

CHAPITRE XV : LE PÉRINÉE – LES FESSES

CONTRIBUTEURS

- Dr Louis-Franck TELEMAQUE
- Dr Eunice Dérivois, Dr Hubert Morquette, Dr Abdias Jules, Dr Danielle Benjamin
- Dr Rénaud Terlangier, Dr Weber Raphaël.

15.1 LE PÉRINÉE

15.1.1 HEMORRHOIDES



15.1.1.1 : Hémorroïdes externes. Ce sont des formations veineuses indolores, sous-cutanées, sous-pectinéales (varices), situées sur le pourtour anal. Elles peuvent se compliquer de dilatation marquée (en cas de grossesse, par exemple), de thrombose, d'ulcération et de rupture (crise hémorroïdaire). Leur résorption produit des marisques. La douleur locale, la masse, le saignement appellent l'examen clinique et une anoscopie. Le traitement consiste à se pencher sur les facteurs de risque (particulièrement la constipation), à soulager la douleur et l'inflammation. En cas d'échec, on constitue une petite partie cicatricielle du canal anal ou on pratique une hémorroïdectomie.



15.1.1.2 : Hémorroïdes internes – Elles sont situées en sous-muqueux au-dessus de la ligne pectinée. Elles dérivent de paquets vasculaires artério veineux qui contribueraient à la continence « fine ». Elles peuvent présenter des rectorragies, des thromboses et des prolapsus (maladie hémorroïdaire). La thrombose se rupture et cause des rectorragies avec évacuation ou non de caillots. Le prolapsus (procidence) peut se produire occasionnellement (à la défécation lors d'un effort de poussée), nécessitant ou non une réintégration manuelle (Grade I à IV). S'il est permanent, il cause des nuisances anales telles **que** la perception d'une humidité locale avec un saignement et un prurit.



Info CHIR 08 21



Info CHIR 08 21



Info CHIR 08 21

15.1.1.3 : thrombose hémorroïdaire externe et évacuation spontanée ou chirurgicale de caillots : Certaines conditions provoquent l'apparition à la marge anale d'une ou de plusieurs tuméfactions renflées, dures sous la peau (poly thrombose). Spontanément, la masse peut se nécroser, expulser le thrombus ou se résorber (donnant lieu à une marisque). Une incision chirurgicale sous anesthésie locale permet aussi d'évacuer les caillots.



Info CHIR 08 21



Info CHIR 08 21



Info CHIR 08 21

15.1.1.4 : Prolapsus hémorroïdaire interne hypertrophié : À ce stade, l'histoire et l'examen clinique du/de la patient(e) sont très importants pour comprendre l'augmentation de la pression veineuse de la région ano-rectale (grossesse multiple, soulèvement de charges lourdes, poussées répétées, ...). Une recto-sigmoïdoscopie et même une colonoscopie complètent les investigations pour exclure une cause mécanique (cancer).

Un traitement médical symptomatique et local est institué, comprenant des règles hygiéno-diététiques, des bains de siège tièdes, des phlébotoniques, des pommades anti-inflammatoires, des antalgiques, des protecteurs vasculaires et des décontractants.

Les procédures de cabinet, consistant en un traitement instrumental ambulatoire (injection sclérosantes – photocoagulation à l'infrarouge, ligature élastique, cryothérapie, par exemple), sont d'effet limité. Il faut recourir au traitement chirurgical de type hémorroïdectomie pédiculaire (plusieurs variantes) et à l'hémorroïdopexie.

15.1.2 FISSURE



15.1.2.1 : Fissure anale : Il s'agit d'une rupture cutanée de la partie basse de l'anus située le plus souvent au pôle postérieur (6 h). Les causes sont incertaines et évoquent un problème de déficit de vascularisation locale associé à une contracture permanente sphinctérienne.

Des brûlures « cuisantes » et des saignements surviennent au moment de la défécation et après. Un spasme anal douloureux limite l'examen clinique. La fissure présente des bords surélevés et se prolonge souvent en dehors par une marisque.

Les traitements médicamenteux et locaux soulagent la douleur ressentie après les selles, régularisent le transit digestif et cicatrisent la plaie. En cas d'échec, sous anesthésie, la dilatation anale est associée à une fissurectomie et/ ou une sphinctérotomie latérale interne et une plastie de recouvrement.

15.1.3 FISTULES

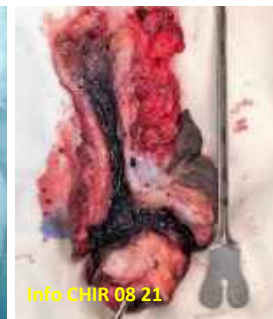
15.1.3.1 : Fistules in ano cryptogénique : À point de départ glandulaire, au niveau d'une crypte de la ligne pectinée, la suppuration peut traverser les sphincters pour s'aboucher à la fesse. Au début, on a un abcès marginal qui se rupture pour constituer une fistule. Non traitée, la fistule devient chronique et contribue au passage de pus et de selles par l'orifice externe. Le patient se plaint d'épisodes intermittents d'abcès/fistule avec un prurit local.

Au toucher rectal et à l'anuscopie avec injection d'air, s'il n'est pas d'emblée visible, on recherche l'orifice interne. Les trajets fistulaires sont variables (classification).





15.1.3.2 : Fistule in ano unilatérale unique et multiple, bilatérale : Les fistules peuvent être multiples du même côté, émergeant soit à partir de plusieurs orifices primaires différents, soit à partir d'un même orifice interne (en Y). Dans la fistule en fer à cheval, un trajet secondaire récurrent, transversal vers la fesse opposée se branche sur le trajet principal.



15.1.3.3 : Trajet fistulaire : L'imagerie éclairée sur le trajet principal, les trajets accessoires et les zones de collection d'abcès. Elle comprend la fistulographie lipiodolée, l'écho endo anale, l'IRM et la reconstitution en 3 D.

Les principes du traitement de la fistule sont de traiter l'orifice primaire pour tarir la suppuration en préservant la fonction de continence. En phase aiguë, les abcès sont drainés. En phase de fistule, on pratique des techniques de conservation sphinctérienne telles que : la suture de l'orifice primaire, le lambeau d'avancement, les plugs. La section sphinctérienne est pratiquée au cours d'une mise à plat par fistulotomie ou par fistulectomie en un ou deux temps.

15.1.4 ABCÈS

15.1.4.1 : Abcès périnéal : Il est secondaire à une cryptite, une fissure anale et est en rapport avec la maladie de Crohn, l'hydro adénite de Verneuil et le sinus pilonidal.

Le ou la malade présente une douleur périnéale permanente, pulsatile, aggravée par le passage des selles et associée à de la fièvre. La condition peut évoluer rapidement chez l'immuno déprimé(e). Un abcès bombe le périnée. Il doit être incisé et drainé sans délai.



15.1.5 PROLAPSUS



15.1.5.1 : Prolapsus rectal : Un défaut de fixation postérieure du rectum, un dolichocôlon, un Douglas profond, un affaiblissement du plancher pelvien, sont vus associés à une protrusion de toutes les couches (anneaux concentriques) du rectum au travers de l’anus. La clinique est faite d’inconfort abdominal et rectal, de passage incontrôlable de mucus, de sang. La masse s’extériorise à la poussée et est réductible ou non à la main. L’examen recto vaginal évalue la tonicité sphinctérienne et recherche un prolapsus utérin, une rectocèle, une cystocèle. Des examens para cliniques évaluent la situation et excluent d’autres pathologies en vue d’orienter le choix de la technique chirurgicale par voie abdominale ou périnéale, conservatrice ou par recto sigmoïdectomie. L’incarcération rectale nécessite une prise en charge urgente (aposition de sucre et tentative de



15.1.5.2 : Rectocèle antérieure : La faiblesse acquise de la paroi recto vaginale cause que le rectum bombe dans le vagin surtout au moment des efforts. Il s’en suit de la constipation, une évacuation incomplète et une sensation de pression pelvienne. Au stade avancé, le traitement est chirurgical se reposant sur la réparation de la cloison recto-vaginale par voie abdominale, ou par voie trans anale ou périnéale.



15.1.5.3 : Prolapsus de tumeur ano-rectale en trans anal : Des masses tumorales pédiculées du rectum ou du canal anal, sub-obstructives (polypes, cancer) peuvent se prolaber à la faveur des poussées lors de la défécation. La masse peut être réintégré quelquefois. Le traitement consiste à réséquer la tumeur par voie basse.



15.1.6.1: Condylomatose anale : La lésion est formée de papillomes, excroissances de taille variable. Elle se développe au niveau de la marge et sur le pourtour de l’anus. Le papillomavirus humain (HPV) infecte le revêtement cutané et se transmet par contact direct, lors d’un rapport sexuel. Le patient présente une masse qui peut gêner la défécation et compliquer l’hygiène locale. Le traitement consiste en la destruction de la lésion avec une pommade appliquée localement, avec de l’azote liquide, par électrocoagulation et par exérèse chirurgicale. La récurrence est fréquente chez les PV-VIH) et peut évoluer vers un cancer de l’anus.



15.1.6.2 : Tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) : Les papillomavirus humains (HPV) ont été décrits en 1925. Il existe plus de 120 génotypes, prévalents chez les 15-25 ans. La voie sexuelle est la plus importante pour la transmission (partenaires multiples). La lésion est un condylome acuminé géant caractérisé par son potentiel dégénératif et son caractère envahissant et récidivant après traitement. Son développement est associé à une immuno déficience. La lésion de grande taille, irrégulière, en chou-fleur, s’ulcère et s’infecte. La dégénérescence maligne est suspectée lors de l’apparition de saignement et d’adénopathies.

Le traitement est physique et chirurgical : Podophylline à 2% tous les 2 jours sur une période de 70 jours dans le but de diminuer les plus volumineuses végétations et rendre plus aisée la chirurgie vulvo périnéo anale.

15.1.7 CANCERS



15.1.7.2 : Cancer ano-rectal obstructif envahissant le périnée : Des cancers du bas rectum, du canal et de la marge anale, au stade avancé, obstruent quasi complètement l'orifice anal. Ils infiltrent les tissus péri anaux et peuvent s'étendre aux fesses. Une colostomie de décharge est indispensable pour rétablir le transit digestif. La chirurgie cède la place à la radio -chimiothérapie.

15.2 LES FESSES

15.2.1 ABCÈS



15.2.1.1 : Abscess fessier : Des conditions d'hygiène corporelle **défectueuse**, de décubitus, de traumatisme fessier (injections, plaies par arme blanche, par balle), des furoncles peuvent altérer la peau et favoriser la progression et la diffusion d'un processus infectieux qui aura tendance à s'abcéder plus rapidement chez un patient immuno déprimé (diabète, cancer du bas rectum perforé).

Le patient présente brusquement une infection périnéale sévère avec aggravation de l'état général. Les fesses sont tendues, luisantes et très douloureuses. Un scan abdomino pelvien peut confirmer la présence et l'extension du cancer avec une collection sous péritonéale.

Un drainage large avec une nécrosectomie est réalisé pour nettoyer la pseudo-cavité fessière et favoriser la granulation et la fermeture de la plaie. Une colostomie de décharge est parfois associée au drainage.

15.2.2 PLAIES



15.2.2.1 : Escarre fessière : C'est une nécrose ischémique des tissus fessiers qui résulte d'une pression, d'une friction et d'une macération de durée variable chez un patient en décubitus dorsal. L'escarre peut intéresser une grande étendue de tissus en largeur et en profondeur jusqu'à l'os (Stades I à V).

La prévention est la règle d'or. Le traitement complexe et long passe par la réanimation générale du patient, la réhabilitation, la mobilisation fréquente, les soins locaux, la chirurgie d'exérèse *carcinologique* des tissus mortifiés et des techniques de couverture par lambeaux de différents types.

15.2.3 TUMEURS BENIGNES



15.2.3.1 : Tumeur de la fesse : Une masse, à point de départ **au** ou **partant du** quadrant inféro-interne de la fesse, se développe lentement depuis l'enfance. Elle est bien tolérée, jusqu'à ce **qu'elle** représente **une gêne** croissante à la position assise, à l'âge adulte. À l'examen, elle est indolore, sans signes cutanés en regard, ni adénopathies locorégionales, mobile sur le plan superficiel et fixe par rapport au plan profond. Le diagnostic de lipome géant de la fesse est retenu, mais impose un diagnostic différentiel avec le liposarcome, le kyste épidermoïde géant et la tumeur desmoïde de la fesse.

La sono, l'IRM et la ponction biopsique précisent le diagnostic. À l'intervention chirurgicale, on dissèque une tumeur graisseuse postérieure à l'ischion et qui infiltre la fosse ischio rectale.