule mais peu de nos patients ont bénéficié de ces examens en raisons de la non disponibilité et du cout élevée .

Fistulographie : Malgré qu'elle ne garde un intérêt que pour les fistules complexes et récidivantes[40] ,elle a été prescrit chez 33 % de nos patients

TDM : n'a pas d'intérêt dans les fistules anales noté chez un seul patient [39]

Les examens biologiques pratiquée dans le cadre préopératoire et n'ont aucun intérêt diagnostique.

h- type d'anesthésie :

Dans notre série, la plupart de nos patients 92,5% ont bénéficié d'une anesthésie loco-régionale à type de rachianesthésie car il s'agit d'une chirurgie de courte durée, intéressant l'étage sousombilicale.

En plus, elle est facile à réaliser, économique (nécessite un matériel simple), et surtout efficace et réduit la durée d'hospitalisation

i-Installation :

Dans le bloc opératoire, la position de la taille (la position gynécologique) est la plus utilisée. Elle expose parfaitement le périnée, l'anus et le canal anal, et éventuellement la partie basse et postérieure du rectum.

j-Délai d'hospitalisation :

Le délai moyen est 1.1 jour : un délai se trouve dans les normes de la littérature[52] d'autant plus qu'il n'y a pas de complications.

k. les complications d'anesthésie :

Aucun malade n'a présenté une complication vu la rareté de ce genre d'incident de nos jours. Le développement de la mesure d'anesthésie et la réanimation contribue dans ce sens

2. Les variables spécifiques (chaque pathologie) :

a. Les fistules péri-anales :

- Motif de consultation :

Dans notre série les proctalgies prédominent les motifs de consultation (24 %) bien que l'écoulement péri-anal reste le motif de consultation le plus fréquent théoriquement (étude de Halim Y en 1999, Hassouni K en 2009) représente 20 % des cas dans notre série.

- signes fonctionnels :

La symptomatologie clinique de nos patients était moins bruyante, dominée par les proctalgies près de 82,7% et s'étalent sur une longue période

Signes fonctionnels	Serie de Khaled H 2009 Merrakech Maroc N= 156	Notre Serie
Proctalgies	95.5%	82.7%
Écoulement péri-anal	54.4%	79.3%
Tumefaction	10.7%	13.7%
Prurit	32%	10%

Tableau 14 : Comparaison des signes fonctionnels entre notre série et série de Khaled H

- Traitement:

Exploration :

Dans tous les cas l'étape initiale consiste à repérer les éléments de la fistule. Le ou les orifices secondaires externes sont facilement localisés.

L'orifice primaire est recherché par le toucher anal sous la forme d'une dépression ou au contraire d'une granulation basse située, au niveau de la ligne pectinée.

Dans notre série l'injection du bleu de méthylène était le seul moyen disponible pour repérer le trajet de la fistule, d'autres praticiens préfèrent l'injection de l'air car le bleu de méthylène inonde le champ opératoire.

Donc dans plus de 60 % des cas des fistules péri-anales étaient non communicantes

La situation de l'orifice interne et externe confirme l'examen clinique initial et permet de voir l'évolution

Le geste chirurgical :

pour les fistules trans-sphinctériennes basses la fistulotomie (mise a plat) a été pratiquée

pour les fistules trans-sphinctériennes moyennes et hautes non communicante une simple fistulectomie a été pratiquée .

Dans le cas de fistule moyenne ou haute communicante on tente un drainage de seton avec fistulectomie ou bien une section lente par traction élastique

toutes les interventions ont respectés les indications opératoires selon la classification de Parks .

Complications du traitement fistules périanales :

précoces

Aucun des nos patients n' a présenté de complication précoces ce résultat n'est n'est pas significatif vu la taille de l'échantillon en plus la littérature décrit taux non négligeable

les hémorragies dominent les complications postopératoires précoces : 1,2% d'hémorragie sont rapportés par DENIS

Pour les complications tardives et les récidives .

Dans notre serie on n'a pas pu être informé sur ces complications et le taux de recidive car la majorité des patients sont perdu de vue et le non respect des consultations post operatoires ou leur orientation vers d'autres structures quelques soient publics ou privées

Des études parle de l'incontinence anale et les recidives comme complications fréquentes

Incontinence anale

Auteurs	Gaz	Selles liquides	Selles normales
Marks	25%	17%	31%
Goligher	16%	12%	-
Sissoko F et al	7,87%	2,25%	-
Malouf A. J et al	6%	3%	5%

Tableau 15 . Pourcentage des troubles de la continence selon les séries FPA

Les recidives

Auteurs	Récidive
Denis	2%
Sarles et Copé	1,9%
Malouf A. J et al	4%

Tableau16 .Pourcentage de la récidive selon les séries FPA

b.Les fissures anales

Le motif de consultation :

Les douleurs perianales sont le motif de consultation le plus fréquent avec (72 %) en corcondance avec les autres serie africaines, européennes et indiennes avec un taux variant de 92 à 100 % [6]

Les signes fonctionnels :

	Notre série (07 patients)	Siproudhis France 2008 (80 patients)	Kouadio Abidjan 2003 (47 patients)
Proctalgies	100%	100 %	100 %
Prurit	42.8%	60 %	19,2 %
Constipation	71.4%	25 %	40,4 %

Tableau 17 : signes cliniques et auteurs FA

La symptomatologie était dominé par les proctalgies et la constipation cette dernière est considérée comme étant un facteur étiologique au premier lieux.

Le traitement

70% des patients ont subis une sphincterotomie partielle avec fissurectomie et anoplastie

Les 30% restants ont subis séparément une sphincterotomie partielle , totale ou fissurectomie

Il n y a pas un consensus concernant le traitement chirurgical , selon le choix du praticien

Complications posoperatoire

Nous n'avons pas eu aucune complication postoperatoire parmi nos malades , d'autre auteurs parlent de l'hémorragie , l'incontinence anale transitoire et la morbidité globale .

	Gupta India 2008 N=50	Baraza U.K 2008 N=92	Garcia Esp. 2008 N=140
Hémorragie	1 (1,85%)	2 (2%)	2 (1,2%)
Incontinence anale transitoire	-	2 (2%)	12 (8,7%)
Morbidité globale	1(1,85%)	4 (4%)	14(9,9%)

Tableau18 .Complications de la FA selon les series

Complications tardives et recidives

Les malades perdus de vue et le court suivi en consultation ne nous a pas permis d'établir ces complications..

c.La maladie hémorroïdaire :

Le motif de consultation :

La rectorragie représente le premier motif de consultation.[55]

	Nombres de cas	Rectorragies %
F. PIGOT et Al[55]	1033	56
Bernal J C et Al	181	91
Notre serie	04	100

Tableau 19 : fréquence des rectorragie

Les signes fonctionnels :

La réctorragie, la tuméfaction et la douleur représentent les signes prédominants de la maladie hémorroïdaire car ceci s'explique par la dilatation du plexus hémorroïdaire et la fragilité de la paroi qui favorisent le saignement qu'il soit provoqué par les selles ou bien spontané.

Parvin a noté la rectorragie en 96 % et Pigot en 56 % des cas [55]

Le traitement :

50% des patients ont eu une résection des paquets hémorroïdaires type Milligan et Morgani

50% des cas une anoplastie a été pratiquée de plus.

les 04 patients avaient des hémorroïdes Stade IV qui est une indication chirurgicale formelle.

Complications post opératoires :

Précoces :

La chirurgie des hémorroïdes peut être responsable de complications qui doivent faire consulter dans l'urgence (hémorragie, douleur intense, fièvre, rétention urinaire)

L'hémorragie est la complication la plus redoutable après hémorroïdectomie par lâchage des sutures .

Dans les 04 cas les suites post opératoires étaient favorables

Tardives :

Une récidive dans la maladie hémorroïdaire est très rare car il s'agit d'une résection des paquets hémorroïdaires

L'hémorroïdectomie pédiculaire en particulier expose à des troubles de la continence que des études de cohortes prospectives quantifient mal (nombre de malades et recul insuffisants)

Conclusion

Les affections proctologiques sont des pathologies fréquentes et d'actualité mais elles restent encore non déclarées ou déclaré vers un stade tardif pour des raisons socioculturelles.

La pathologie proctologique est dominée par les affections bénignes représentées par les hémorroïdes au premier lieu suivi des fissures anales et fistules péri-anales , elle se voit beaucoup plus chez le sexe masculin.

Un bon examen proctologique permet presque dans la majorité des cas de poser le diagnostic mais le recours a des examens complémentaires parfois devient indispensable.

Malgré qu'elle est une discipline récente mais elle a connu un développement remarquable en matière de diagnostic et de traitement médical , instrumental et chirurgical ce qui a permis une guérison totale et une réduction notable de la survenu des complications,

Notre travail est une étude rétrospective descriptive comportant une série de 40 patients dont le diagnostic se répartit sur les fistules péri-anales , fissures anales et hémorroïdes colligés au service de chirurgie générale B CHU Tlemcen durant une periode de 2 ans allant du mai 2015 au mai 2017

La fistules péri-anale était la pathologie dominante suivi des fissures anales et des hémorroïdes , le sexe masculin et l'adulte jeune sont les plus touchés , les proctalgies , les réctorragie et l'écoulement anale constituent les motifs de consultation les plus fréquents

L'ensemble des examens cliniques et complémentaires ont contribué au diagnostic chez tous les patients ,le déroulement des interventions chirurgicales était bon et tous les praticiens ont respecté les indications , l'évolution postopératoire était bonne chez tous les patients , on a noté aucune complications qu'elle soit liée a l'acte chirurgical ou bien aux mesures de l'anesthésie.

Donc la proctologie est une discipline ,toujours, en cours de développement, la nature de ses différentes pathologies nécessite un diagnostic précoce pour prévenir l'évolution vers les stades tardifs et compliqués (fistules complexes , fissure infectée, thrombose hémorroïdaire,..., etc)

Un bon suivi post operatoire permet de surveiller l'evolution et déceler une eventuelle complication tardive ou bien une recidive et permet aussi de connaitre les cause de ces dernieres .

Actuellement on note une tendance vers la creation des structures spécialisées en proctologie avec des praticiens formés dans ce domaine.

Bibliographie

- 1- Suduka JM, Staimont G, Suduka P. Hémorroïdes. Encycl Méd Chir , Gastroentérologie 2001 ; 9-086-A-10 : 15p.
- 2-Bouchet A, Cuilleret J. Le rectum périnéal ou canal anal. Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle. T 4 : 2319- 2327.
- 3- Parnaud E., Guntz M., Bernard A.,Chomé J. Anatomie normale macroscopique et microscopique du réseau vasculaire hémorroïdal. Archives Française des Maladies de l'Appareil Digestif 1976; 65: 501-14.
- 4-LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DIGESTIVE- CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014.
- 5-Staumont G, Suduca JM. Thérapeutiques en proctologie : la fissure anale, de nouveaux concepts physiopathologiques et thérapeutiques. Gastroenterol Clin Biol 1998 ; 22 : B148-54.
- 6-Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. Dis Colon Rectum 1997 ; 40 : 229-33
- 7-La fissure anale *Professeur Jean-Luc FAUCHERON Avril 2003.*
- 8- www.proktos.com
- 9- SIPROUDHIS L, PANIS Y, BIGARD MA. Traité des maladies de l'anus et du rectum. Paris: Masson, 2006
- 10-Parnaud E, Bauer P. Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. Rev Prat 1985 ; 35 : 3423-3433.
- 11-Libeskind M, Lugagne F et al. « Hémorroïdes : conception physiopathogénique. Approche d'un traitement raisonné. », Gastroentérol Clin Biol 1979 ; 3 : 705- 708.
- 12-Lestar B, Penninckx F, Kerremans R. « The composition of anal basal pressure. An vivo and in vitro study in man ». Int J Colorectal Dis 1989 ; 4 : 118- 122.
- 13-Sun WN, Read NW, Shorthouse AJ. « Hypertensive anal cushions as a cause of the high anal canal pressure in patients with haemorrhoids ». Br J Surg 1990 ; 77 : 458- 462.
- 14-Morgado PJ, Suarez JA, Gomez LE. « Histoclinical basis for a new classification of haemorrhoidal disease. », Dis Colon Rectum 1988 ; 31 : 474- 480.
- 15- Libeskind M, Lugagne F et al. « Hémorroïdes : conception physiopathogénique. Approche d'un traitement raisonné. », Gastroentérol Clin Biol 1979 ; 3 : 705- 708.
- 16- Teramoto T, Parks AG, Swash M. « Hypertrophy of the external and sphincter in haemorrhoids : a histometric study. », Gut 1981 ; 22 :45- 48.
- 17- Waldrom DJ, Kumar D ; Hallan RI, Williams NS. « Prolonged ambulant assessment of anorectal function in patients with prolapsing hemorrhoids. », Dis Colon Rectum 1989 ; 32 : 968- 974.
- 18- Haas PA, Fox TA, Haas GP. «The pathogenesis of haemorrhoids.», Dis Colon Rectum 1984 ; 27 ; 442- 450.

- 19- Jensen SL, Harling H, Tange G, Shokrouh- Aamiri H, Nielsen X. « Maintenance band therapy for prevention of symptoms after rubber band ligation of third degree haemorrhoids. », *Acta Chir Scand* 1988 ; 154 : 395- 398.
- 20- Devtch AA, Moshkovitz M, Nidelman I, Dinari G, Reiss R. « Anal pressure measurements in the study of haemorrhoids etiology and their relation to treatment. », *Dis Colon Rectum* 1987 ; 30 : 855- 857.
- 21- Gibbons CP, Bannisister JJ, Read NW. « Role of constipation and hypertonia in the pathogenesis of haemorrhoids. », *Br J Surg* 1988 ; 75 : 656- 660.
- 22- Schouten WR, Van- Vroonhoven TJ. « Lateral internal sphincterotomy in the treatment of haemorrhoids. A clinical and manometric study. », *Dis Colon Rectum* 1986 ; 29 : 869- 872.
- 23- LA MALADIE HEMORROIDAIRE INTERNE DANS LES CENTRES D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DU CHU GABRIEL TOURE ET DES CABINETS MEDICAUX.
24. LODER PB, KAMM MA, NICHOLLS RL Haemorrhoids: pathol, pathophysiol and etiol *Br J Surg* 1994; 81: 946-954
25. JOHANSON JL, RIMM A.S Optima nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:1601-1606
26. MAC RAE HM, MC LEOD RS. Comparaison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis colon rectum* 1995; 38:687-694
27. SHEYER M. Doppler-guided recto-anal repair: A new minimally invasive treatment Of hemorrhoidal disease of all grades according to scheyer and Arnold. *Gastroenterol clin biol* 2008; 32(n°6-7):p664.
28. N'DRI N, KOUAKOU LOHOUES MJ, ATTIA KA, MOUSTAPHA MJ, YASSIBANDA S, BOUGOUMA A et AL La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain :à propos de 522 Cas colligés au CHU de Cocody. *Med Chir Dig* 1994 ; 23 :233-234.
29. NDJITTOYAP NDAM EC, NJOYA O, MBALLA E, NSANGOU MF, NJAPOM C, MOUKOURI et AL Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu Camerounais.Etude analytique de 720 examens. *Med Afr Noire* 1991 ; 38 :269-270.
30. CHEW SS, MARSHALL, THAM J, GRIEVE DA, DOUGLAS PR,NEWSTAED GL Short-terme and resultants of combined sclerotherapy and rubber band Ligation of haemorrhoids and mucosal prolapse *Dis colon rectum* 2003; 46(9):1232-7
31. JEAN F, GRAVIE MD, PAUL, ANTOINE L, MICHEL F Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan Haemorrhoidectomy *AMN Surg* 2005; 242(1):29-35
32. MORINAGA K, HASUDA K, IKEDA T.A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of thehemorrhoidal Artery with a newly devised instrument (Moricon) inconjunction with a Doppler Flowmeter *Am J Gastroenterol* 1995; 90:610-613
- 33.Quah H M, Tang CL, Eu K W, Chan S.Y.E, Samuel M.Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primarysphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. *Int J Colorectal Dis* 2006 ; 21(6) : 602-9.
34. Zuffereya G, Skalaa K, Chautemsb R, Rochec B.Suppurations et fistules ano-rectales *Schweiz Med Forum* 2005; 5 : 851-7.

35. Fernández-Frías A M, Pérez-Vicente F, Arroyo A, Sánchez-Romero A M, Navarro J M, Serrano P. Is anal endosonography useful in the study of recurrent complex fistula-in-ano? REV ESP ENFERM DIG 2006 ; 98(8) : 573-81.
36. Minguez Pérez M, Garcia-Granero E. Usefulness of anal ultrasonography in anal Fistula. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) 2006 ; 98(8) : 563-572.
- 37- Buchanan GN, Halligan S, MD, FRCP, Bartram CI, Williams AB, MS, Tarroni D, Cohen RG. Clinical Examination, Endosonography, and MR Imaging in Preoperative Assessment of Fistula in Ano: Comparison with Outcome-based Reference Standard. Radiology 2004 ; 233 : 674-81.
- 38-. Myhr GE, Myrvold HE, Nilsen G, Thoresen JE, Rinck PA. Perianal fistulas : use of MR Imaging for Diagnosis. Radiology 1994 ; 191 : 545-9.
- 39- Arigon JP, Henry L, Damon H, Valette PJ. Radioanatomie proctologique. EMC, Radiodiagnostic-Appareil digestif, 33-480-A-40, Gastro-entérologie, 9-014-R-15, 2002, 12p.
- 40-63. Guyot P. Examen clinique et explorations complémentaires de l'anus. Rev Prat 2001 ; 51 : 17-20.
41. Read NW, Sun MW. Disordered anorectal motor function In : Dent J (ed.) Practical issues in gastro-intestinal motor disorders. Clinical Gastro-enterology 1991 ; 5 : 479-03.
42. Uribe N, Millán M, Minguez M, Ballester C, Asencio F et al. Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula. Int J Colorectal Dis 2007 ; 22 : 259-64.
43. Zuffereya G, Skalaa K, Chautemsb R, Rocheb B. Suppurations et fistules ano-rectales. Schweiz Med Forum 2005 ; 5 : 851-7.
44. De Parades V, Daniel F, Atienza P. Traitement d'une fistule anale crypto-glandulaire. J Chir Paris 2006 ; 143(2) : 99-4.
45. Denis J, Ganansia R, PUY-Montbrun T. Fistule anale. Proctologie pratique. Paris. Masson 1999 ; 4 : 245-2.
46. Lombard-Platet R, Barth X, Chabaud B. Suppuration de la région anale. EMC techniques chirurgicales, généralités-appareil digestif, 40-690, 1993, 8p.
47. Khubchandani M. Comparison of results of treatment of fistula-in-ano. Journal of the Royal Society of Medicine 1984 ; 77 : 369-71.
48. Uribe N, Millán M, Minguez M, Ballester C, Asencio F, Sanchiz V, Esclapez P, del Castillo JR. Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula. Int J Colorectal Dis 2007 ; 22 : 259-64.
49. Philippe G. Suppurations ano-périnéales. Proctologie. Paris. 1996 ; 1 : 271-88.
50. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976 ; 63 : 1-
51. Prévalence de la Pathologie Proctologique en Pratique de gastro-entérologie *J. Denis**, *F.A. Allaert***, *E. Nuris****
52. Lagrange M. (Centre Hospitalier de Nevers) Introduction- Pratique quotidienne en proctologie. John Libbey Eurotext, Paris, 1997, 2002, 2003 : p9
53. Tarreiras A.L. et Guyot Ph. Histoire---Pathologie hémorroïdaire. Springer---Verlag--- France, 2001

54. Denis J. (Hôpital Léopold--- - Béllan de Paris) Préface – Pratique quotidienne en proctologie. John Libbey Eurotext, Paris, 1997, 2002, 2003

55. Pigot F., Siproudhis L., Allarert F.A. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:1270-1274.

ABSTRACT

Our work is a retrospective descriptive study involving a series of 40 patients diagnosed with perianal fistulas, hemorrhoids and anal fissures.

The objective of our work is to plot a clinical and therapeutic epidemiological profile.

The percentage of proctologic diseases included in the service among 2000 inpatients is estimated at 02%

Peri-anal fistula was the most frequent pathology with 27 patients (67.5%) followed by anal fissure 9 patients (22.5%) and hemorrhoids 04 patients (10%), sex ratio was 2.3 in Favor of men. The most affected age group is 30 -39 years with 30% of cases with extreme ages 20 to 65 years.

The average time for consultation was 1 year. The reasons for consultations are dominated by proctalgia, peri-anal discharge and proctalgia.

The most complementary examinations were rectoscopy 37% of patients and fistulography 33% of patients.

For perianal fistulas, 88% of the patients had simple fistulas and 12% were complex.

92.5% of the patients benefited from Rachi-anesthesia, the position of size was the most used position of installation.

For perianal fistulae. the fistula was non-communicating in 60% of the cases and a simple fistulectomy was performed, for the other types of fistula the surgical gesture depends on the situation of the fistulous trajectory.

For anal fissures 70% underwent partial sphincterotomy fissurectomy and anoplasty, the remainder undergo partial sphincterotomy, total or simple fissurectomy.

For the hemorrhoidal disease 50% of the patients had simple hemorrhoidectomes of type Milligan and Morgani, the second half undergo an additional anoplasty.

The treatment result was satisfactory, we did not find any complications.

المخلص

عملنا هو دراسة استرجاعية صفيه حول سلسلة من 40 مريض لديهم أمراض متعلقة بالشرج المتمثلة في الناسور الشرجي ، البواسير و الشق الشرجي لمدة سنتين للفترة الممتدة بين شهر ماي 2015 إلى شهر ماي 2017 في مصلحة الجراحة العامة بـ بالمستشفى الجامعي لتلمسان .

الهدف من دراستنا تتبع البيانات الوبائية و السريرية و العلاجية للأمراض السابق ذكرها في المصلحة .

مثلت الأمراض الشرجية المعالجة نسبة 2 % من مجمل الأمراض المعالجة .

شكل الناسور الشرجي الداء الأكثر شيوعا بـ 27 مريض أي 67.5% متبوعا بالشق الشرجي بـ 9 مرضى أي 22.5 % و أخيرا البواسير بـ 4 مرضى 10%.

كان الرجال أكثر عرضة بنسبة جنس 2.3 ، الفئة العمرية الأكثر مساسا كانت من 30 الى 39 سنة مشكلة نسبة 30 % مع اختلاف يتراوح بين 20 و 65 سنة .

متوسط فترة الاستشارة الأولية كان سنة واحدة ، و بالنسبة للدواعي كانت أكثرها تقبح محيط الشرج و الآلام الشرجية و النزيف الشرجي .

الفحوصات المكتملة الأكثر استعمالا هم تنظير المستقيم بـ 37 % من المرضى ، الفحص الإشعاعي للناسور بـ 33% 88% من المرضى بسيط ، 12 % ناسور معقد .

92.5 % من المرضى استفادوا من التخدير الشوكي ، كانت وضعية بضع المثانة الأكثر استخداما .

بالنسبة للناسور الشرجي كان الناسور الغير متصل بالمستقيم في 60 % من الحالات ارتابنا فيها استئصال الناسور ، اما الأصناف الأخرى كانت التقنية المستعملة حسب نوع مجرى الناسور .

بالنسبة لعلاج الشق الشرجي 70 % من المرضى تمت عندهم عملية استئصال جزئي للعضلة المعصرة للشرج ، استئصال كلي للشق بالإضافة إلى رأب الشرج.

بالنسبة لعلاج البواسير 50 % من المرضى تمت لديهم عملية استئصال البواسير بطريقة ميليجان و مورغانى ، أما النصف الآخر من المرضى استفادوا من التقنية السابق ذكرها بالإضافة إلى رأب الشرج.

نتيجة العلاج كانت مرضية و لم نسجل أي مضاعفات.

