



# Premier épisode de rectite : Quelle démarche diagnostique pour quel traitement ?

**Amine Antonin ALAM**

Service de proctologie médico-chirurgicale du Groupe Hospitalier Saint-Joseph

Mars 2026

# Conflits d'intérêt

---

- Aucun en lien avec la présentation

# Objectifs pédagogiques

---



- ✓ Connaître les différentes étiologies de rectite
- ✓ Connaître les éléments clés de l'évaluation clinique permettant d'orienter le diagnostic
- ✓ Connaître le bilan complémentaire nécessaire pour établir un diagnostic étiologique
- ✓ Savoir traiter un premier épisode de rectite
- ✓ Connaître le suivi à court et moyen termes pour éviter les complications ou l'évolution vers la chronicité

# Introduction

---

## Définition

Rectite: Inflammation de la muqueuse rectale

## Diagnostic

Extension parfois difficile à évaluer en rectoscopie rigide

Si doute → **recto-sigmoïdoscopie ou coloscopie complète**

## Clinique (variable)

Rectorragies

Syndrome rectal

Douleurs rectales/pelviennes basses

Diarrhée, impériosités, prurit anal

# Introduction (2)

---

## Endoscopie

**Phase aiguë** : érythème, œdème, ulcérations, fragilité

**Phase chronique** : polypes inflammatoires, pseudo-nodules, sténoses, fistules

## Étiologies

Cause retrouvée > 50 % des cas

## Prise en charge

Bilan étiologique systématique dès la 1<sup>ère</sup> consultation (en ambulatoire)

Orientée selon contexte, ATCD et FDR

# Démarche diagnostique

---

## Interrogatoire

- ATCD familiaux de MICI, radiothérapie pelvienne
- Traitements locaux (suppositoires, lavements)
- Rapports sexuels anaux → risque d'IST
- Transit : diarrhée, dyschésie
- Durée, évolution, manifestations extra-digestives

## **Toujours évoquer une cause infectieuse (1ère intention)**

- Prélèvements avant tout traitement
- Documentation microbiologique : 40–70 %

# Démarche diagnostique (2)

---

## Examens :

Écouvillonnage rectal : *chlamydia*, *gonocoque* ± *Mycoplasma*

Sérologies : VIH, VHB, VHC, VHA, syphilis

Coproculture + parasitologie



## Si cause infectieuse exclue

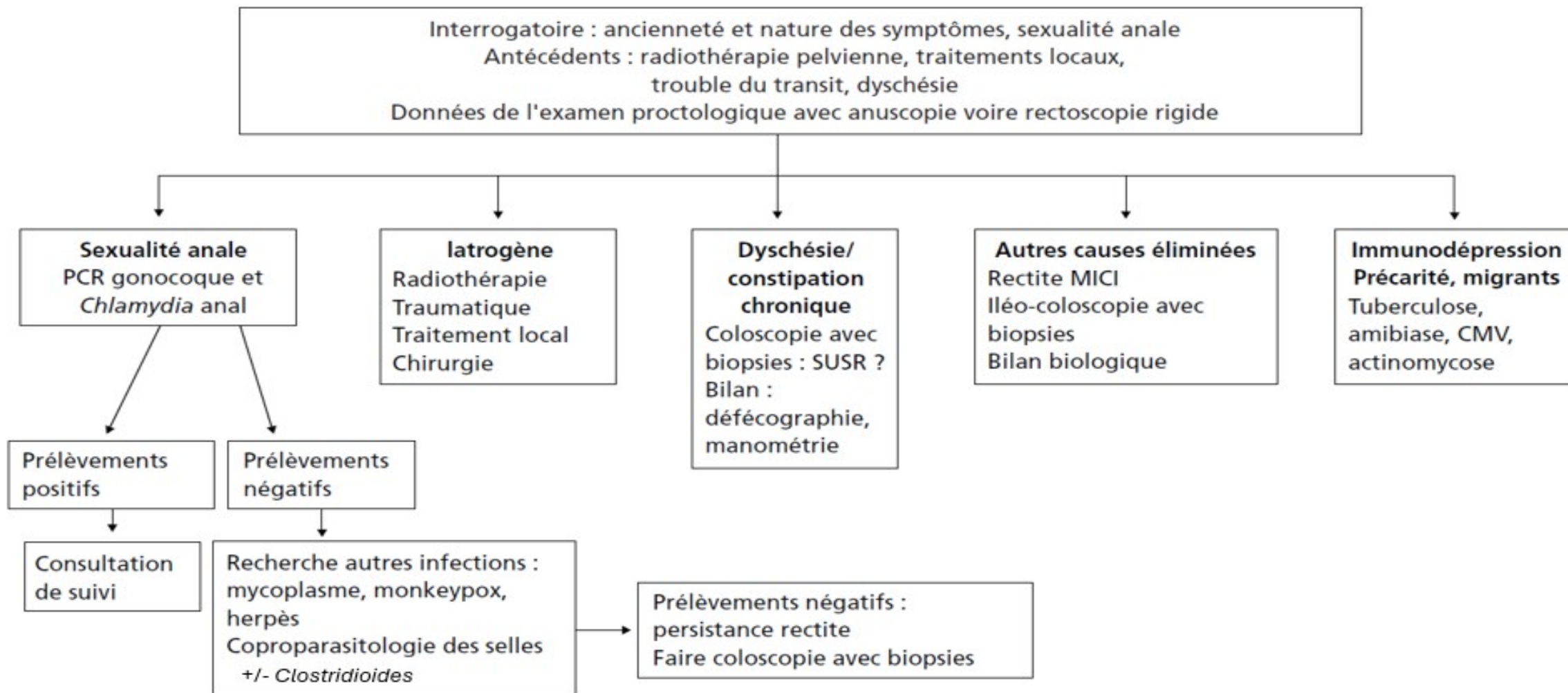
→ Recto-sigmoïdoscopie avec biopsies

## Histologie :

Aiguë vs chronique

Signes de MICI : distorsion cryptique, infiltrat chronique, granulomes (→ Crohn)

# Algorithme diagnostique devant une rectite



# Principales causes de rectite





Catégorie de rectite	Causes principales / agents étiologiques
Rectites de MICI	Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, colite inclassée
Rectites liées aux infections sexuellement transmissibles	<b>Bactériennes :</b> <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Treponema pallidum</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> <b>Parasitaires :</b> <i>Giardia lamblia</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> <b>Virales :</b> <i>Herpès simplex virus</i> , <i>Monkeypox</i>
Autres rectites infectieuses	Tuberculose, Cytomégalovirus, <i>Clostridioides difficile</i> , actinomycose
Rectites iatrogènes	Radiothérapie, lavements (rituels, H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ...), suppositoires (AINS, camphre), traumatique, ischémique, rectite de diversion
Rectites sur prolapsus	Prolapsus rectal, ulcère solitaire du rectum

# 1) Rectites liées aux IST

---

# Epidémiologie

## Populations à risque :

-  HSH
-  Personnes vivant avec le VIH
-  Partenaires multiples
-  Usage de PrEP

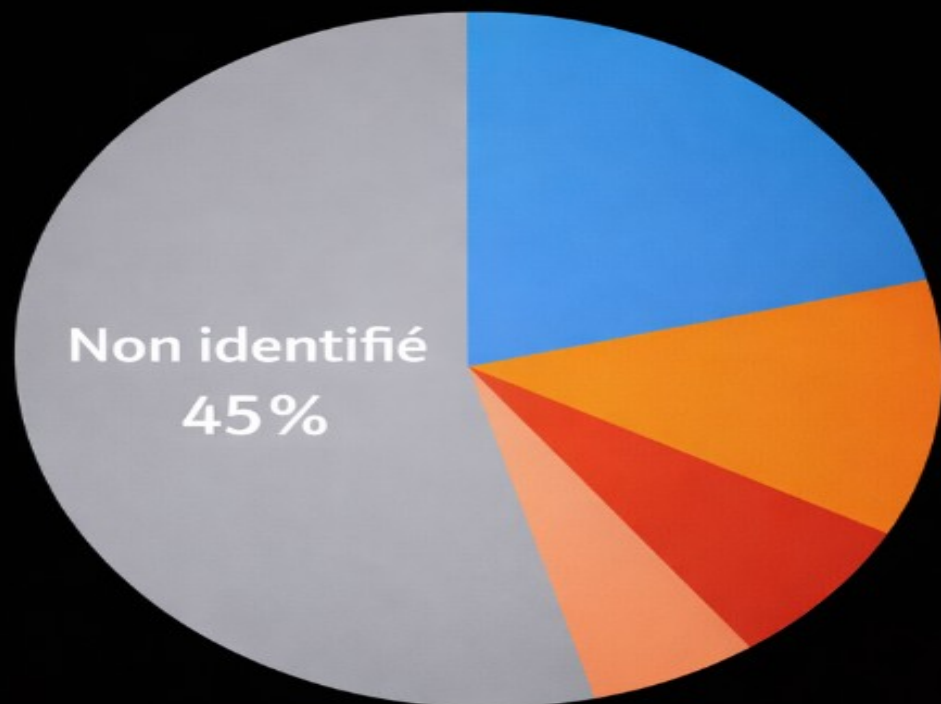
## Transmission :

- Coït anal non protégé
- Rappports oro-anaux
- Pratiques digito-anales
- Partage d'objets sexuels

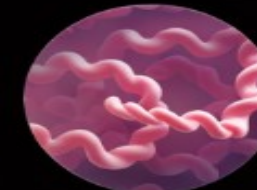
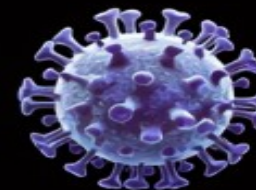


# Quels agents infectieux ?

## Causes fréquentes de rectite infectieuse liée à une IST



- Gonococcie 30%
- Chlamydia trachomatis 19%
- HSV-2 16%
- Syphilis 2%



**Co-infections fréquentes :**

≈ **10 %** des patients positifs pour  $\geq 2$  agents pathogènes

# Rectite à gonocoques

---

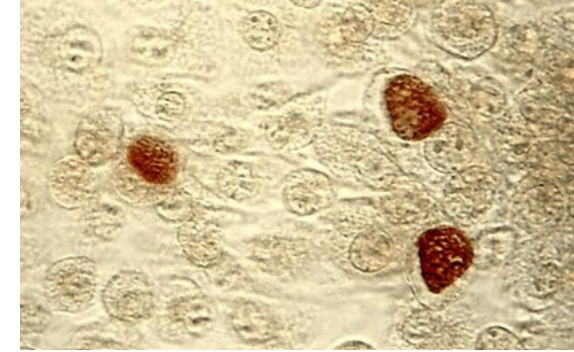
- ❖ Douleurs anales, ténesme, émissions purulentes, parfois sanglantes
- ❖ Incubation 2–7 jours
- ❖ Complications : abcès, fistules



(Coll. Manuel Aubert)

# Rectite à *chlamydia*

---



- ❖ 2 formes de rectites décrites: LGV (sérovars L), et rectites à souches non-L.
- ❖ Rectite à souche non-L : tableau frustré, muqueuse ano-rectale érythémateuse et fragile
- ❖ Rectite LGV : HSH +++ , VIH (>70 % des cas).  
Lésions transmurales avec syndrome rectal et écoulement muco-purulent
- ❖ Incubation : 2 à 6 semaines
- ❖ Toucher ano-rectal : rectite nodulaire souvent pseudo-tumorale (LAP de Crohn ? Cancer rectal ?)

# Rectite à *chlamydia* (2)

- Lymphadénite inguino-fémorale aiguë associée dans 2/3 des cas.
- En l'absence de traitement, inflammation chronique responsable de fibrose, sténose ou suppuration péri-anale destructrice.



Lymphogranulomatose vénérienne rectale  
(Coll. Élise Pommaret)

# Autres agents bactériens ?



*Mycoplasma genitalium* peut être responsable d'ano-rectites, justifiant une recherche systématique en 2ème intention après exclusion des infections à chlamydia et gonocoque

Rectite syphilitique (*Treponema pallidum*)



- Polymorphisme clinique (formes ulcérées ou pseudo-tumorales)
- Résurgence avec fréquente association à d'autres IST (jusqu'à 50 % de sérologies positives chez les patients atteints de LGV)

Germes entéropathogènes : *E. coli*, *Shigella spp.*, *Campylobacter jejuni*

Parasites : *Entamoeba histolytica* et *Giardia lamblia*

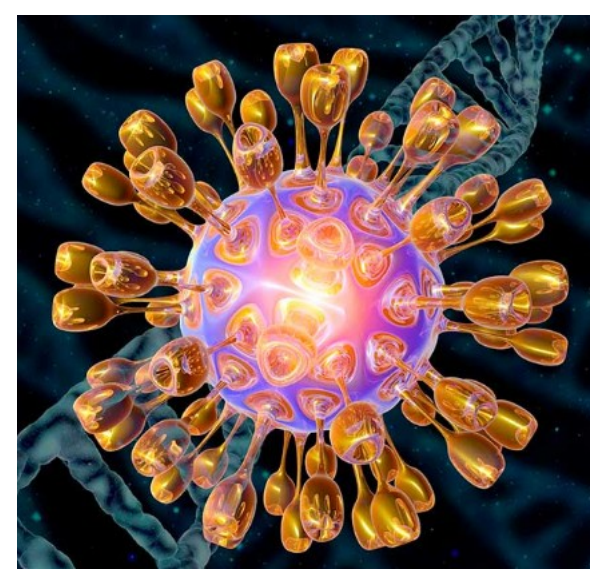


➔ Coproculture et Examen parasitologique des selles

# Rectite herpétique

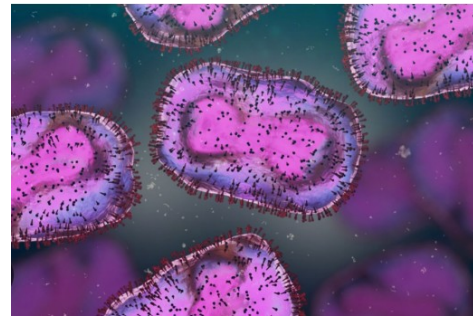
---

- Herpes simplex virus (HSV type 1 comme 2)
- Atteinte anale isolée ou extension rectum
- Vésicules périnéales, brûlures intenses, ulcérations « en carte de géographie », adénopathies inguinales, dysurie
- Anuscopie : muqueuse rectale érosive et fragile
- Diagnostic repose sur l'aspect clinique, confirmation: PCR sur prélèvement local



# Mpox (Variole du singe)

- Pic épidémique entre mai et octobre 2022 : émergence d'une rectite liée à *l'orthopoxvirus*



- HSH infectés par le VIH +++
- Lésions cutanéomuqueuses fébriles avec rectites ulcérées, parfois sévères et très douloureuses
- Diagnostic : PCR *orthopoxvirus*



(Coll. Amélie Barré)

# Quoi faire en pratique devant une suspicion de rectite liée à une IST ?

---

Prélèvements microbiologiques rectaux pour PCR multiplex *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* suivis d'un traitement probabiliste immédiat



## TRAITEMENT :

Ceftriaxone 1 g dose unique IM + doxycycline 100 mg deux fois par jour *pendant 7 jours, prolongée à 21 jours en cas de LGV*

# Quoi faire en pratique devant une suspicion de rectite liée à une IST ? (2)

---

Rectites herpétiques : valaciclovir 500 mg matin et soir pendant 5-10 jours (primo-infection)

Rectite syphilitique : benzathine-pénicilline G 2,4 MUI en IM (dose unique)

Deux essais randomisés récents :



Efficacité d'une prophylaxie post-exposition par doxycycline 200 mg prise dans les 24 à 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé, réduisant significativement les infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Treponema pallidum* chez les HSH sous PrEP ou infectés par le VIH



# Autres rectites infectieuses

---

## Rectite amibienne (*Entamoeba histolytica*)

- Prévalence : **20–30 % chez les HSH et personnes bisexuelles**  
→ Transmission oro-anale
- Rectite symptomatique exceptionnelle
- **Aspect endoscopique** : Muqueuse érythémateuse et friable. Ulcérations « en coup d'ongle » caractéristiques
- **Diagnostic** : Examen parasitologique des selles, sérologie



# Tuberculose rectale

- Rare :  $\approx 7\%$  des localisations digestives
- Patients immunodéprimés (VIH +++)

## Présentation clinique :

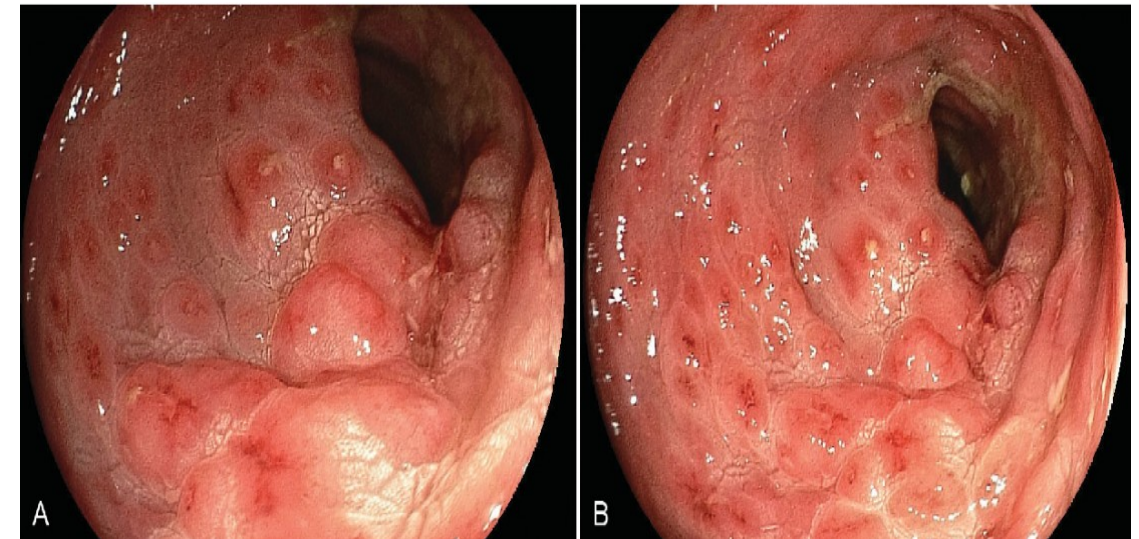
- Tableau pouvant mimer une **MICI** ou un **cancer rectal**

## Formes endoscopiques :

- **Ulcéreuse** : ulcère profond ou érosions multiples
- **Hypertrophique** : épaissement pariétal, sténose rigide  $\pm$  lésions polypoïdes

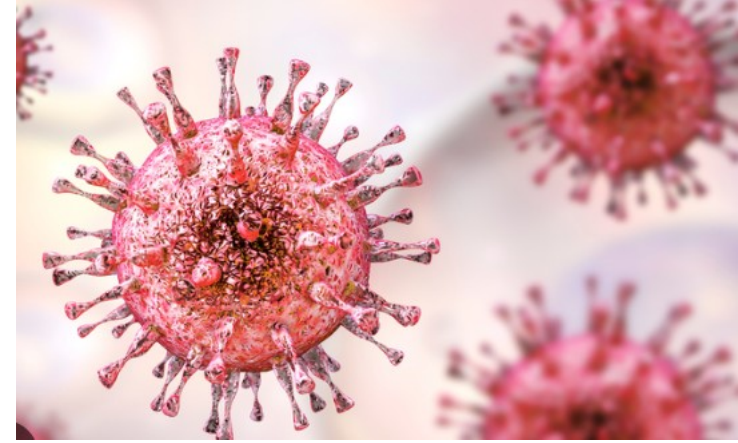
## Diagnostic :

- Quantiféron® / IDR
- Confirmation : **granulomes à nécrose caséuse** (histologie)
- BAAR rarement retrouvés
- Diagnostic différentiel majeur : **Crohn**



# Infection à cytomégalovirus (CMV)

---



- Doit être évoquée devant une rectite survenant chez un patient immunodéprimé
- Atteinte rectale isolée rare
- Des cas rapportés chez des patients immunocompétents (contexte de sexualité anale et de co-infection par une IST) pouvant mimer une rectite de RCH

# Infection à *Clostridioides difficile*

---



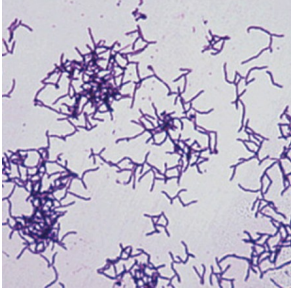
- Se limite rarement au rectum.



- Prise récente d'antibiotique
- Hospitalisation
- Age avancé
- MICI sous-jacente
- Prise de médicaments altérant le microbiote (IPP, laxatifs, ralentisseurs du transit)

# Actinomycose rectale

---



- Infection chronique et rare , due à un bacille Gram positif du genre *Actinomyces*  
Hommes +++ (sex-ratio 3 :1)
- Contexte de mauvaise hygiène, de grabatisation ou d'immunodépression (VIH)
- La forme pelvienne peut naître d'une cryptite anale et se propager au pelvis, provoquant fistules anales ou rectales, voire une masse pseudo-tumorale
- Histologie : « grains de soufre » entourés d'un granulome inflammatoire
- Traitement: pénicilline G

## 2) Rectites de prolapsus

---

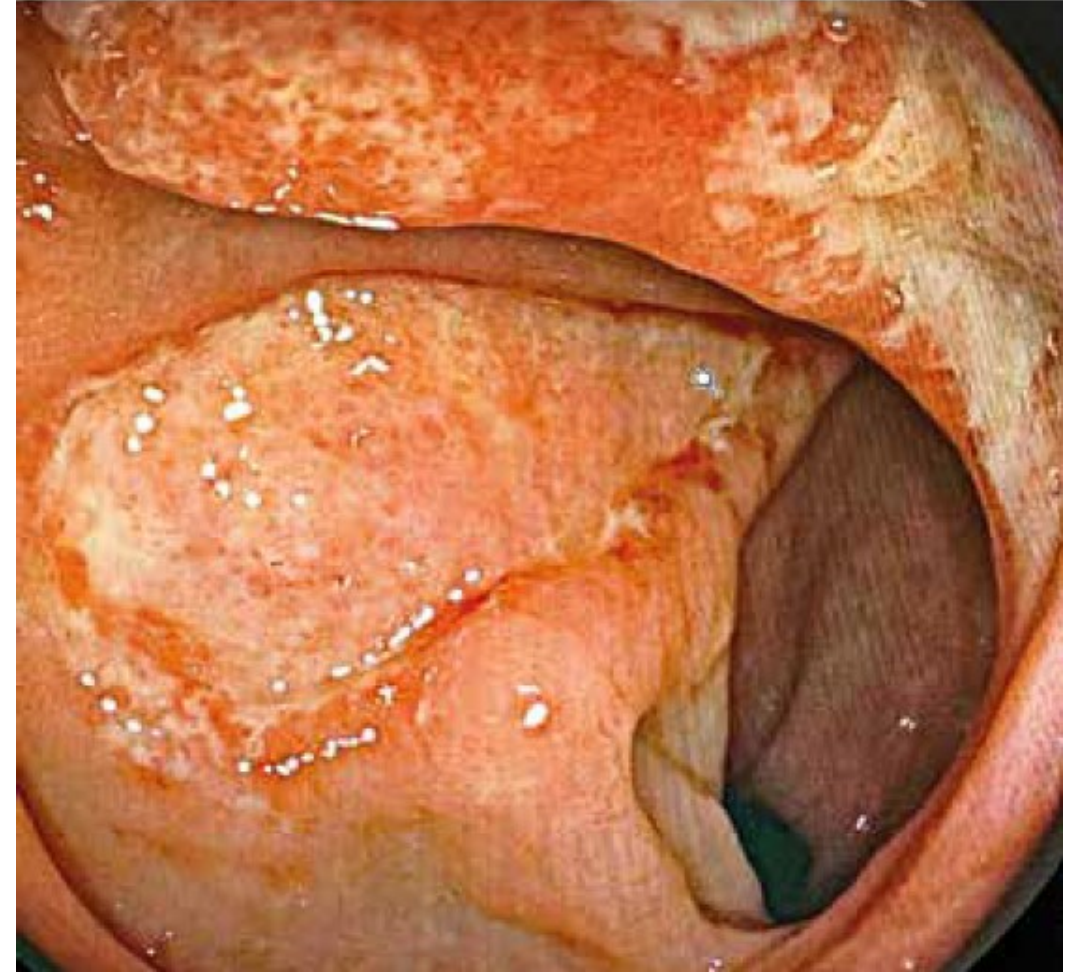
- Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) : affection bénigne, rare
- Evoqué devant toute lésion ulcérée chronique du rectum (contexte de constipation terminale)
- Pic de fréquence : entre 30 et 40 ans (F > H)
- Asymptomatique dans environ 25 % des cas
- Symptôme principal : rectorragie, isolée ou associée à un s, douleurs pelviennes, impériosité défécatoire ou dyschésie



# Diagnostic

---

- Aspect endoscopique typique : ulcère unique, blanchâtre, à bords nets et érythémateux, localisé sur la **face antérieure du rectum**, entre 4 et 12 cm de la marge anale
- L'ulcère absent dans < 20 % des cas, peut être multiple, ou prendre des formes pseudo-polypoïdes, nodulaires, érythémateuses ou encore sténosantes

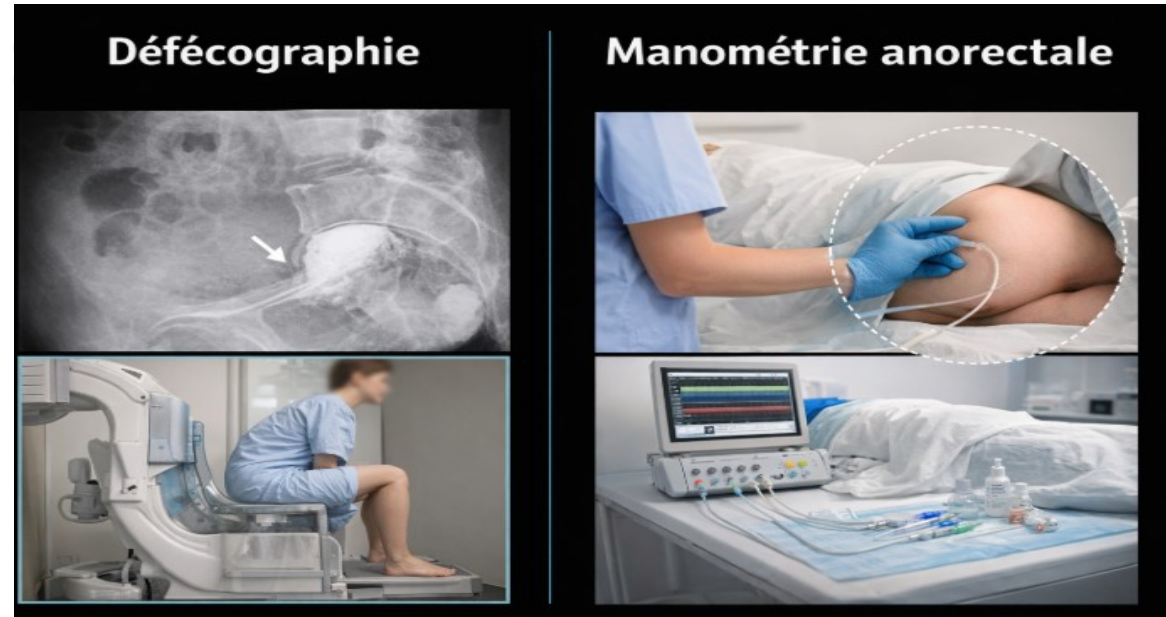


(Coll. Anne-Laure Rentien)

Zhu et al. WJG 2014

# Examens complémentaires

## Examens de première intention



- ❖ Permettent de détecter un trouble de la statique pelvienne (intussusception rectoanale ou prolapsus rectal) et/ou un anisme

# Prise en charge

---

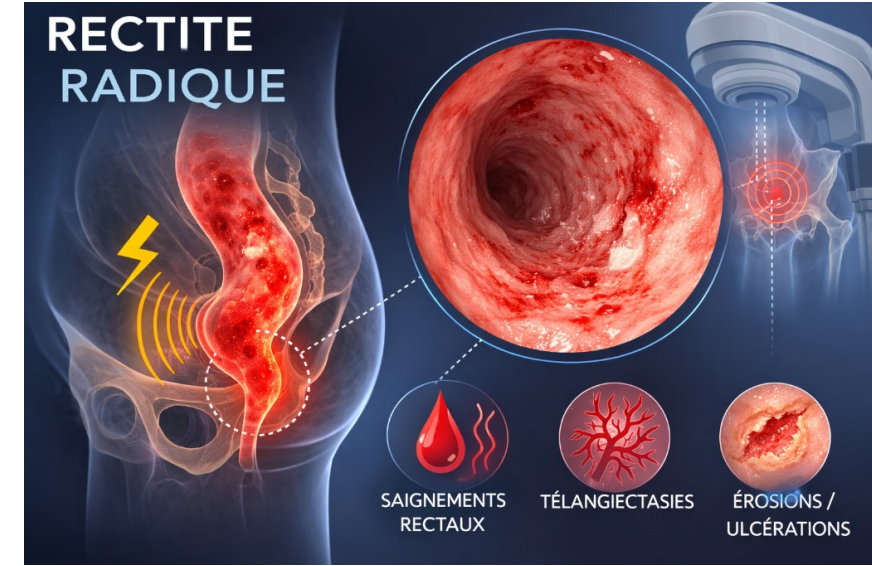
- 1<sup>ère</sup> étape : corriger la constipation, supprimer les efforts de poussée avec des laxatifs et règles hygiéno-diététiques
- Anisme isolé ou associé à un trouble statique pelvien mineur : rééducation périnéale par biofeedback
- Trouble statique sévère et d'échec de la rééducation : rectopexie chirurgicale
- Patients sans anisme ni trouble de la statique mais présentant une rectorragie persistante : traitement par plasma d'argon

# 3) Rectites iatrogènes

---

# Rectite radique

- Symptôme principal: rectorragies
- Présence de télangiectasies de la muqueuse anorectale
- Complications : anémie par carence martiale, sténoses, ulcérations ou fistules, troubles fonctionnels
- ~ 5 % des patients ayant bénéficié d'une radiothérapie pelvienne



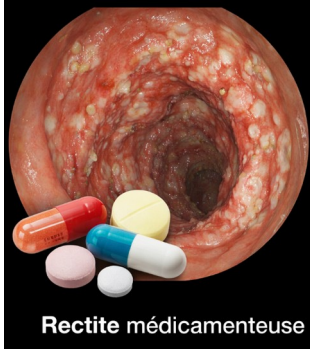
(Coll. Elise Pommaret)

# Rectites médicamenteuses et traumatiques

---

## Rectites médicamenteuses

- Rares avec comme causes : certains suppositoires (AINS, camphre) ou lavements évacuateurs (sulfate de magnésium, eau oxygénée)



## Rectites traumatiques

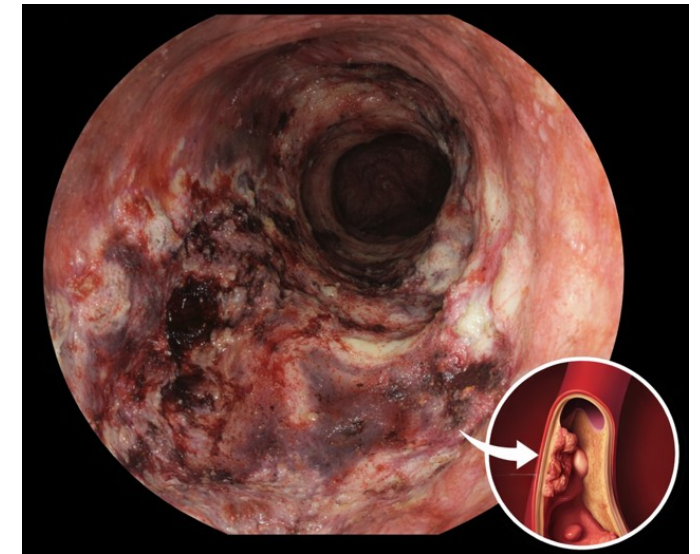
- Après pratiques sexuelles anales avec utilisation d'objets, de « fisting » ou dans le cadre du chemsex
- Diagnostic : Interrogatoire +++



# Rectite ischémique

---

- Entité exceptionnelle (vascularisation riche et anastomosée du rectum)
- Survient dans des situations de chute brutale du flux sanguin (chirurgie aorto-iliaque, épisode de choc hypotensif, etc.)



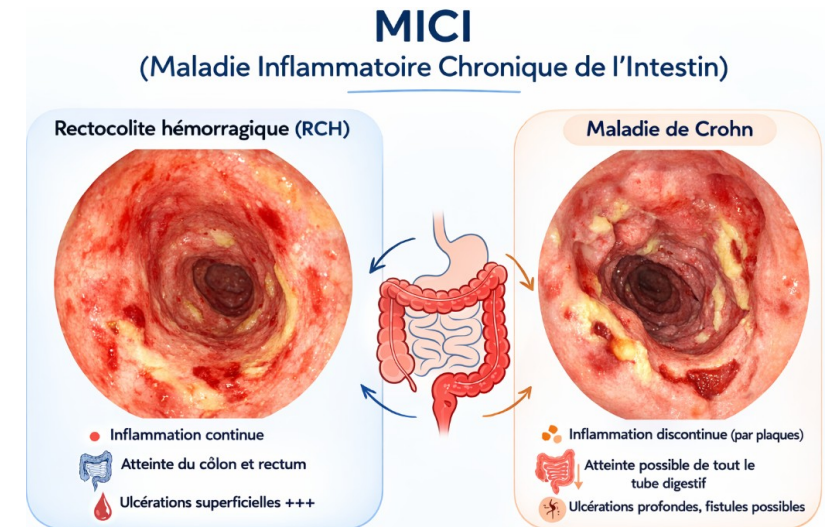
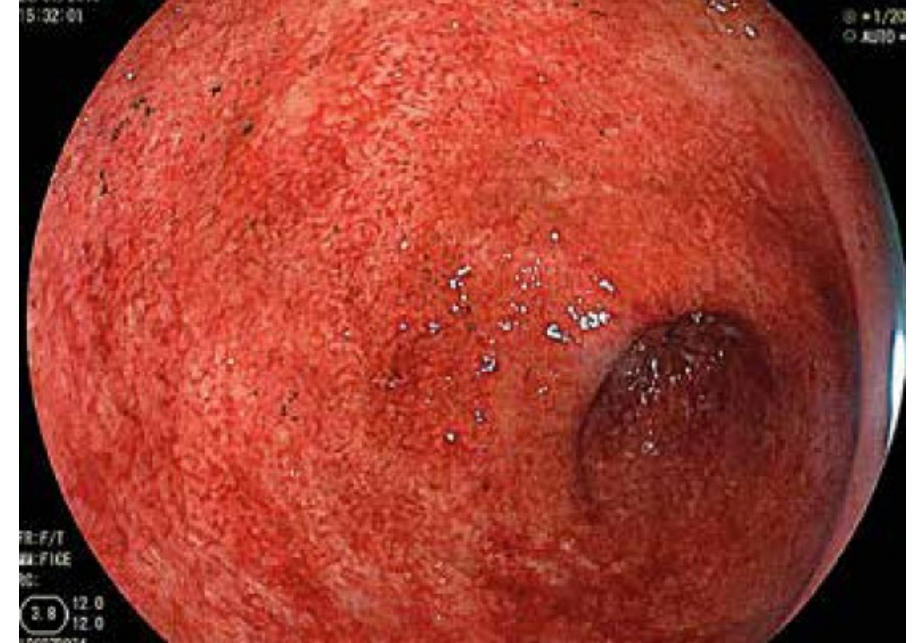
# 4) Rectites au cours des MICI

---

- L'atteinte isolée du rectum constitue une forme particulière des MICI, à distinguer des formes basses qui s'étendent jusqu'à l'angle gauche
- Formes distales de RCH, plus rarement un Crohn ou colite inclassée
- 30 à 60 % des patients atteints de RCH présentent une atteinte limitée au rectum lors du diagnostic
- Extension secondaire observée dans **10 à 20 % des cas à 5 ans** et jusqu'à près de **30 % à 10 ans**

# Diagnostic

- Le diagnostic doit être envisagé après exclusion des causes infectieuses ou iatrogènes, ainsi qu'en l'absence de constipation ou de dyschésie
- Premier épisode de rectite = examens biologiques standards + coproculture avec recherche de *Clostridoides difficile* + iléo-coloscopie totale avec biopsies multiples (au moins 2 par segment exploré)



# Prise en charge thérapeutique

---



- Traitement de référence des rectites de MICI, en particulier de la RCH :  
5-ASA par voie locale
- 5-ASA topique > placebo pour obtenir la rémission clinique, endoscopique et histologique
- Suppositoire : forme galénique la plus adaptée (diffusion optimale au site d'inflammation avec meilleure tolérance et observance que les lavements)

# Prise en charge thérapeutique (2)

- 5-ASA topique plus efficace que les corticoïdes rectaux pour induire la rémission . Ces derniers doivent être réservés en 2ème intention, en cas d'intolérance ou d'échec du 5-ASA local
- 5-ASA oraux : efficacité plus faible mais peuvent être associés au traitement local pour potentialiser la réponse



## 1ère intention

5-ASA topique 1 g/j (1 mois)

## 2ème intention

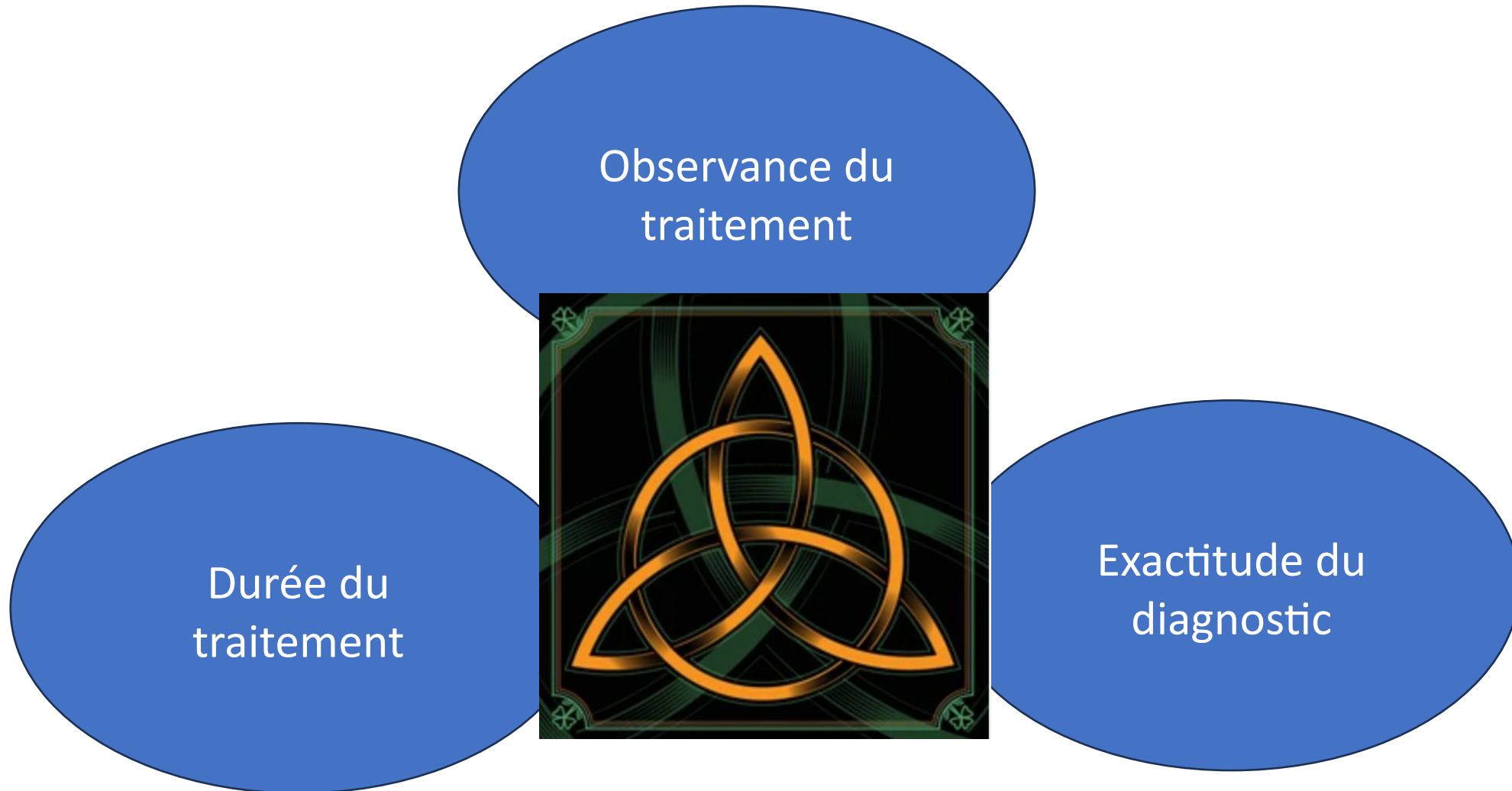
5-ASA suppositoire  
+ 5-ASA oral 4 g/j  
± corticoïde local

## Entretien

Suppositoire 3x/semaine

# Evaluation en cas de non-réponse

---



# Evaluation en cas de non-réponse (2)

---

- Observance du traitement : entre 40 et 70 % pour les MICI. Le traitement local est souvent le moins bien suivi (32 % vs 60 % pour la voie orale)



Communication avec explications +++

- Durée du traitement : Durée classique est de 4 semaines, mais en l'absence de gravité, peut être prolongée à 8 semaines. **Taux de rémission augmente d'environ 40 % entre la 4e et la 8e semaine**

- Exactitude du diagnostic :

Absence de réponse  réévaluation clinique et microbiologique complète

# Suivi à court et moyen termes

---



- Objectifs :
  - ✓ Confirmer la rémission clinique et endoscopique
  - ✓ Dépister précocement les complications
  - ✓ Eviter la progression vers la chronicité
- À court terme, une réévaluation clinique et proctologique est recommandée dans les semaines suivant l'instauration du traitement afin de documenter la disparition des symptômes et la cicatrisation muqueuse

# Suivi à court et moyen termes (2)

---

- Suivi à moyen terme : identifier les séquelles cicatricielles ainsi que les complications fonctionnelles persistantes
- L'évaluation de l'observance thérapeutique et la recherche de facteurs de rechute (infection persistante, exposition médicamenteuse, ATCD de radiothérapie, etc.) doivent être systématiques

# Approche multidisciplinaire associant Gastroentérologue, Infectiologue et Proctologue



# Conclusion

---

- Les rectites sont fréquentes mais souvent déroutantes (variabilité de leurs symptômes, diversité de leurs causes et inquiétude des patients)
- Face à la découverte d'une rectite : interrogatoire détaillé + examen proctologique avant d'envisager une atteinte distale de MICI
- Interrogatoire : sexualité anale, dyschésie, traitements locaux, ATCD de radiothérapie pelvi-périnéale
- En l'absence de contexte clinique particulier, et lorsque la présentation clinique et endoscopique est évocatrice, le diagnostic de rectite de MICI (RCH +++ ) justifie une exploration endoscopique et la mise en place d'un traitement de première intention (5-ASA topique)

# Points forts

---

- L'interrogatoire et le contexte clinique sont essentiels pour orienter le diagnostic étiologique d'une rectite
- Devant la fréquence des rectites infectieuses notamment gonocoque et chlamydiae, un écouvillonnage rectal pour analyse par PCR doit être réalisé. Un traitement probabiliste doit être institué sans attendre les résultats
- Certaines pathologies, comme la lymphogranulomatose vénérienne ou l'ulcère solitaire du rectum, peuvent mimer une rectite de MICI
- Les rectites de RCH d'intensité faible à modérée se traitent en première intention par un suppositoire de 5-ASA d'un gramme par jour
- Un suivi clinique, endoscopique et l'information sur les facteurs de risques sont essentiels pour prévenir les complications, la chronicisation et préserver la qualité de vie des patients