



Fiche pratique

Abord Clinique du Malade en Proctologie

Préambule :

L'abord clinique en proctologie est une étape importante de la prise en charge des patients en proctologie. Cette approche permet de d'identifier la pathologie et orienter les examens complémentaires et les décisions thérapeutiques par la suite.

Objectifs pédagogiques :

1. Connaître les étapes de l'approche clinique en proctologie
2. Connaître les objectifs de l'examen proctologique
3. Connaître les étapes de l'examen proctologique

Introduction :

- La proctologie représente 20 % des consultations en Hépatogastroentérologie.
- L'examen clinique en proctologie est une pierre angulaire de la prise en charge en proctologie
- Examen est jugé inconfortable par les patients,
- Souvent très mal vécue par le patient
- Examen d'une zone sensible et intime car c'est zone taboue pour la plupart et érogène pour certains.
- Ce qui nécessite d'une approche clinique global qui consiste en :
 - La quête du diagnostic positif,
 - La recherche d'éléments de diagnostic différentiel,
 - Limiter le recours à des explorations complémentaires inutiles.



L'approche clinique en proctologie peut être conçue en quatre étapes (figure 1) :

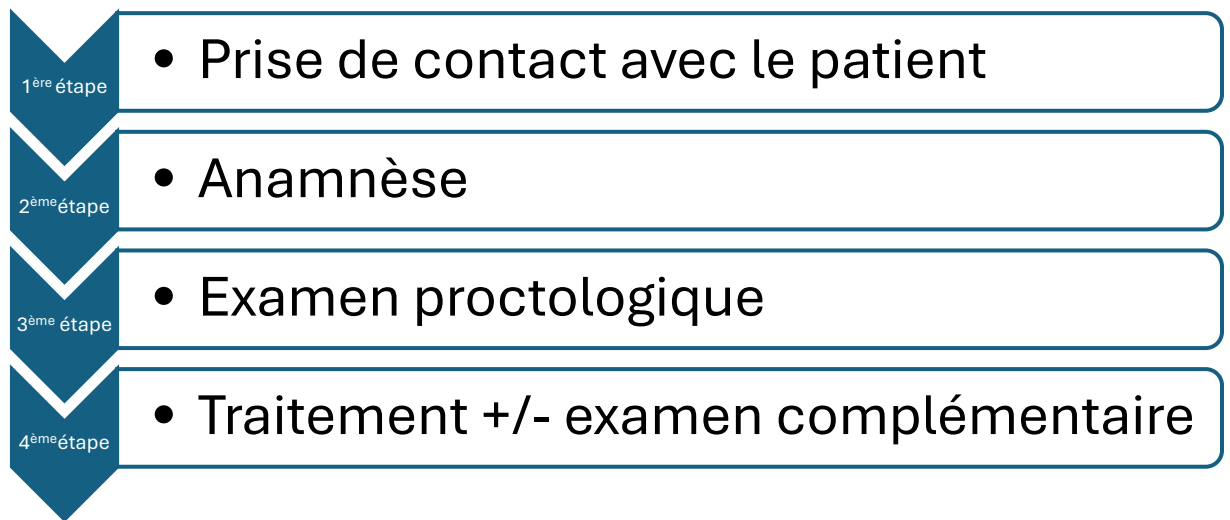


Figure 1 : étapes de l'approche clinique globale en proctologie.

1. Prise de contact avec le patient :

La Relation médecin/malade est basée sur le premier contact avec le patient, elle est **Indispensable** dans cette approche, elle doit s'établir de façon correcte avant l'examen clinique. Elle doit être Centrée sur :

- La **mise en confiance** du patient
- La **Dédramatisation** ce moment psychologiquement pénible.
- **Explication** des manœuvres au différentes étapes de l'examen
- Effacer les raisons personnelles, sociales et psychologiques et éviter toute forme de jugement.
- Les études ont montré :
 - a. L'expérience de l'opérateur offre un meilleur vécu pour le patient.
 - b. L'examen proctologique est mieux vécu après **explications** et **accord verbal** avant l'examen.

2. L'anamnèse :

L'anamnèse consiste à classer la symptomatologie dans son contexte. Elle permet de chercher les informations pertinentes sur le patient et la symptomatologie. Elle comporte la recherche de :

- Les données biométriques et sociaux de l'individu (âge, sexe ...)
- Les antécédents personnels et familiaux (médicaux, chirurgicaux, toxiques...) particulièrement proctologiques ou digestifs.
- Les habitudes alimentaires et le mode de vie
- L'influence de la pilule, des règles et de la grossesse chez la femme ;
- Des troubles prostatiques ou sexuels chez l'homme,



- Le terrain sous-jacent (diabète, insuffisance veineuse, allergie et Neuropsychique).
- Les habitudes sexuelles.

La caractérisation de la symptomatologie que décrit le patient : en proctologie, elle peut être intégrée dans 5 types de manifestations (figure 2 et 3)

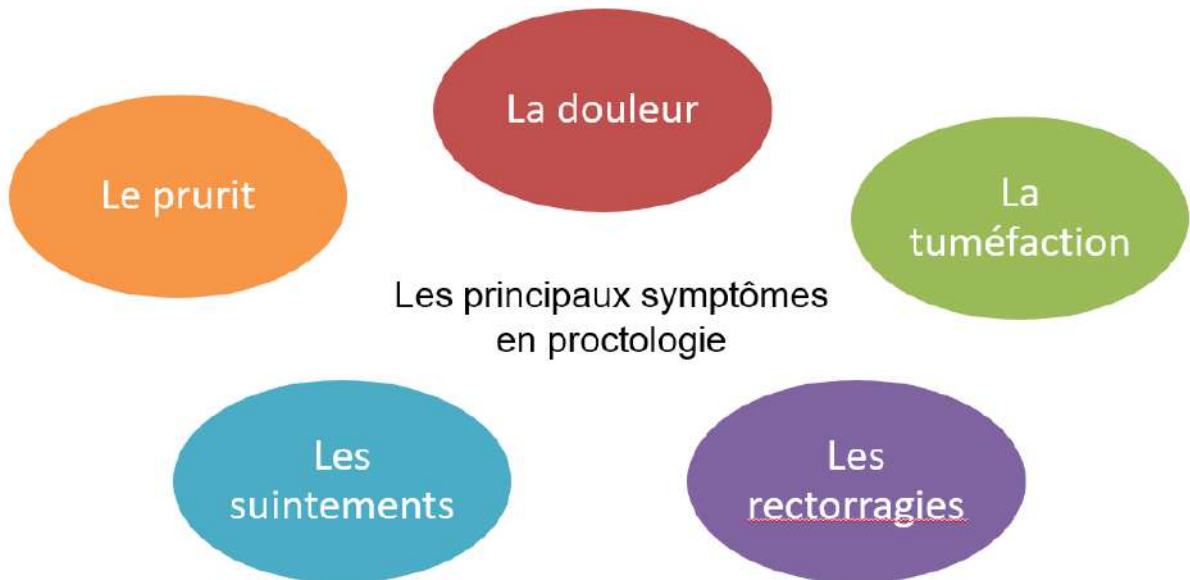


Figure 2 : Principales manifestations cliniques en proctologie (Valeur d'orientation)

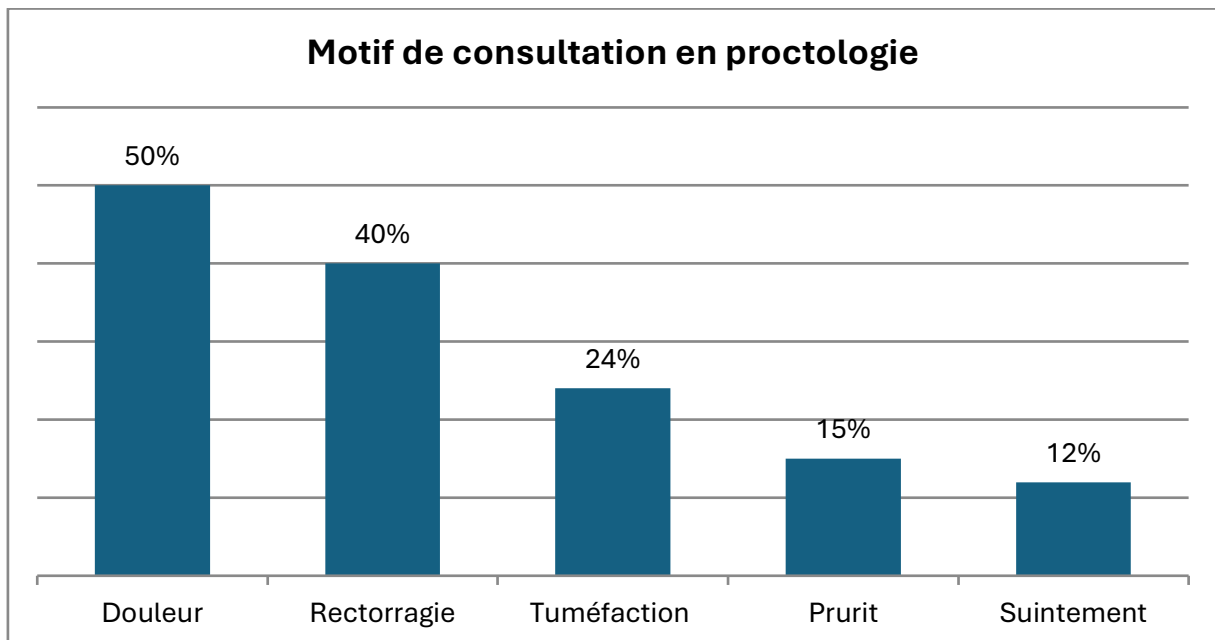


Figure 3 : Principaux motifs de consultation en proctologie



La caractérisation des symptômes en proctologie :

A. La douleur :

- 50% - 56% des cas
- **Caractéristiques** : intensité, relation avec la selle, évolution dans le temps...
 - Discrète et peut coïncider avec les selles : anite, fissure anale aigue ...
 - Permanente et vive : thrombose hémorroïdaire ou un abcès anal
 - Retardée par rapport aux selles : une fissure
 - Pulsatile : Abcès anal

B. Les rectorragies 40 - 43% ;

- Signe **d'alarme** pour le malade et le médecin.
- Caractéristiques : ancienneté, fréquence, rapport avec les selles et abondance, signes associés (ténésme...)
- Valeur d'orientation :
 - Minime tachant les sous-vêtements : anite...
 - Éclaboussant la cuvette : rectorragie d'hémorroïde
 - Petites trainées de sang sur les selles : fissure anale
 - Sang mélangé aux selles : cause colique!!!

C. La tuméfaction : (29%)

Elle souvent sentie par le patient, il convient de déterminer les caractéristiques sémiologiques de la tuméfaction (temps d'installation, douleur, rectorragie...). Il peut s'agir d'une tumeur, thrombose hémorroïde, abcès, condylome...);

D. Le suintement : (19%)

- **Purulent** : anale (fissure infectée, fistule...), indépendant de l'anus (sinus pilonidal, maladie de Verneuil...);
- **Glaireux** : (tumeur, colite, ulcère solitaire du rectum);
- **Impression d'humidité anale** : prolapsus hémorroïdaire, dermatite anale, candidose anale...

E. Le prurit :

Le médecin doit faire écoute attentive pour caractériser le prurit (topographie, timing, les caractéristiques des selles ...), il peut s'agir de cause proctologique ou dermatologique ...

NB :

- L'anamnèse doit préciser la présence de Les troubles de défécation : (26%), surtout récents à type de faux besoin, ténésme, difficulté de défécation, sensation de vidange incomplète, trouble de la continence.



- Ne pas oublier la recherche de signes associés pouvant changer complètement l'orientation étiologique (Douleurs abdominales, Diarrhée chronique, Altération de l'état général,)

3. L'examen clinique en proctologie :

- L'examen clinique en proctologie peut être :
 - **L'approche diagnostique** : pathologie hémorroïdaire, fissure anale, suppuration ano-périnéale, prurit anal, condylomatose;
 - **À lui seul suffisant** au diagnostic positif (trouble de la statique pelvi-rectale, constipation terminale, incontinence fécale) ;
 - **Un complément** d'exploration d'une pathologie connue (cancer du rectum, cancer sphère gynécologique ...)
- Condition de l'examen proctologique :
 - Un bon éclairage,
 - La position de l'examen :
 - En genu pectoral (figure 4)
 - En position de SIMS (figure 5).



Figure 4: position genu pectoral

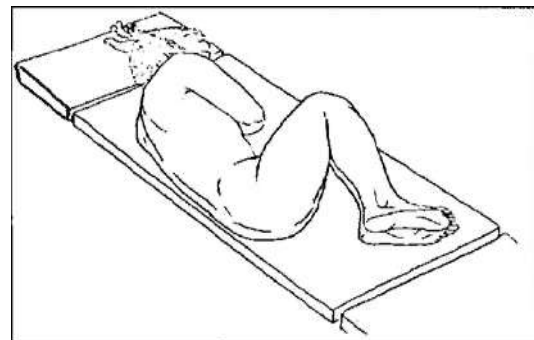


figure 5 : position décubitus latéral de SIMS

- Les étapes de l'examen clinique en proctologie comportent :
 - L'inspection ou examen externe
 - Le toucher rectal
 - L'endoscopie : Anuscopie/ Rectoscopie

1. L'inspection :

Elle consister à explorer par vision les différentes structures anale et périanale :

- Inspection de la totalité des fesses, du plis interfessier
- Déplissement des plis radiés.
- Rechercher des anomalies de surface, couleur, écoulement...

Le diagnostic est alors évident pour :

- Les hémorroïdes externes simples, thrombosées...
- L'eczéma, les maladies vénériennes et les tuméfactions.
- La fissure anale
- Une tumeur anale
- Demandra au patient de pousser : **recherche de trouble de la statique pelvienne.**



Figure 6: Placard poly-fistuleux



Figure 7: prolapsus hémorroïdaire



Figure 8: thrombose hémorroïdaire



Figure 9: abcès anal



Figure 10 sinus pilonidal



Figure 11 : Fissure anale



Figure 12 : Tumeur anale

2. Palpation de la toute région ano-périnéale à la recherche de :

- Induration, Cordon induré témoignant d'un trajet fistuleux
- Bombement
- Issue de pus ou de matières fécales par un orifice fistuleux externe
- Douleur, hyper-esthésie cutanée
- Crépitations pouvant témoigner d'une gangrène

3. Le toucher rectal :

Il consiste à palper les différentes structures internes et externes de la région anale :

- Désagréable mais non douloureux
 - Doigtier doit être lubrifié
 - A faire en douceur il comporte un toucher anal et rectal :
- **Le toucher anal** permet d'étudier :
- La tonicité de l'anus/ contraction volontaire
 - Anomalie de La consistance des muqueuses
 - Anomalie de la surface muqueuse : orifice fistuleux, formation, ulcération
- **Le toucher rectal** proprement dit étudie les mêmes caractéristiques (surface, consistance...)
- Apprécie les organes de voisinage (pelvis)
 - Une contracture du muscle releveur de l'anus
 - Une gêne élective sur le coccyx
 - Trouver un abcès profond invisible à l'œil
 - Un gros polype ou un cancer sur les 5 derniers centimètres du rectum



4. L'endoscopie : Anuscopie/Rectoscopie :

- Condition d'examen :
 - Respirer profondément la bouche ouverte,
 - Creuser au maximum la région lombaire.
 - Un bon éclairage (lumière froide).

- L'anuscopie/ rectoscopie permet l'analyse visuelle de la muqueuse anale et rectale grâce un anuscopie et un rectosigmoidoscope:
 - La taille des hémorroïdes internes
 - Une fissure/ ulcération
 - Un polype ou un cancer du rectum
 - Un orifice interne d'une fistule
 - Une localisation anale de maladies vénériennes ou générales
 - Une rectite (inflammation du rectum due à diverses causes)
 - Une localisation de la maladie de Crohn
 - Une ulcération thermométrique

- Les éléments souvent oubliés à l'examen clinique en proctologie :
 - Penser à faire un toucher rectal profond (loge prostatique, pelvis) ;
 - Un examen cutané plus large (prurit essentiel, une maladie de Verneuil ou un psoriasis) ;
 - Un examen neurologique complet (incontinence fécale du sujet jeune);
 - Un examen ORL sommaire (condylomatose).

- Les gestes associés à l'examen proctologique :
 - La biopsie
 - Actes thérapeutiques :
 - L'excision d'un caillot hémorroïdaire,
 - Incision d'abcès
 - L'injection d'un produit sclérosant une jeune fissure anale.
 - La pose d'élastiques dans le cadre de traitement des hémorroïdes...



- Les limites de l'examen clinique en proctologie :
 - L'absence de corrélation anatomo-clinique.
 - L'exploration insuffisante de symptôme : algies pelviennes ...
 - Quantification des lésions : infiltration tumorale...
 - Limité par le symptôme : douleur (symptôme subjectif : neuropathie)

- Les examens complémentaires :

Ils seront demandés en fonction des résultats de l'approche clinique.

- Exploration endoscopique complémentaire : recto-sigmoidoscopie ou coloscopie...
- Une écho-endoscopie basse
- Une manométrie anorectale
- L'imagerie : TDM, IRM pelvienne...

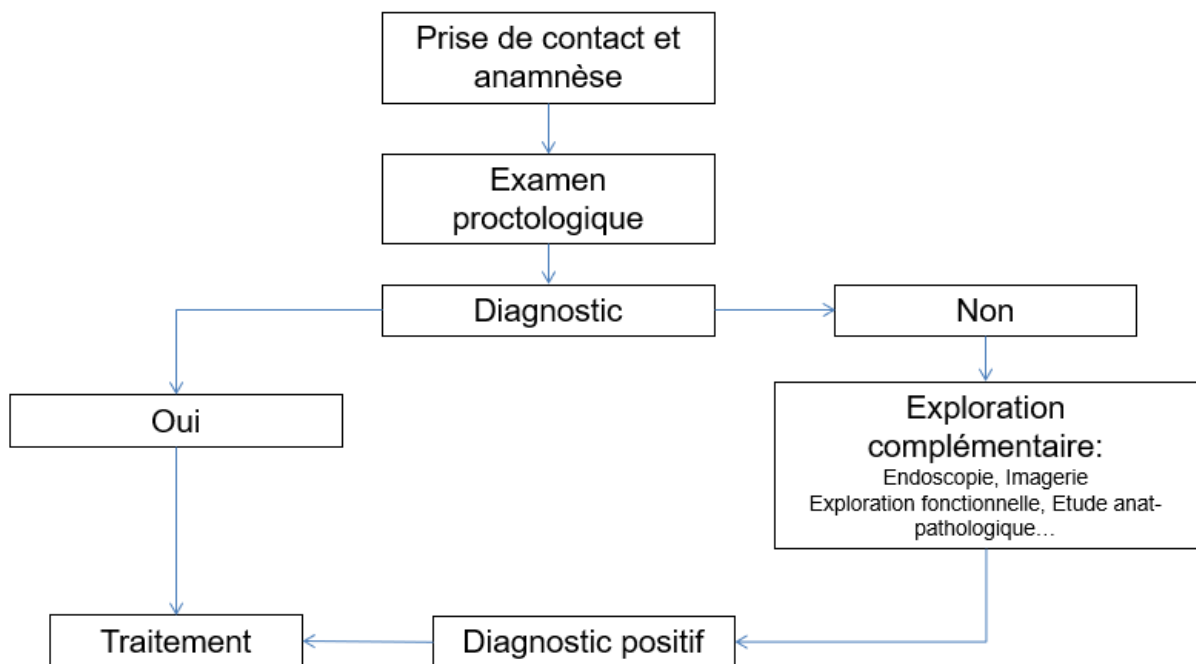


Figure 13 : Algorithme de l'approche globale de la pathologie proctologique



Take home messages

- Le contact avec le patient doit prendre en considération les particularités socio-culturelles ;
- Mettre en confiance le patient et expliquer les différentes étapes de l'examen, accord verbal ;
- L'anamnèse minutieuse= orientation diagnostique
- L'examen proctologique = temps fondamental
- Respecter les différents temps de l'examen proctologique

Document élaboré par Pr Diffaa Azeddine

au nom de la Commission « Proctologie » de la SMED