

# Coloscopie : ne pas oublier l'anus

Dr Anne Laure TARRERIAS, Paris

Dr Aurélien GARROS, Lyon



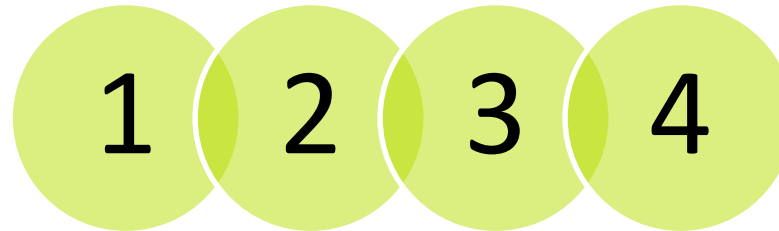
## Conflits d'intérêt

ALT : aucun

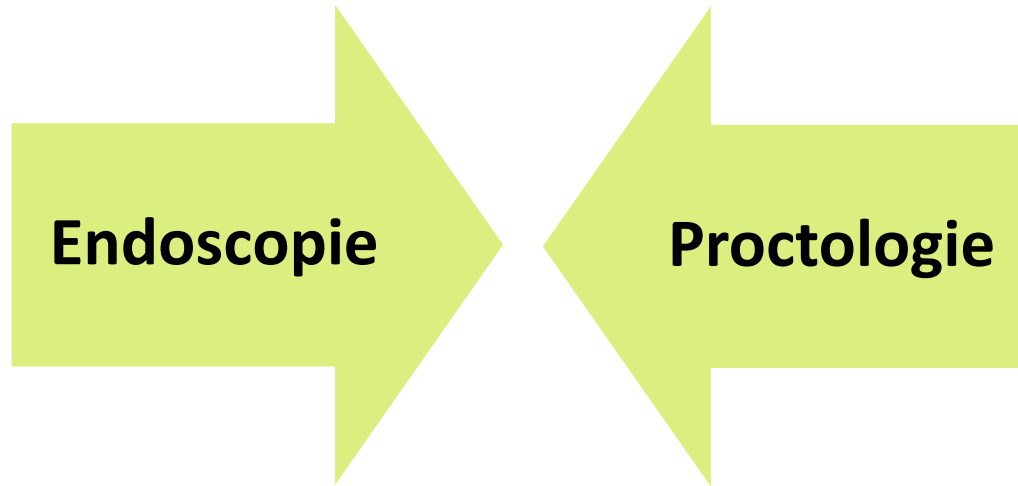
AG : aucun

## Plan

- Introduction
- Cas cliniques



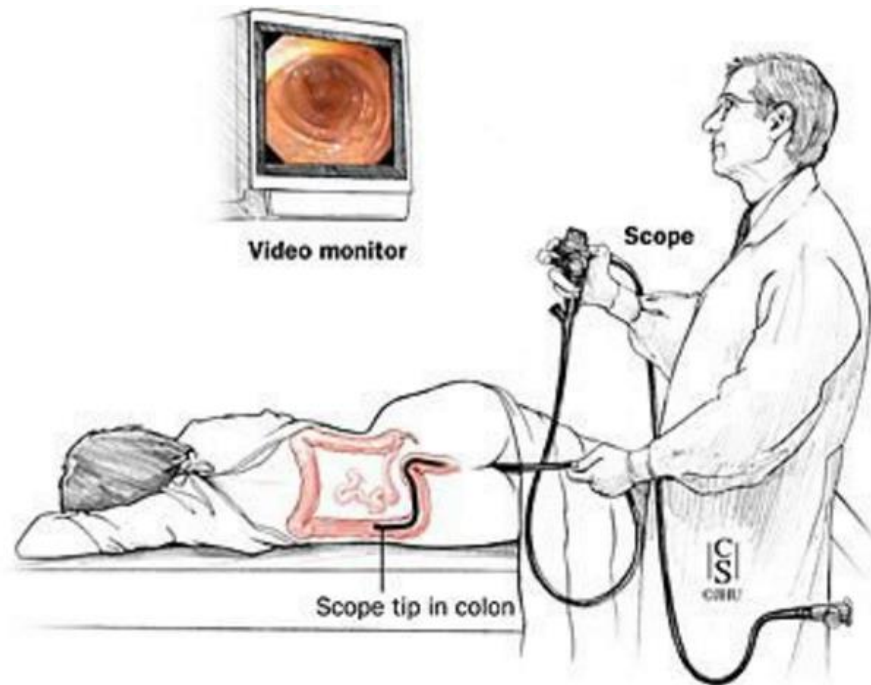
- Hémorroïde, thrombose, marisque
- Fissure, papille hypertrophique
- Condylome, dysplasie anale
- IST



**2 « sur-spécialités » distinctes**

Mais...

- nombreuses situations cliniques communes
- cadre de l'endoscopie = abord favorable à l'examen proctologique



**Position :**  
**Décubitus latéral**



## Examen lors de l'AG inadapté dans certaines situations

- Pathologies fonctionnelles ano-rectales
- Pathologies douloureuses chroniques

## Matériel



Anuscope

+



Source de lumière

ou



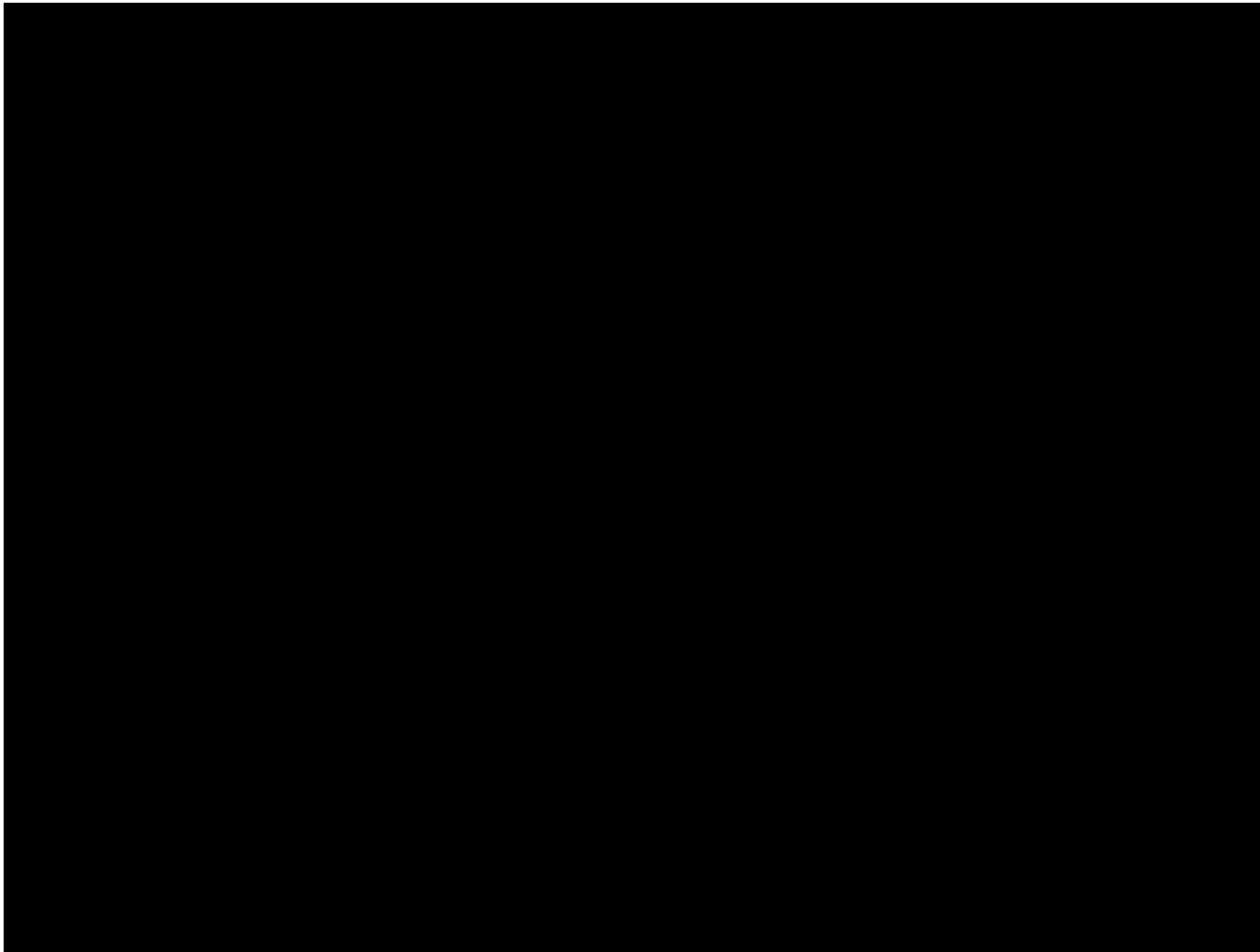
Coloscope  
avec capuchon

+



Scialytique  
(ou lampe  
sur pied)

## Anus normal vu au coloscope



# Cas clinique

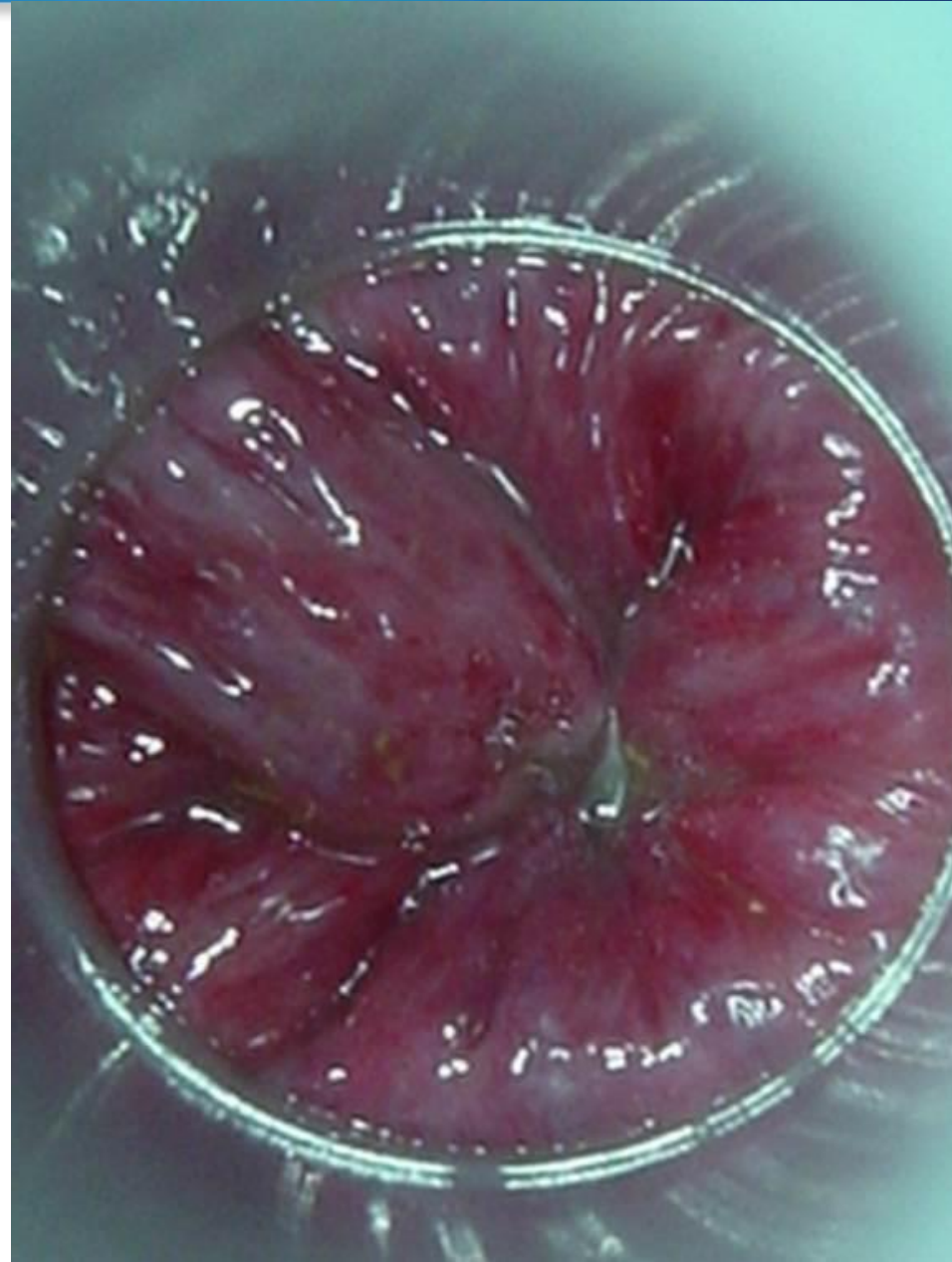
1

- Emmanuelle, 44 ans
- Terrain :  
constipation, CCR chez sa mère à 61 ans
- Motif de consultation :

## **Rectorragies**

- d'essuyage et parfois dans la cuvette
- isolées

- **Interrogatoire**
  - Selles souvent dures
  - Efforts de poussée Prolongés
- **Examen clinique →**



**Cas  
clinique**

**1**

Que proposez-vous ?

## Hémorroïdes : traitement médical

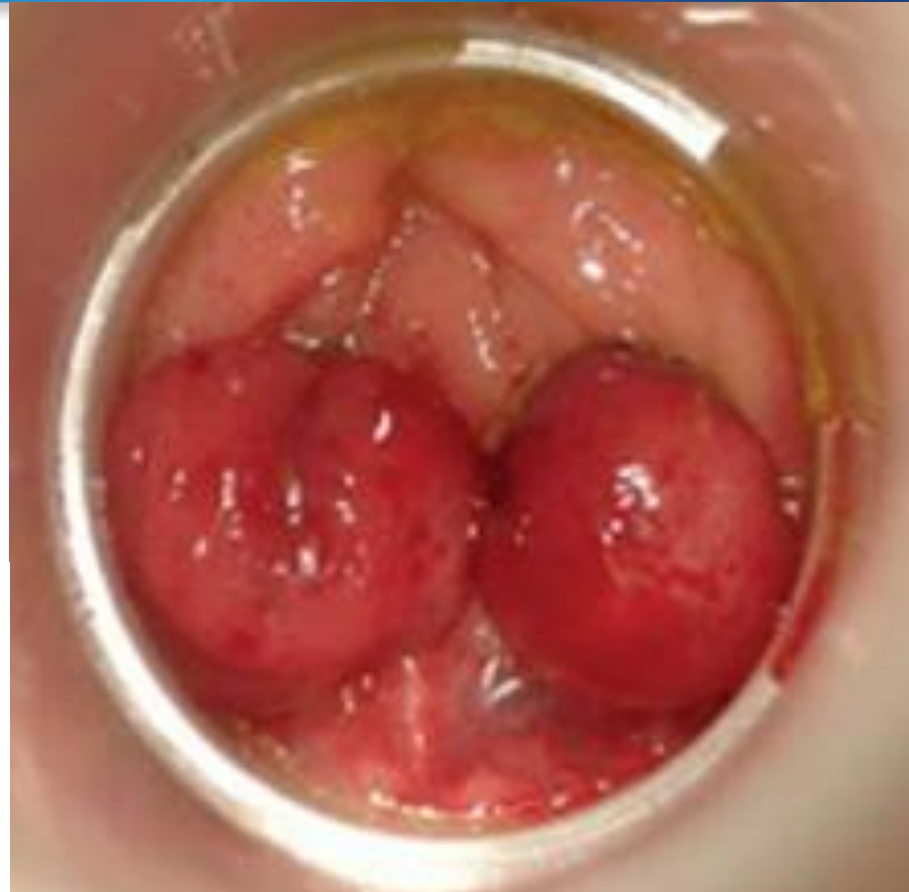
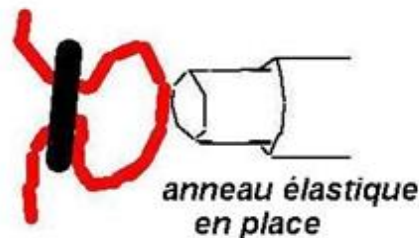
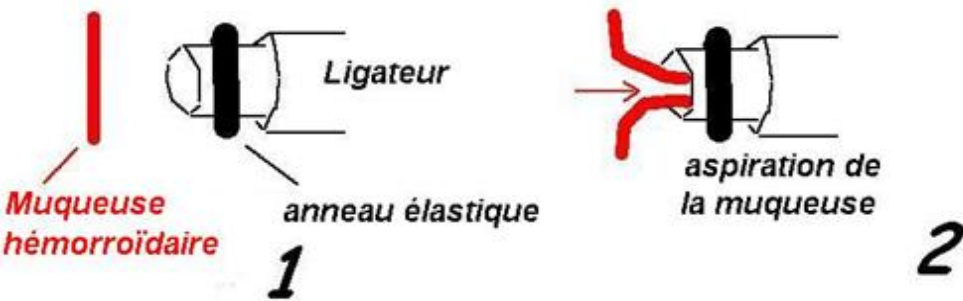
- **Systématiquement et au long cours**
  - Hygiène défécatoire
  - Régulation du transit +++
- Lors des poussées
  - Topiques : crème et suppositoire
  - Veintoniques
  - (Antalgiques, AINS en cure courte)

## Ligatures élastiques

- Indications : **après échec du traitement médical**
  - **Rectorragies** (grades 1 et 2) = infra-rouge
  - **Procidence** (grade 2 et grade 3 localisé)  
(Douleurs = mauvaise indication)
- Contre-indication : **anticoagulant et antiagrégant plq**  
(Kardegic ok)
- ✓ **Se positionner au dessus de la ligne pectinée**
- ✓ **Facile en fin de coloscopie**

## Ligatures élastiques

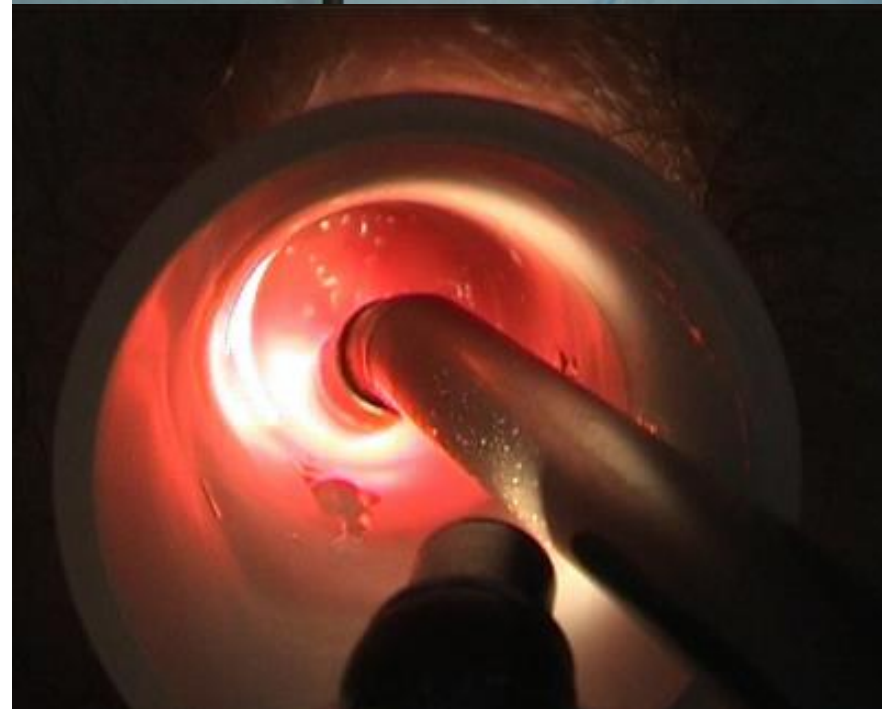
Nombres de séances :  
**max 3-4**, espacées d'1 mois



## Infra-rouge

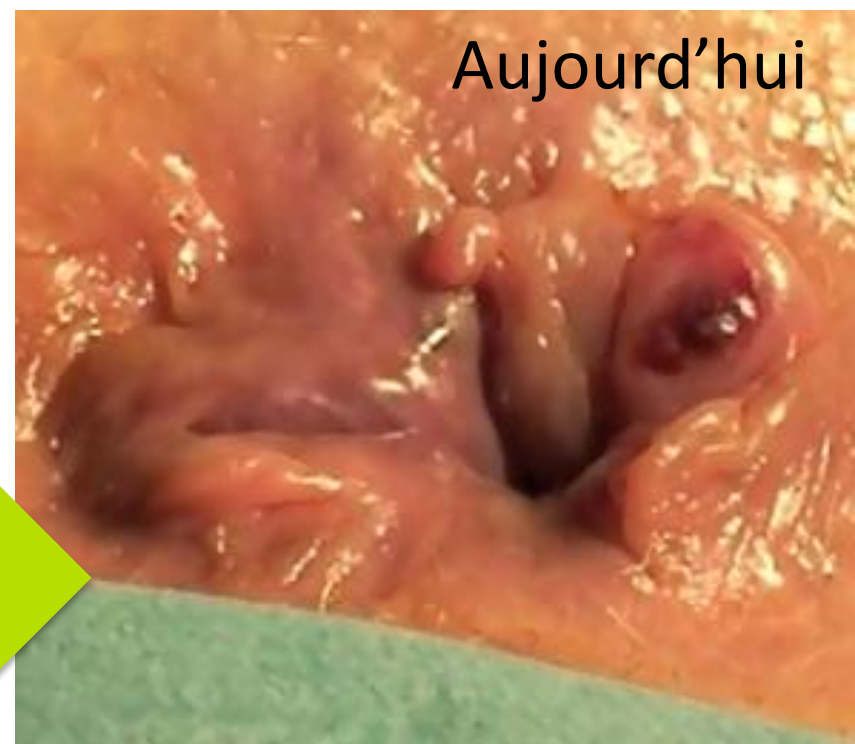
Indication : **rectorragie**

- 6 à 9 impacts au sommet des paquets hémorroïdaires internes
- Nombres de séances : **2 à 4**



Revient 5 ans + tard (49 ans) pour :

- **coloscopie de dépistage**
- **gêne/douleur anale persistante depuis incision de thrombose aux urgences il y a 3 mois**



Incision  
simple

## Thrombose hémorroïdaire externe

### Traitement médical systématique

Topiques

AINS oraux

Laxatifs

Antalgique

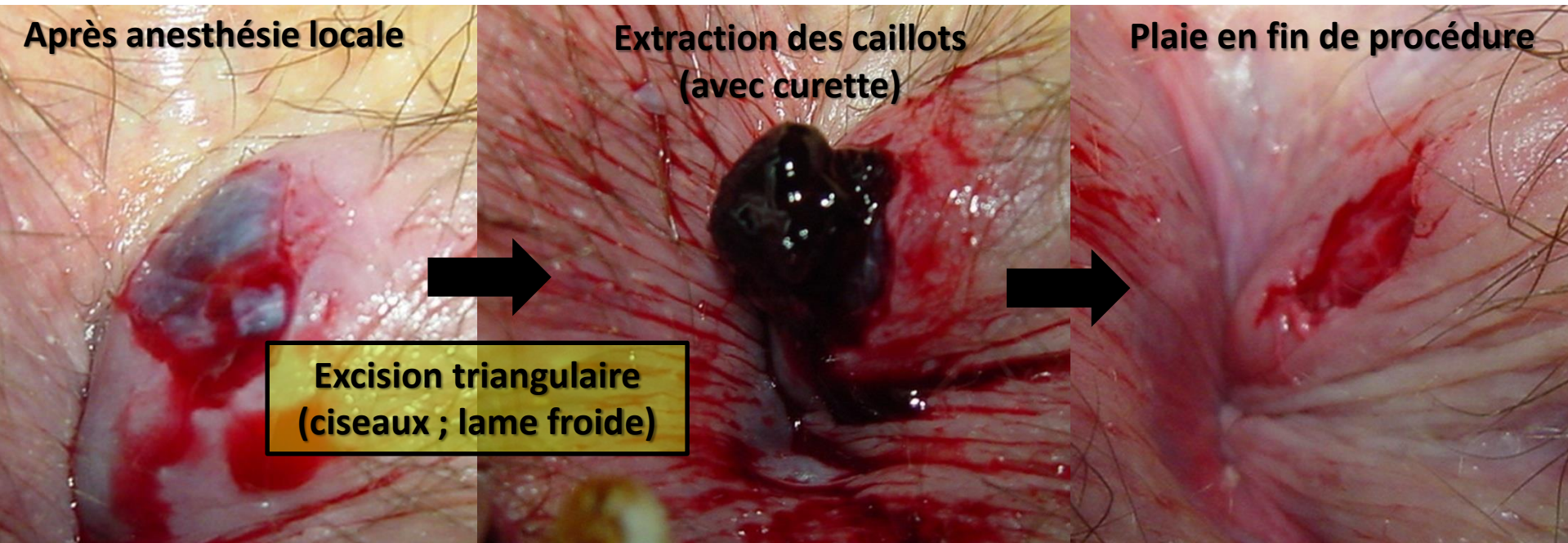
Excision de thrombose **uniquement si**

Douleur

Unique

Sans œdème

## Excision de thrombose



Cas  
clinique

1



Que proposez-vous ?

## Résection de thrombose sous AG

(thrombus résiduel chronique symptomatique)



Revient 5 ans + tard (54 ans)  
pour

- **coloscopie** de dépistage
- **difficultés d'essuyage**
- **Examen clinique →**



## Résection isolée de marisque hémorroïdaire

Envisageable si et seulement si

**Absence de pathologie hémorroïdaire  
« active »**

**Symptômes**

**Gêne esthétique**

# Résection de marisque



# Cas clinique

2

- Philippine, 55 ans
- Terrain : constipation
- Motifs de consultation
  - Test FIT +
  - **Douleurs anales** > 1 mois, pendant et après la défécation
  - **Rectorragies (+/- pus ?)**

- Philippine, 55 ans
- Examen clinique
  - **Difficile** (douleur ++)
  - **Hypertonie** anale
  - Déplissement des plis radiés impossible
  - Pas de pus mais culotte tâchée

Cas  
clinique

2

Que proposez-vous ?

- **Coloscopie + exploration ano-rectale sous AG**
- **Traitement médical type « fissure » en attendant**

## Traitement médical d'une fissure

**Antalgiques**

**Topiques  
anesthésiants**

**Laxatifs +++**

**Fibres  
alimentaires**

**Topiques  
cicatrisants**

**En 2<sup>ème</sup> intention :**  
*(action sur l'hypertonie anale)*

**Topique dérivé nitré**  
*Rectogesic*  
*(prix, céphalée, récurrence)*

## Coloscopie et exploration anale en 1 temps



**Traitement proposé : fissurectomie**  
(permettant le drainage de la fistule superficielle)



Revient 5 ans + tard (60 ans) pour

- **Sensation de boule anale** s'extériorisant lors de la défécation
- Coloscopie de dépistage

Dans l'intervalle, nombreux épisodes de syndrome fissuraire

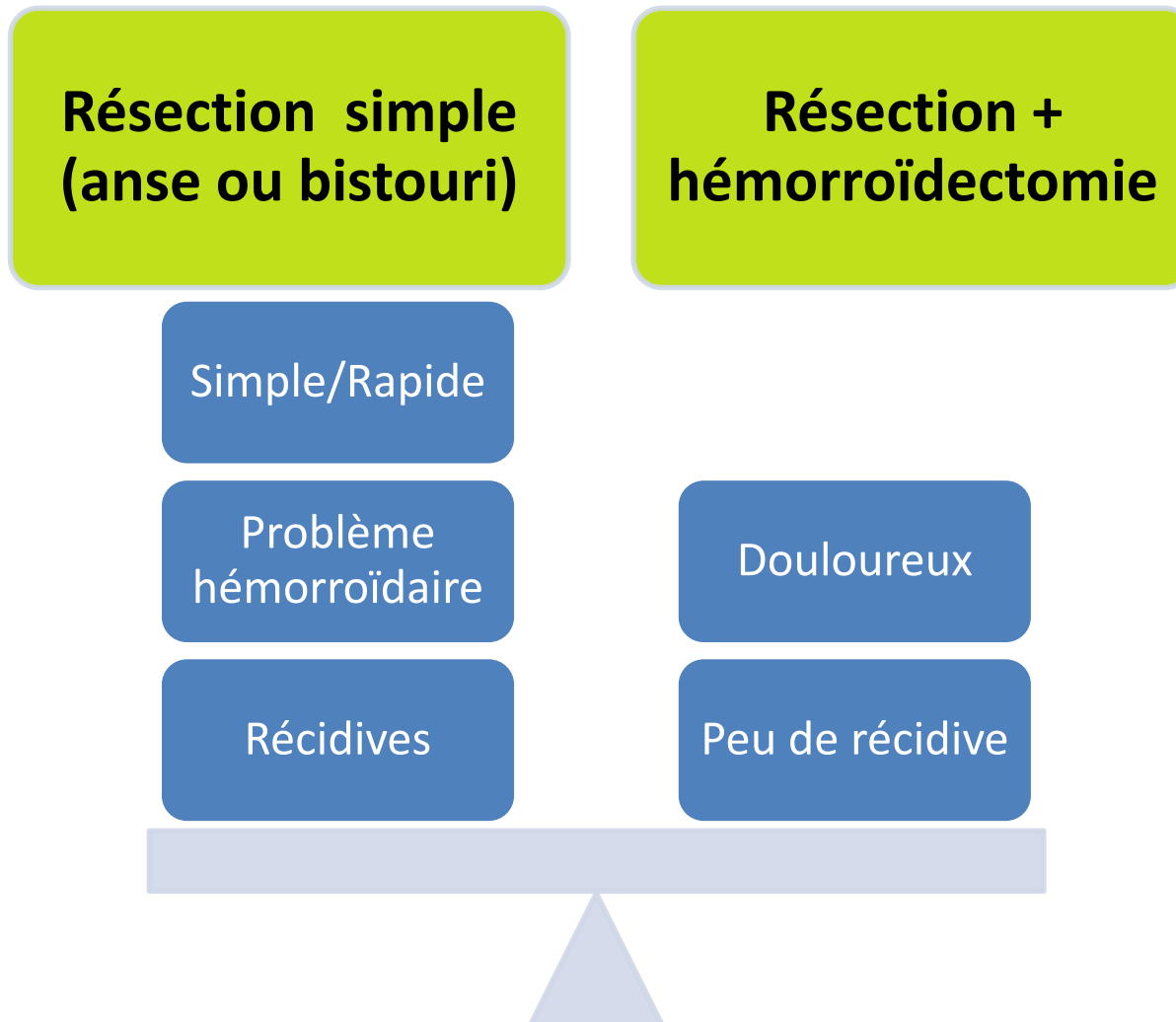
Examen clinique →



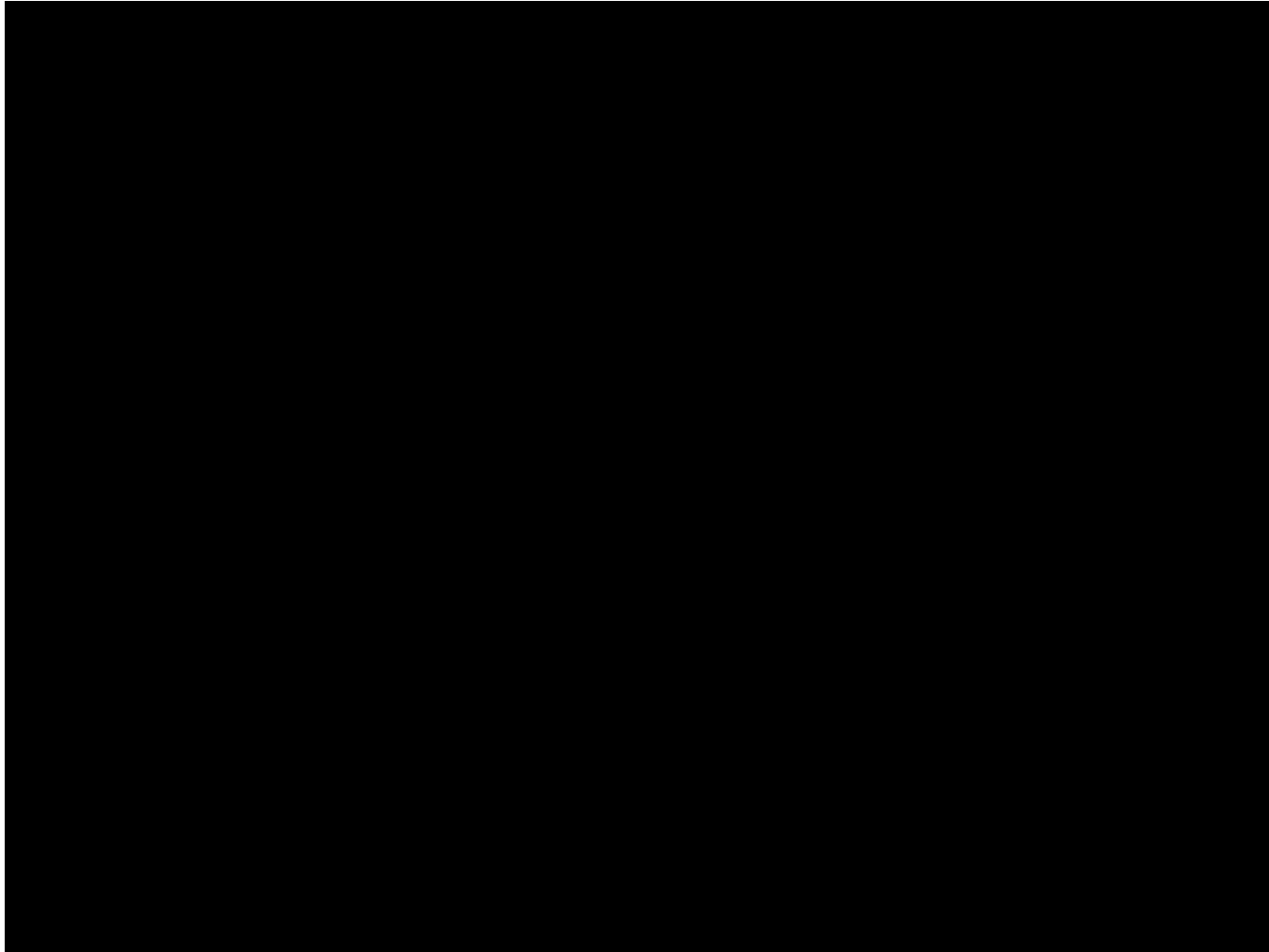
## Papille hypertrophique

- Secondaire à une inflammation de la papille
  - fissure anale
  - post-thrombose ou post-opératoire
- **Sensation de corps étranger** intra-canalair (inconfort ++)
- Responsable d'ulcération/fissuration 2<sup>aires</sup>

## Traitement de la papille hypertrophique



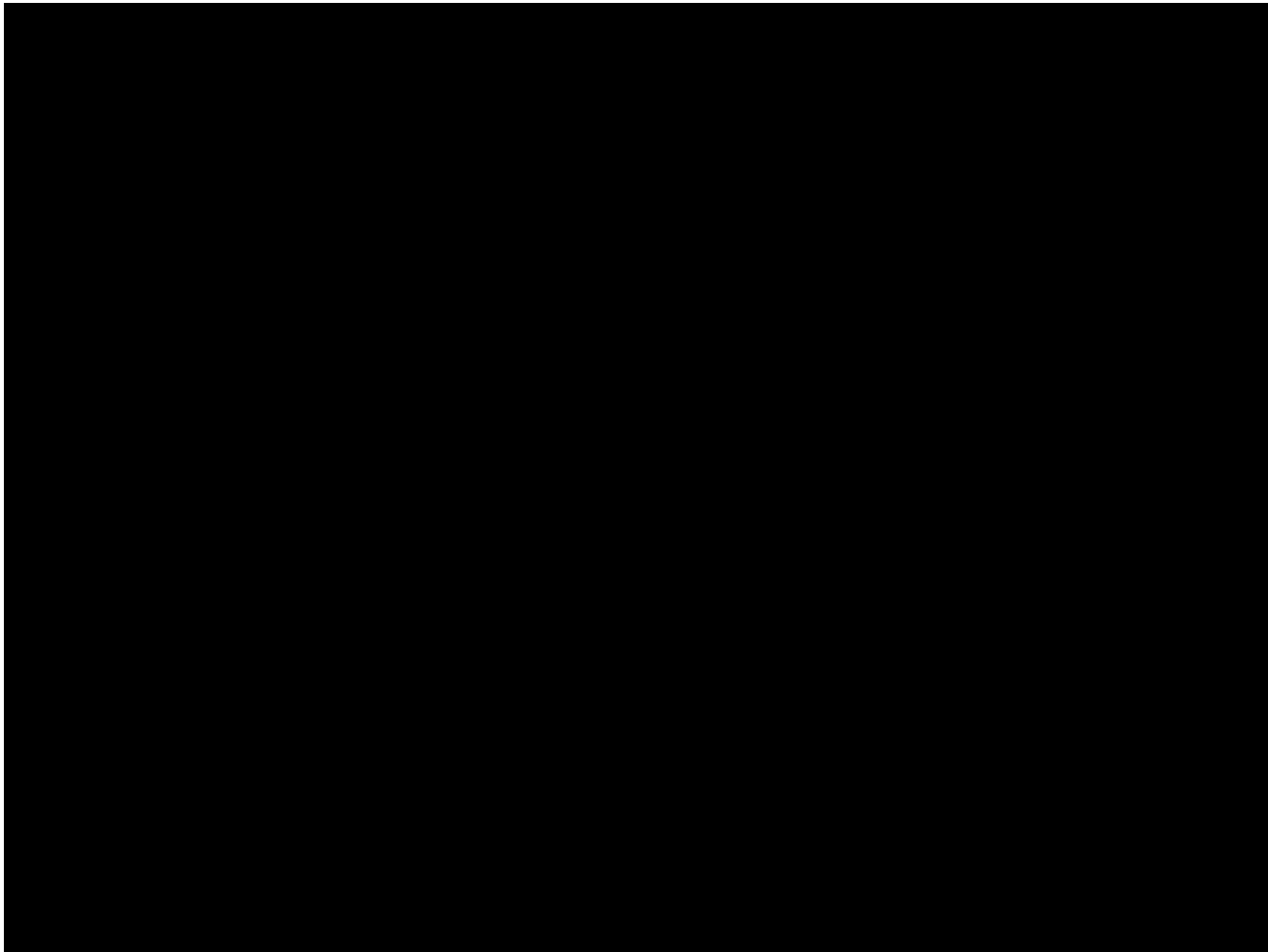
## Résection de papille



Revient 7 ans + tard (67 ans) pour

- Récidive progressive:
  - Douleurs anales diurnes et nocturnes
  - Rectorragies, glaires
  - Perte de 6 kg en 1 an
- Examen difficile du fait des douleurs
- *A tarder à venir car avait perdu confiance en vous...*

## Coloscopie + examen ano-rectal sous AG



# Cas clinique

3

Homme de 38 ans

Terrain :

- HIV homosexuel sous trithérapie depuis 10 ans
- Condylomes il y a 3 ans traités par cryothérapie (pas de notion d'histologie)

Motif : **prurit anal**

*Son infectiologue lui a conseillé une anoscopie haute résolution mais RDV en attente*

## Les condylomes

- Du au **virus HPV** (caractère parfois oncogène)
- Induit une pathologie précancéreuse : **AIN3**  
(Anal Intraepithelial Neoplasia)
- Conduite à tenir pour les patients AIN3 :
  - traitement de **destruction des lésions** si elles sont peu nombreuses
  - **Surveillance** sinon

## Dépistage des AIN3 : Pour qui ?

- Patients HIV homosexuels masculins
- Patients HIV aux ATCD de dysplasie anale ou de dysplasie du col pour les femmes
- Patientes souffrant de CIN3

## Dépistage des AIN3 : Comment ?

Pour les patients HIV à risque, la recommandation est : **anuscopie annuelle**

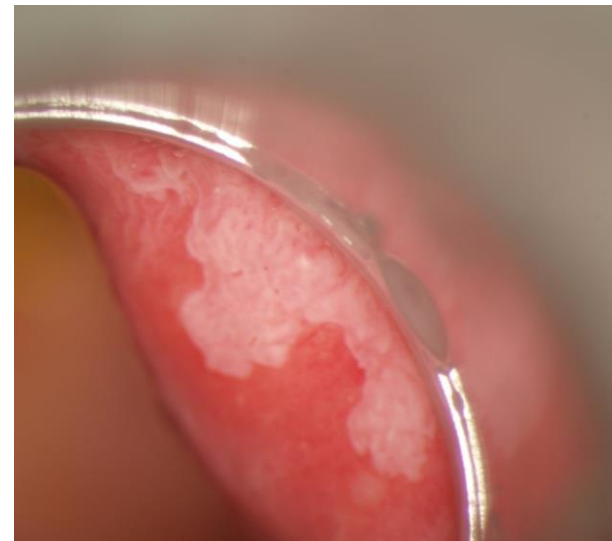
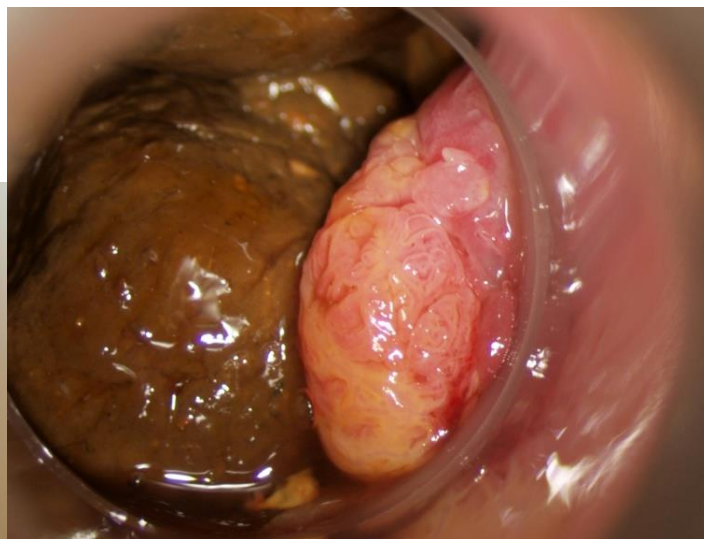
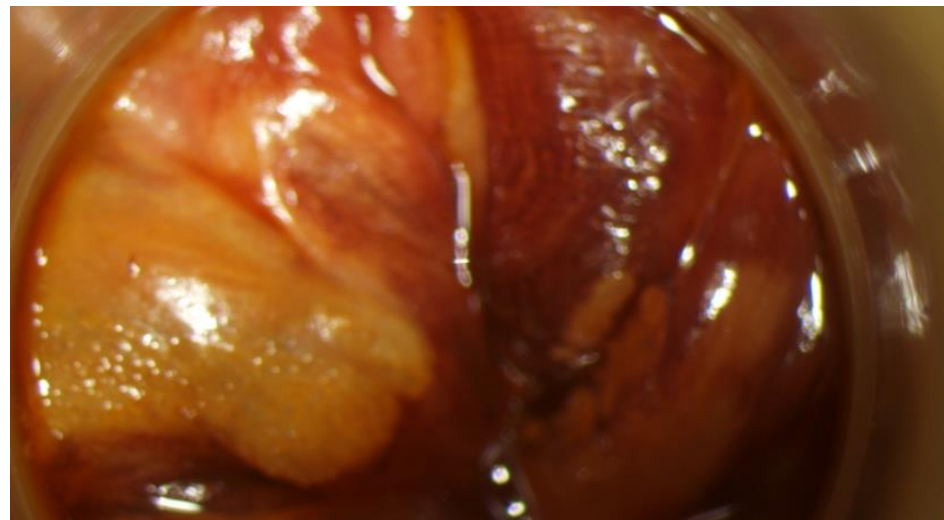
- **Histologie** en cas de lésion suspecte
- **Place du frottis** ? Problème de sur-diagnostic
- **Anuscopie haute résolution** en cas de découverte d'une AIN 3 : rythme de surveillance non défini

## L'anuscopie de haute résolution

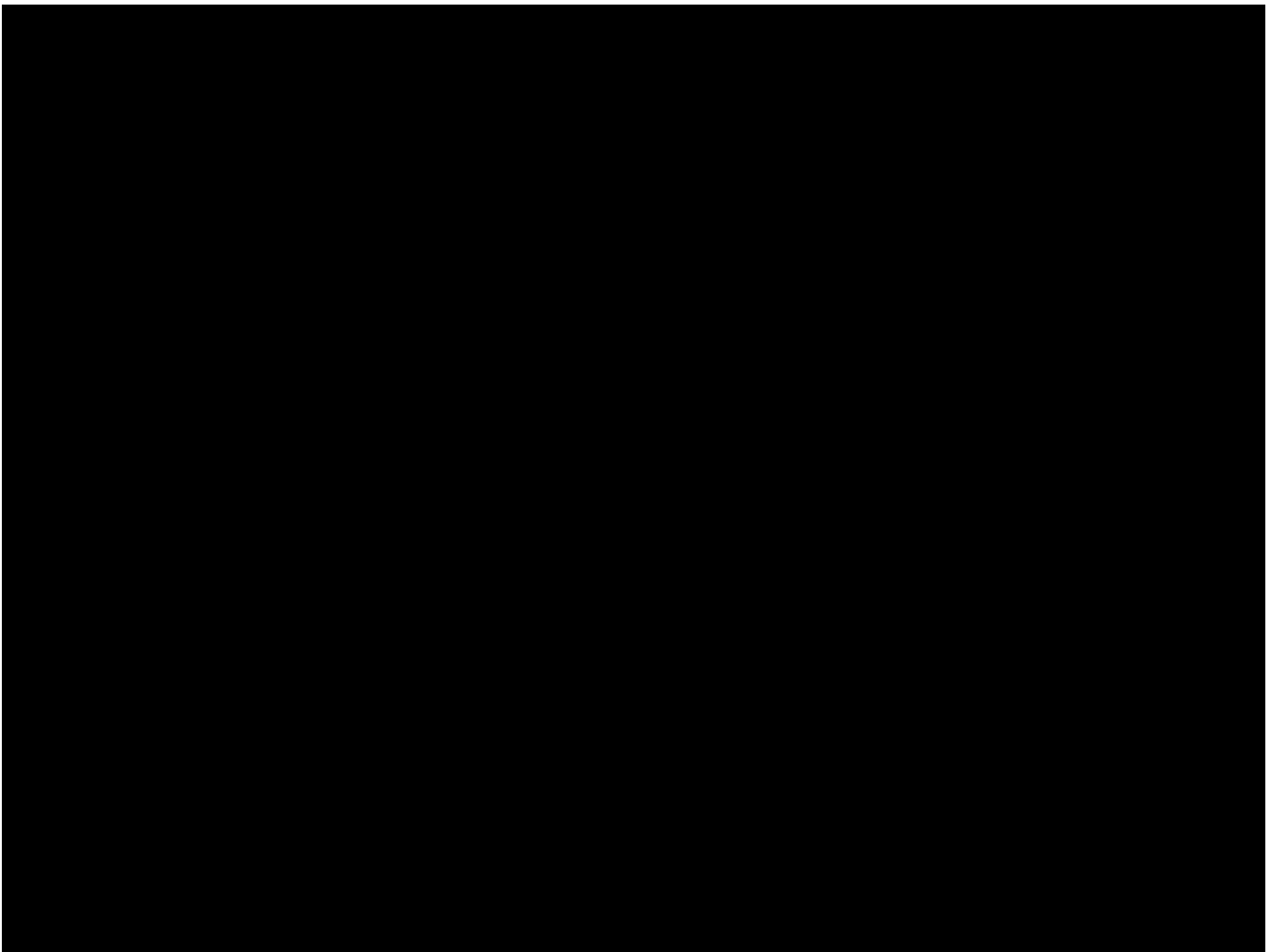


- Position genupectorale
- Examen long
- Application d'acide acétique puis de lugol, source de brulure
- Pas d'anesthésie générale

## Les lésions de l'anuscopie de haute résolution



**Ce que l'on obtient par l'endoscopie haute définition**



## Avantages de cette technique

- **Meilleure tolérance** : AG importante pour des examens qu'il faut répéter
- **Meilleure relaxation du canal anal** facilitant l'examen
- **Possibilité thérapeutique** per-opératoire
- **Meilleure accessibilité** pour les patients si la technique se développe
- Cotation CCAM : rectosigmoïdoscopie avec destruction de lésion du canal anal

**Objectif principal : optimisation de la prévention du cancer épidermoïde du canal anal dans les populations à risque**

# Cas clinique

4

Homme de 39 ans

Terrain : pas d'ATCD particulier

Motif :

- **Douleurs anales**
- **Rectorragies**

Examen proctologique :

- douloureux et difficile
- **fissure** anale bourgeonnante postérieure
- **hypertonie** anale

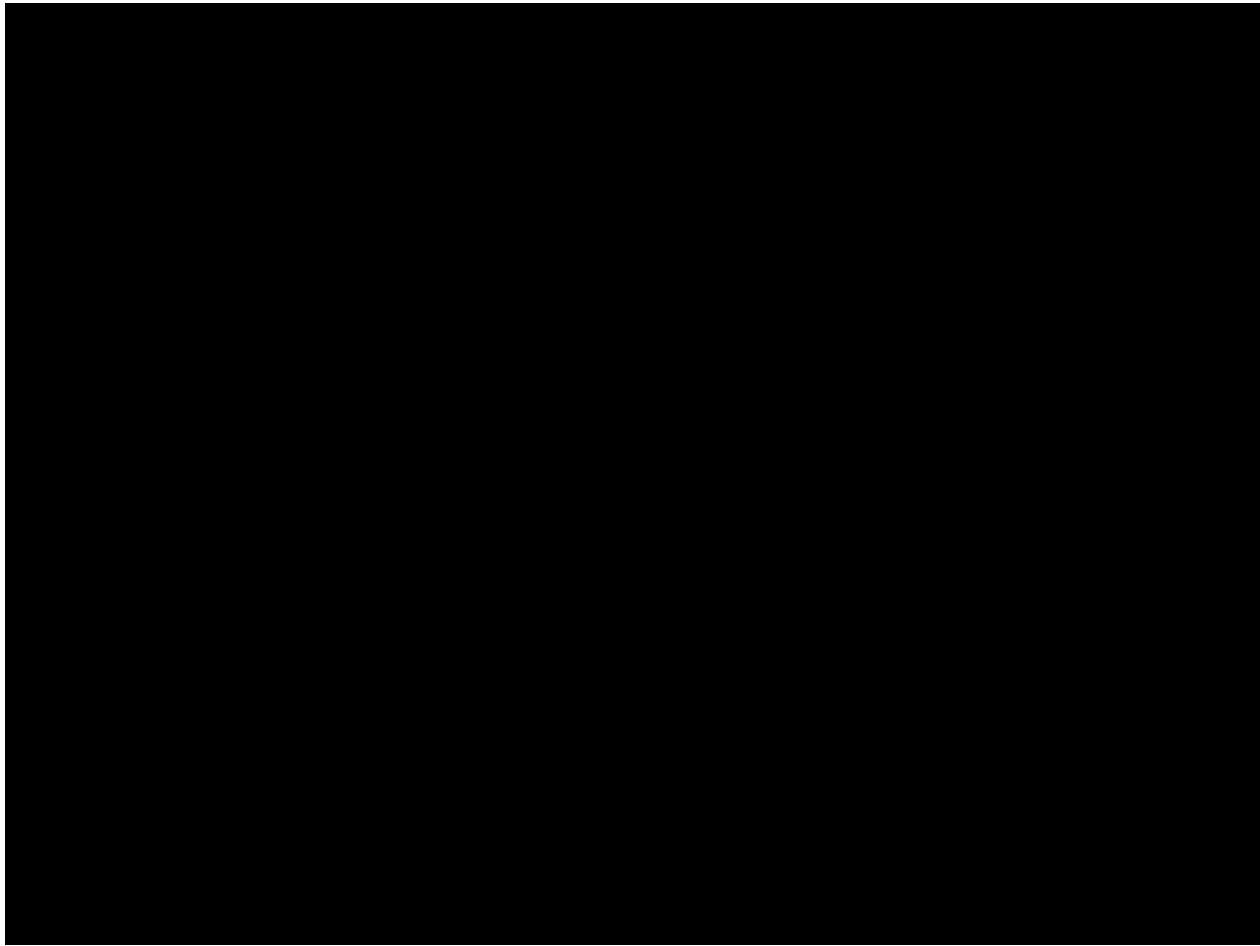
Cas  
clinique

4

Que proposez-vous ?

**Coloscopie + examen procto sous AG**  
(rapidement)  
Traitement médical type « fissure »  
(en attendant)

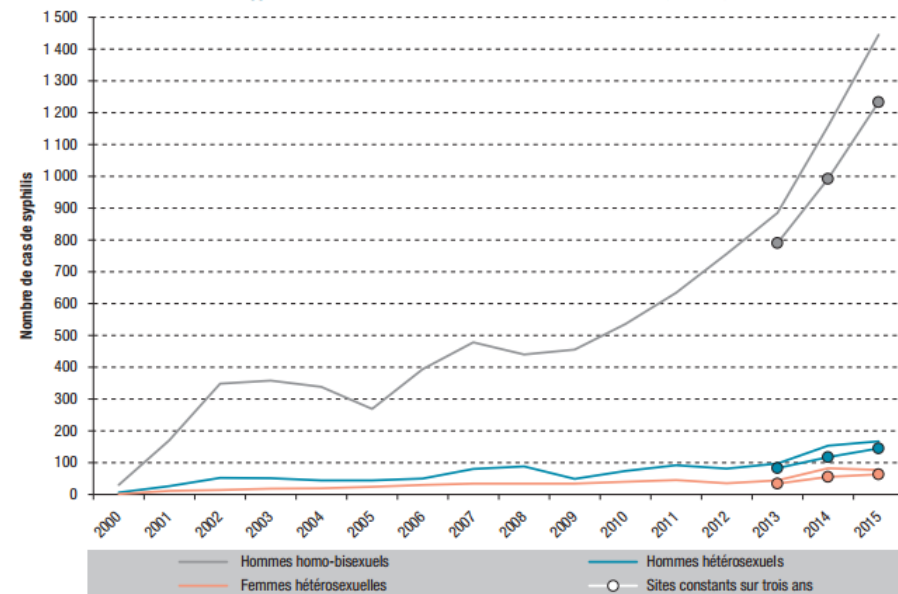
# Résultat de la coloscopie



## Une étrange tumeur...

- Anatomopathologie :  
ulcération non spécifique sans argument en faveur d'une prolifération tumorale ni épithéliale ni lymphoïde et conjonctive.
- **VDRL-TPHA : positif**

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle. Réseau RésiST, France, 2000-2015



## La syphilis : les autres lésions



## La syphilis : les autres lésions



## La syphilis : le traitement

- **Benzathine Benzylpenicilline Sandoz 2,4 MUI**
- Revoir le patient et vérifier la sérologie qui doit se négativer

Revient 1 an plus tard pour

- Constipation majeure depuis 3 semaines
- Epreintes
- Rectorragies défécatoires + quelques glaires

## Examen clinique :

- Anuscopie douloureuse →
- Evacuation de pus
- Adénopathies inguinales



Ano-rectite  
ulcéro-bourgeonnante

Cas  
clinique

4

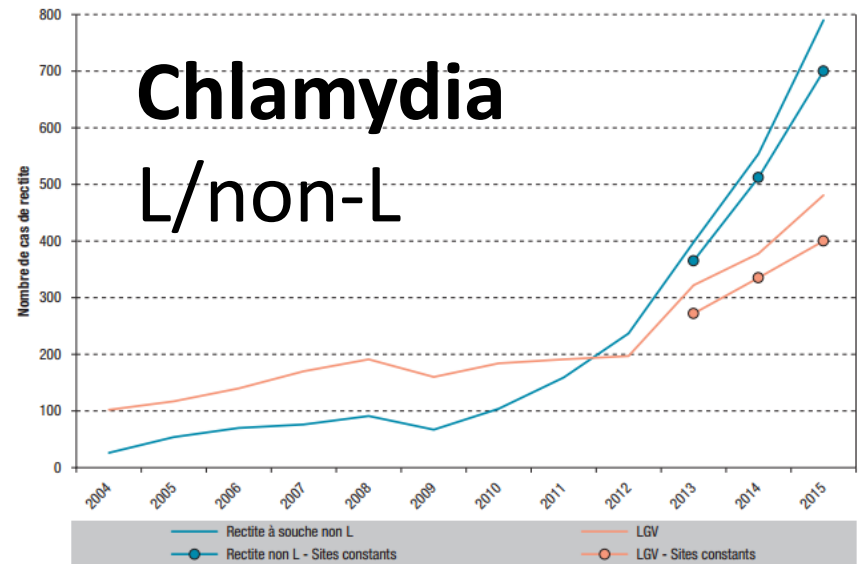
Que proposez-vous ?

- Ecouvillonnage anorectale pour PCR chlamydia + PCR (ou culture) gonocoque
- IRM périnéale
- **Traitement antibiotique probabiliste pour chlamydiae + gonocoque**

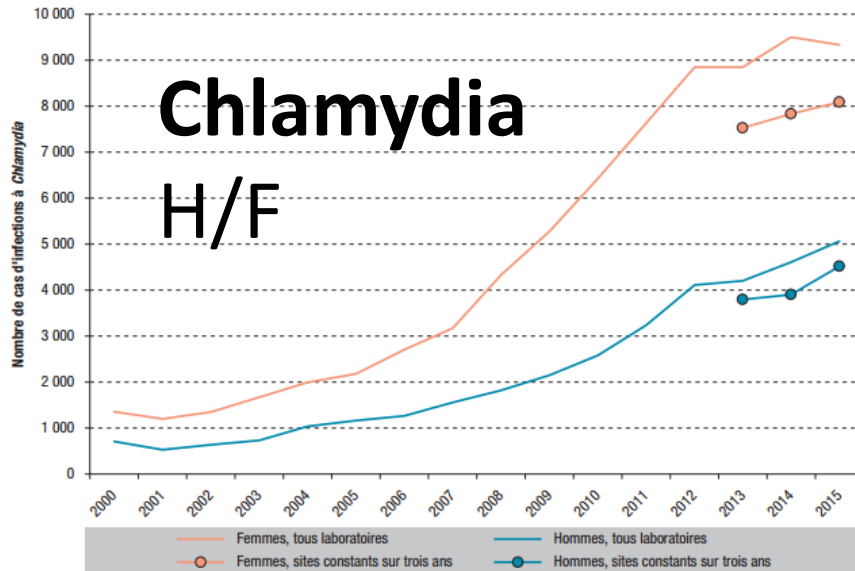
| Chlamydiae                                                          |                                                                                  | Gonocoque                                   |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <u>Souche non-L</u><br>(a- ou pauci-symptomatique)                  | <u>Souche L = LGV</u><br>(ano-rectite ulcéro-purulente +/- fistulissante)        | Ano-rectite purulente<br>(+/- fitulissante) |
|                                                                     | Ténèsme/constipation/épreinte<br>Glaïres, pus, rectorragie<br>+/- fièvre/AEG/adp |                                             |
| Incubation : 2 jours à 2 mois                                       |                                                                                  | Incubation : 2 à 7 jours                    |
| Diagnostic : <b>PCR par écouvillonnage</b> (culture pour gonocoque) |                                                                                  |                                             |
| <b>DOXYCYCLINE 100 mg x 2/j – <u>21 Jours</u></b>                   |                                                                                  | <b>CEFTRIAXONE 500 mg x1</b>                |
| Traitement <u>probabiliste</u> en cas de suspicion clinique         |                                                                                  |                                             |

## Chlamydia et gonocoque

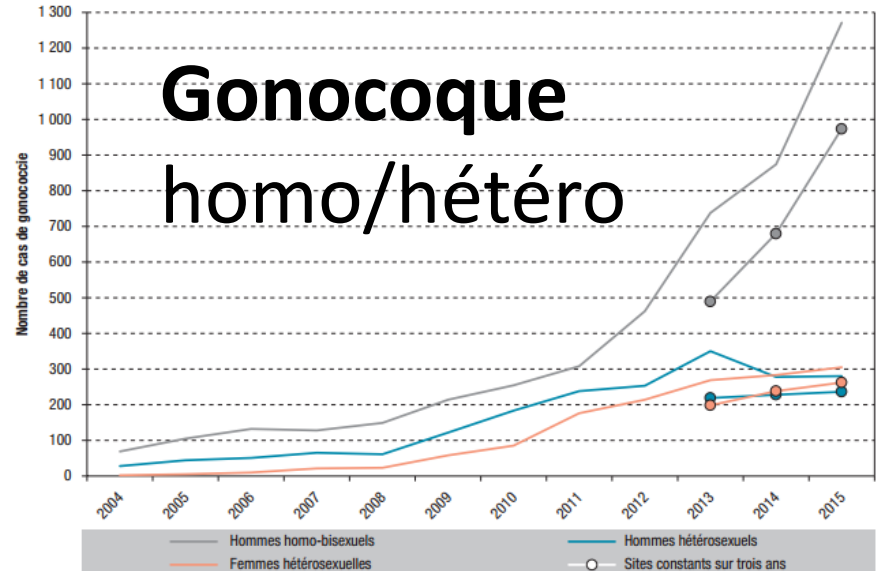
Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à souche non L. CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2015



Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* selon le sexe. Réseau Rénachia, France, 2000-2015



Évolution du nombre de gonocoques selon l'orientation sexuelle. Réseau RésIST, France, 2004-2015



- PCR chlamydia + (souche L)
  - Envoyer souche au CNR de Bordeaux
- IRM périnéale :



- **Ne pas oublier le bilan d'IST (VIH, syphilis...)**

- Bonne évolution clinique sous ATB
- Il persiste quelques douleurs défécatoires

**Cas  
clinique**

**4**

Que proposez-vous ?

- **Ecouvillon de contrôle**
  - Si doute sur guérison ou recontamination
- **IRM de contrôle**



Paroi rectale d'épaisseur normale



Persistance d'un petit abcès

## LES CINQ POINTS FORTS

La coloscopie doit s'accompagner d'un examen minutieux du canal anal, l'anesthésie générale en facilite la tolérance.

Le compte rendu de coloscopie devrait s'attacher à décrire le canal anal

L'examen proctologique durant la coloscopie est facilité par l'utilisation d'endoscopes à haute définition et par la mise en place d'un capuchon transparent type cap de mucosectomie.

La mise en place de ce cap facilite : le dépistage chez les sujets à risques des AIN<sub>3</sub> et du carcinome épidermoïde, par colorations et biopsies ciblées, l'électrocoagulation de condylomes ou d'AIN, la résection de papille hypertrophique ...

En fin de coloscopie, des gestes simples de proctologie sont possibles, et facilités par l'anesthésie générale.