

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

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

Les symptômes proctologiques et en particulier les rectorragies sont des indications régulières de coloscopie. S'il est admis qu'il faut passer suffisamment de temps à explorer la muqueuse colique pour détecter de manière optimale les polypes, aucune recommandation n'est faite concernant l'exploration du canal anal durant cet examen. Pourtant, le patient, comme le médecin traitant considérera cette zone anatomique comme explorée au cours de la coloscopie, rapportera les symptômes à une pseudo maladie hémorroïdaire. De ce fait, le risque de retard diagnostique est important.

Le carcinome épidermoïde du canal anal trouve le plus souvent un point de départ sur la ligne pectinée ; c'est donc cette région qu'il faudra explorer minutieusement.

**> Modalités de l'examen endoscopique du canal anal**

Commencer la coloscopie en décubitus latéral va permettre un examen minutieux de la marge anale et des plis radiés. Le toucher rectal aborde la détection des lésions infiltrées ou indurées. Puis, à la mise en place du coloscope, il faut savoir stabiliser le tube dans le canal anal, insuffler de l'air pour déplisser le canal anal et vérifier la ligne pectinée. Ces trois étapes permettent le diagnostic d'un grand nombre de lésions du canal anal, comme nous avons pu les décrire sur les différentes fiches de la SFED.

En cas de difficultés, on peut s'aider de la mise en place d'un cap transparent, qui va permettre d'éloigner la muqueuse du canal anal de la paroi de l'endoscope et de déplisser le canal anal tout en utilisant le zoom pour mieux identifier les lésions. Vous trouverez ci-après quelques photos de lésions proctologiques, obtenues à l'aide de l'endoscope, du zoom et après mise en place d'un cap transparent.

La maladie hémorroïdaire est difficile à évaluer après une purge de coloscopie où l'inflammation du canal anal en est un effet secondaire. On ne peut que repérer un volumineux prolapsus extériorisé à la marge anale ou des hémorroïdes externes.



AIN 2 : répartition hétérogène de la coloration



AIN 3 : plage plane jaune d'or



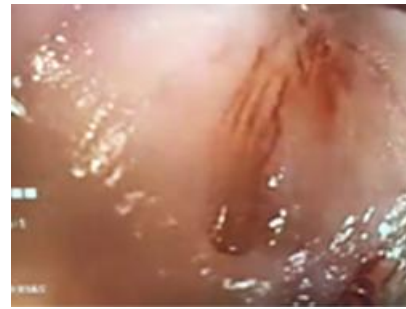
Carcinome épidermoïde  
du canal anal



Papille hypertrophique



Thrombose d'hémorroïde  
externe ulcérée



Fissure post-radique



Fissure secondaire  
à la papille hypertrophique



Prolapsus rectal  
antérieur ulcéré



Fissure anale fistulisée,  
vue en anoscopie



Même lésion vue avec  
l'endoscope et le cap transparent

### > Conclusion

Si l'examen proctologique n'a pas été réalisé en consultation, le compte-rendu de coloscopie doit s'attacher à le décrire, bien que ses limites sous anesthésie soient l'absence d'examen dynamique et l'impossibilité d'évaluer un prolapsus hémorroïdaire interne.