

# Proctologie

Workshop avec les docteurs Andreas Müller et H. Wehrli à l'occasion du 24<sup>e</sup> Congrès suisse de médecine générale à Zurich

Un proctologue et un chirurgien exerçant dans le domaine de la proctologie ont pris position en ce qui concerne des problèmes anciens et de nouveaux développement en proctologie.

Résumé du docteur  
Urs Willimann

Conseil pratique: combien d'entre nous interrogent régulièrement leurs patients au sujet d'éventuels problèmes proctologiques? Selon Müller, les troubles proctologiques sont fréquents, mais souvent ignorés par les médecins de famille.

## Examen

Le spécialiste dispose aujourd'hui d'un instrumentaire diversifié de méthodes d'examen: parallèlement à l'inspection, à la proctoscopie proprement dite ainsi qu'à l'endoscopie flexible, la manométrie pour le contrôle des fonctions motrices et l'endosonographie pour l'imagerie médicale du sphincter anal.

Dans la pratique générale, une inspection méticuleuse, un examen digital et la proctoscopie permettent d'expliquer la plupart des troubles. (Signalons cependant qu'à peine un quart des participants au workshop pratiquent la proctoscopie dans leur cabinet.)

Conseil pratique: l'examen dans la position agenouillée a certes fait ses preuves, mais est souvent pénible pour les patients. H. Wehrli recommande l'examen en position latérale gauche. Un bon éclairage et l'aide de l'assistante médicale sont des conditions indispensables.

## Hémorroïdes

Les hémorroïdes externes sont des veines, des shunts artérioveineux internes. Le risque

d'hémorragie est en conséquence. Une hémorragie hémorroïdale typique constitue comme par le passé un diagnostic clinique. Quels sont cependant les patients qui ont besoin d'une coloscopie? Ce sont les patients âgés (plus de 50 ans) et les patients qui saignent encore 1 à 2 mois après le début du traitement, ou les patients qui présentent des récives.

Dans le cas du traitement des hémorroïdes, les méthodes conservatoires revêtent une importance de plus en plus grande: mesures localisées à l'aide de pommades et de suppositoires (en l'occurrence, on ne constate pas d'unanimité concernant la substance active), traitement locale avec ligatures en caoutchouc et infrarouge. (Combien d'entre nous disposent d'un spécialiste qui maîtrise ces méthodes?)

En cas d'insuccès des méthodes conservatoires, c'est l'opération selon Longo qui entre maintenant en ligne de compte plutôt que les procédés ouverts et semi-ouverts. A l'aide d'un stapler, on procède à une résection d'une bande de muqueuse en forme d'anneau à proximité du coussin hémorroïdal. Il en résulte un rétrécissement des muqueuses et une diminution de l'irrigation sanguine dans le plexus hémorroïdal. En comparaison avec les procédés traditionnels, cette méthode a l'avantage d'un taux de complications tardives moins élevé et d'une incapacité de travail moins longue. Mais elle est chère et comporte le risque d'hémorragies ultérieures précoces.

Des hémorroïdes thrombosées, vieilles de moins de 48 heures, sont en règle générale indiquées. Le taux de récives est très important (plus de 60%).

Conseil pratique: H. Wehrli recommande une excision au lieu de l'incision. Le nœud thrombosé est en l'occurrence anesthésié localement par dessous, soulevé à l'aide d'un Péan et sectionné à la base à l'aide de ciseaux grossiers. La cicatrisation plus lente de la plaie cutanée entraîne moins de récives.

La version allemande a paru dans le numéro 3 de PrimaryCare



## Fissures

Des fissures se forment à la suite de la moins bonne irrigation sanguine du côté ventral ou dorsal de l'anus et se cachent souvent sous des marisques. Ces lésions ne doivent être traitées que si elles causent des troubles. Des fissures latérales sont beaucoup plus rares (10%) et suscitent toujours la présomption d'une maladie sous-jacente d'origine (maladie de Crohn, carcinome anal ...).

Le traitement suit un schéma par étapes.

- mesures locales  
(anesthésie locale, hamamélis);
- abaissement du tonus du sphincter  
(toxine botulinique, Nifédipine);
- chirurgie

**Conseil pratique:** appliquer deux fois par jour de l'onguent à la Nifédipine (à 0,2%, à faire préparer par le pharmacien) de manière périanale. Même si ce n'est pas encore «evidence based»: c'est très efficace de l'avis des participants au workshop.

## Incontinence anale

L'incontinence anale est due dans environ 30% des cas à un prolapsus. Mais celui-ci ne peut souvent pas être provoqué lors de l'examen dans la salle de consultation. Quiconque ne veut pas laisser échapper le prolapsus doit accompagner ses patients au WC.

L'incontinence anale est un problème fréquent surtout chez les femmes âgées. Selon H. Wehrli, les blessures du sphincter sont fréquentes lors des naissances, mais ne deviennent souvent symptomatiques qu'après des décennies. La palpation digitale n'est pas indiquée pour l'examen d'une blessure du sphincter, une endosonographie est nécessaire. Le traitement du premier choix en présence d'incontinence anale est ce que l'on appelle l'entraînement de bio-feedback, dans le cadre duquel on pratique un entraînement proprement dit des sphincters anaux. Des opérations pour le rétablissement de la continence sont possibles, mais loin d'être toujours couronnées de succès. Surtout dans le cas de patientes âgées, l'administration de petites doses de lopéramide (Immodium Sirop 2,5 ml le matin) peut permettre d'atteindre une continence satisfaisante.

*Grâce à la compétence professionnelle et à l'ouverture des intervenants, ainsi qu'à la collaboration intensive des participants, ce workshop de 75 minutes a permis d'obtenir une multitude de conseils et d'informations utiles pour la pratique. Le concept selon lequel deux spécialistes de domaines spécialisés différents prennent position simultanément sur un seul et même sujet a fait ses preuves.*

