

#### Réalisée par la Commission Proctologie Endoscopique de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Docteur Michel GOMPEL ✉, Docteur Aurélien GARROS, Docteur Anne-Laure TARRERIAS,  
Docteur Jean-Michel DIDELOT, Docteur Thierry HIGUERO, Docteur Alain CASTINEL, Docteur Jean-Michel ROUILLON.

C'est le premier motif de consultation proctologique (48 %), devant les rectorragies (37 %). L'étape clinique lors de la consultation est essentielle dans la prise en charge, permettant d'établir le diagnostic par un interrogatoire ciblé et un examen physique puis de soulager le patient par un traitement adapté. Cette fiche concerne les douleurs anales aiguës ; celles chroniques feront l'objet d'une publication séparée.

**L'interrogatoire** est important dans la caractérisation de la douleur, permettant de préciser son intensité (permanente ou déclenchée par la selle), sa persistance ou non après la selle, son caractère pulsatile, insomniant ou déclenché par la position assise. Il faut chercher la notion de procidence hémorroïdaire jusqu'alors réductible. Existe-t-il des démangeaisons souvent évoquées par le patient comme de la douleur ? Un suintement anal associé ? Observe-t-on des rectorragies ? De la fièvre ? De la constipation avec faux besoins ? Une apparition nocturne éphémère des symptômes ?

**L'examen physique** peut être difficile chez un patient algique, qui doit être mis en confiance. On visualise aisément une tuméfaction, un écoulement, des lésions de grattage ; une fissure se recherche en dépliant doucement les plis radiés. Le toucher anal et rectal recherche une collection, une masse rectale (tumeur ou fécalome). Il est préférable de l'éviter en cas de fissure anale douloureuse. L'anuscopie, si elle est réalisable, doit être douce et prudente. Si le patient est trop algique, l'examen sera réalisé sous anesthésie générale.

**Les explorations complémentaires** ont peu de place au cours des douleurs aiguës mais peuvent être utiles pour rechercher une lésion organique selon le contexte clinique : coloscopie, échographie endo-anale, tomodensitométrie ou IRM pelvienne.

#### > Diagnostics les plus fréquents

**L'abcès ano-périnéal**, qui est responsable d'une douleur anale soudaine, intense, permanente, pulsatile, insomnante, parfois associée à de la fièvre. On note parfois une dysurie (signe de gravité imposant une chirurgie en urgence). L'examen montre une tuméfaction rouge luisante (*photo 1*), une induration asymétrique au palper. L'existence d'un œdème important, de taches noirâtres avec crépitations constituant des signes de gravité. Toute douleur anale aiguë intense sans lésion externe visible (thrombose ou fissure) doit être considérée comme un abcès intra-mural potentiel et imposer un examen sous anesthésie générale.



L'abcès est le plus souvent lié à une infection d'une glande de Hermann et Desfosses, point de départ d'une fistule ; il s'agit parfois d'une fissure anale infectée, avec la notion depuis quelques semaines d'une douleur rythmée par la selle. Plus rarement, il s'agit d'une localisation ano-périnéale de maladie de Crohn. Les suppurations à distance de l'anus doivent évoquer le sinus pilonidal au sommet du sillon inter-fessier ou la maladie de Verneuil (hydro-adénite).

Le traitement est chirurgical. Les antibiotiques ne sont pas indiqués. Lorsque l'abcès est incisé sous anesthésie locale au cabinet, cela permet de soulager instantanément le patient et de programmer un bloc opératoire dans les jours qui suivent pour chercher et mettre à plat la fistule responsable. Si le geste peut être réalisé d'emblée sous anesthésie générale au bloc opératoire, la mise à plat de l'abcès et de la fistule seront réalisés si possible en un seul temps.

La **fissure anale**, qui se présente comme une ulcération du canal anal, provoquée le plus souvent par l'émission d'une selle dure, responsable de douleurs déclenchées par la selle pouvant persister quelques heures, avec parfois un saignement associé. L'examen montre une ulcération superficielle de la partie basse du canal anal en forme de raquette (*photos 2 et 3*), postérieure dans 90 % des cas, parfois antérieure (surtout la femme et post-partum). L'hypertonie anale de repos est fréquente et rend l'examen plus difficile. S'il est possible, le TR sera réalisé prudemment, à la recherche d'une collection surajoutée.

Les autres ulcérations peuvent être de nature Crohnienne, iatrogène (Nicorandil) ou tumorales (carcinome ulcéré ; *photo 7*).

Le traitement de la fissure anale fait appel dans tous les cas à la régulation du transit, aux antalgiques de palier 1 et aux topiques. Les dérivés nitrés peuvent être proposés, avec des effets secondaires à type de céphalées limitant leur recours et un risque de récurrence de 19 à 67 %. La toxine botulique et les inhibiteurs calciques ont des résultats comparables aux dérivés nitrés mais n'ont pas l'AMM en France. L'injection sous-fissuraire de quinine-urée doit être évitée (risque de surinfection).

Le traitement chirurgical sera proposé aux échecs du traitement médical et en cas de fissure infectée ou hyperalgique.

La **thrombose hémorroïdaire externe (THE)**, qui se présente comme une tuméfaction anale d'apparition brutale. avec le plus souvent une douleur d'intensité variable permanente, non majorée par l'exonération. Dans la forme sévère du prolapsus étranglé, la douleur est très intense, pouvant conduire à l'hospitalisation.

L'examen note une ou plusieurs tuméfactions bleutées (*photo 4*), plus ou moins œdématisées, dont l'évolution sera spontanément favorable en quelques jours à quelques semaines. L'anuscopie sera évitée si douloureuse.

L'excision de la thrombose est envisagée en l'absence d'œdème (*photo 5*), qui est une contre-indication. Le traitement médical associe AINS, antalgiques de palier 1 et régulation du transit. L'exérèse chirurgicale pédiculaire peut être discutée en cas de nécrose sur un prolapsus étranglé, exposant toutefois à un sur-risque de sténose anale post-opératoire.

### > Les autres diagnostics à rechercher

Le **fécalome**, avec des douleurs permanentes à type d'épreintes avec faux besoins, diagnostiqué aisément par le TR.

Les **infections sexuellement transmissibles (IST)**, dont la prévalence est en augmentation. Les infections à *Chlamydiae trachomatis*, gonocoque, mycoplasmes (génitalium), se manifestent souvent par des rectites muco-purulentes douloureuses sous forme de ténésme et épreintes pouvant être confondues avec une MICI. Celles à Herpès Virus sont responsables d'une éruption vésiculeuse douloureuse éphémère suivie d'érosions multiples périnéales, planes polycycliques et confluentes. La syphilis peut se présenter sous forme d'une rectite. Les condylomes (*photo 6*) génèrent plus du prurit que des douleurs. Le diagnostic étiologique de l'IST se fait par des prélèvements bactériologiques à l'aide d'écouvillons spécifiques (pas de biopsies qui induisent en erreur en posant un faux diagnostic de MICI).



Photo 2 - Fissure anale chronique avec marisque



Photo 3 - Fissure jeune



Photo 4 - Thrombose hémorroïdaire externe



Photo 5 - Thrombose hémorroïdaire œdématisée



Photo 6 - Condylomatose sévère

La **proctalgie fugace**, qui se manifeste comme une douleur de siège sus-anal, à type de crampe ou de broiement, intense récidivante, cédant en quelques minutes. Survenant plutôt la nuit, réveillant le patient, la douleur peut aussi être déclenchée par un coït ou une défécation.

Le diagnostic reste purement clinique et la normalité de l'examen inter-critique permet de conforter ce diagnostic. Elle cède rapidement spontanément ou sous l'effet de manœuvres : toucher rectal, manœuvres posturales, émission de gaz ou d'une selle, introduction d'un suppositoire.

Les **cancers de l'anus**, dans leur forme bourgeonnante ou ulcérée (*photo 8*), avec un aspect induré évocateur ; les biopsies confirment le diagnostic.



## > Conclusion

Les causes principales de la douleur sont l'abcès, la fissure anale et la thrombose hémorroïdaire.

L'examen proctologique est indispensable pour un diagnostic précis et un traitement adapté.

Un abcès doit être reconnu, si besoin lors d'un examen sous anesthésie générale. Les AINS sont alors formellement contre indiqués et une prise en charge chirurgicale organisée.

Les autres causes de douleurs aiguës doivent être connues pour ne pas être source de retard de prise en charge : IST et cancer.