

# L'avenir (tout aussi) radieux de la proctologie médico-chirurgicale

*The (just as) bright future of medical-surgical proctology*

Vincent de Parades<sup>(1)</sup>, Laurent Abramowitz<sup>(2)</sup>, Dominique Bouchard<sup>(3)</sup>, Charlene Brochard<sup>(4)</sup>, Jean-Luc Faucheron<sup>(5)</sup>, Thierry Higuéro<sup>(6)(7)</sup>, Guillaume Meurette<sup>(8)</sup>, François Pigot<sup>(3)</sup>, Guillaume Portier<sup>(9)</sup>, Ghislain Staumont<sup>(10)(11)</sup>, Béatrice Vinson-Bonnet<sup>(12)</sup>, Véronique Vitton<sup>(13)</sup>, Laurent Siproudhis<sup>(4)</sup>

<sup>1</sup> Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, Service de proctologie médico-chirurgicale, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris, France

<sup>2</sup> CHU Bichat-Claude Bernard, Service de gastro-entérologie, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris, France

<sup>3</sup> Maison de Santé Protestante Bagatelle, Service de proctologie médico-chirurgicale, 203, route de Toulouse, 33401 Talence, France

<sup>4</sup> CHU Pontchaillou, Service des maladies de l'appareil digestif, Université de Rennes 1, 2, rue Henri le Guillou, 35033 Rennes, France

<sup>5</sup> CHU Grenoble Alpes, Unité de chirurgie colorectale, CS 10217, 38043 Grenoble cedex, France

<sup>6</sup> Cabinet libéral, 11, boulevard du Général Leclerc, 06240 Beausoleil, France

<sup>7</sup> Clinique Saint Antoine, 7, avenue Durante, 06004 Nice, France

<sup>8</sup> CHU Nantes, Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1, France

<sup>9</sup> CHU Purpan, Université Paul Sabatier, Service de chirurgie digestive, Place du Docteur Baylac, TSA, 40031, 31059 Toulouse, France

<sup>10</sup> Capio Saint Jean Languedoc, Proctologie médico-chirurgicale, 20, route de Revel, CS 37707, 31077 Toulouse Cedex 4, France

**HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive**

Tirés à part : V. de Parades

## Résumé

Les maladies proctologiques et les troubles fonctionnels ano-rectaux sont extrêmement fréquents et sont un motif grandissant de consultation. Ils ont bénéficié ces dernières années de nombreux progrès sur le plan diagnostique : biologie moléculaire, manométrie ano-rectale haute résolution, imagerie par résonance magnétique, anoscopie de haute résolution, etc. De surcroît, leur prise en charge thérapeutique a également fait un bond en avant, notamment durant les deux dernières décennies, avec la fissurectomie simple sans léiomyotomie pour la fissure anale, la chirurgie mini-invasive en pathologie hémorroïdaire, les techniques d'épargne sphinctérienne pour les fistules, l'anti-TNF-alpha et les injections de cellules souches pour les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn, les techniques d'exérèse avec fermeture de première intention pour le sinus pilonidal infecté, l'injection de toxine botulinique dans la dyschésie, la rectopexie ventrale sous coelioscopie dans les troubles de la statique rectale, la neurostimulation sacrée dans l'incontinence anale, la radiochimiothérapie dans le cancer de l'anus, les techniques d'exérèse du mésorectum ou de préservation d'organe dans le cancer du rectum, le développement de la chirurgie ambulatoire, etc. En effet, ces diverses thérapeutiques permettent de soulager la plupart de nos patients avec des contraintes moindres, des suites plus simples, des résultats meilleurs et des complications moins fréquentes qu'antérieurement. Et cela n'est pas fini car la recherche bâtit activement son plein. Bref, il y a là de quoi occuper plusieurs générations de proctologues !...

■ **Mots clés** : proctologie, ano-rectal, traitement médical, traitement instrumental, chirurgie, avenir

## Abstract

*Proctological diseases and functional ano-rectal disorders are extremely frequent and are a growing reason for consultation. They have benefited from many advances in diagnosis: molecular biology, high-resolution anorectal manometry, magnetic resonance imaging, high-resolution anoscopy, etc. Moreover, their treatment has also taken a leap forward, particularly during the last two decades, with fissurectomy without leiomyotomy for anal fissure, minimally invasive surgery in hemorrhoidal pathology, sphincter saving techniques for fistulas, anti-TNF-alpha and stem cell injections for anoperineal lesions of Crohn's disease, primary closure techniques for pilonidal disease, botulinum toxin injections for functional defecation disorders, laparoscopic ventral rectopexy in rectal static disorders, sacral neurostimulation in anal incontinence, radio-chemotherapy in anal cancer, mesorectal excision or organ preservation techniques in rectal cancer, development of ambulatory surgery, etc. Indeed, these various therapies*

Pour citer cet article : de Parades V, Abramowitz L, Bouchard D, Brochard C, Faucheron JL, Higuéro T, Meurette G, Pigot F, Portier G, Staumont G, Vinson-Bonnet B, Vitton V, Siproudhis L. L'avenir (tout aussi) radieux de la proctologie médico-chirurgicale. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 131-142. doi : 10.1684/hpg.2017.1570

<sup>11</sup> CHU de Rangueil, Service de gastro-entérologie, TSA 50032, 31059 Toulouse Cedex 9, France

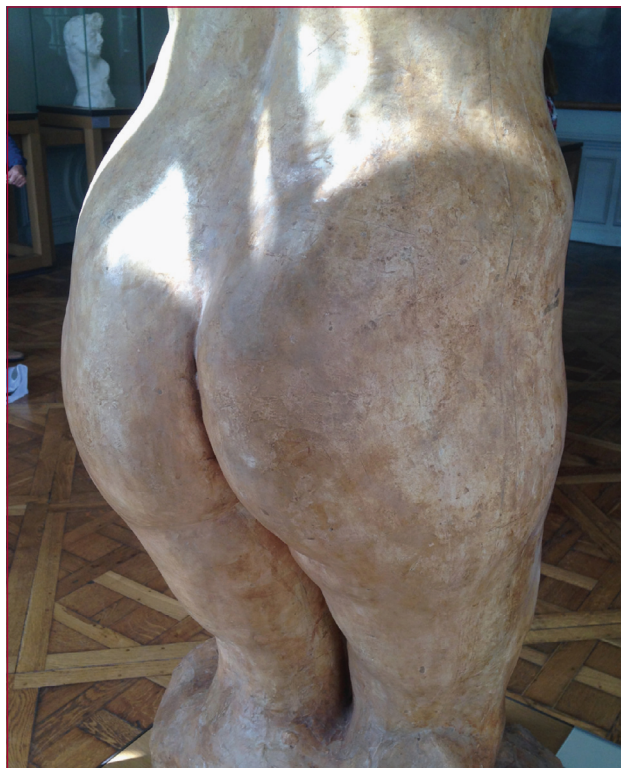
<sup>12</sup> CHI Poissy/Saint-Germain-en-Laye, Service de chirurgie digestive, CS 73082, 78303 Poissy Cedex, France

<sup>13</sup> Hôpital Nord, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille Université, Service de gastro-entérologie, Chemin des Bourrely, 13015 Marseille, France

e-mail : <vdeparades@hpsj.fr>

## Introduction

Il n'est pas rare depuis quelques mois de rencontrer dans les coulisses des congrès des collègues inquiets de l'avenir de la proctologie médico-chirurgicale « à la française » [1]. En effet, la nouvelle maquette du DES d'hépatogastro-entérologie de la réforme du troisième cycle en cours n'a pas favorisé notre spécialité. Cela étant dit, nous avons des motifs de satisfaction car la proctologie médico-chirurgicale ne s'est jamais aussi bien portée. La prévalence des diverses maladies n'a jamais été aussi élevée (figure 1).



**Figure 1.** « La prière » ; statue en plâtre patiné de 1909 par Auguste Rodin (1840-1917), Musée Rodin, Paris.

*help to relieve most of our patients with less constraints, simpler follow-up, better results and less frequent complications than previously. And this is not over because the research is actively in full swing. In short, there is enough to occupy several generations of proctologists!...*

■ **Key words:** proctology, anorectal, medical treatment, instrumental treatment, surgery, future

Les progrès scientifiques n'ont jamais été aussi nombreux. Les perspectives n'ont jamais été aussi attrayantes. Et la demande des patients n'a jamais été aussi importante. Nous présentons donc dans cette synthèse notre vision de l'avenir de notre spécialité, riche de défis et d'enthousiasme, en sachant qu'elle initie déjà de nombreuses vocations chez les plus jeunes d'entre nous...

## La fissure anale

La fissure anale, seconde maladie proctologique en termes de fréquence, peut être très invalidante en termes de douleur, et évoluer soit vers une organisation chronique qui conduit à discuter une chirurgie, soit vers une suppuration avec de rares fistules recto-vaginales dont la prise en charge est très complexe.

Or, le traitement médical de ces fissures anales, qui pourrait éviter ces complications, reste volontiers peu spécifique en pratique, mal codifié malgré une littérature abondante, et moins efficace que l'on pourrait l'espérer pour une maladie initialement très bénigne. Les dernières recommandations américaines sur le sujet [2] suggèrent le recours aux applications locales de dérivés nitrés, dont les céphalées secondaires ont conduit la plupart d'entre nous à abandonner ce traitement en pratique courante, le recours à des thérapeutiques sans autorisation de mise sur le marché en France et mal codifiées comme l'injection de toxine botulinique dans le sphincter, ou non disponibles comme les inhibiteurs calciques en application locale. Globalement la cicatrisation n'est que de 50 % à moyen terme sur la fissure anale chronique. La recommandation de base reste le recours aux fibres et aux bains de siège

### Abréviations

SPI	sinus pilonidal infecté
IST	infections sexuellement transmises
MAHR	manométrie ano-rectale haute résolution
HPV	Human Papilloma Virus
SNFCP	Société Nationale Française de Colo-Proctologie

chauds, sur la base d'une publication de plus de 30 ans en comparaison avec des traitements locaux non spécifiques moins efficaces. Bref, il devrait être certainement possible de mieux faire afin d'assurer un avenir plus radieux à nos patients douloureux. . .

La nature de la chirurgie est également discutée depuis des dizaines d'années sans grande évolution dans le débat, avec la sphinctérotomie interne latérale qui est la référence factuelle des chirurgiens anglo-saxons par sa simplicité et son efficacité immédiate, mais qui expose à des risques d'incontinence mal évalués (de 8 à 30 %) qui relancent perpétuellement la polémique [2]. Les alternatives sans sphinctérotomie, en particulier de l'école française [3], semblent efficaces sous réserve d'un temps de cicatrisation quelquefois long pour une maladie initialement très banale. Les places respectives de la sphinctérotomie latérale et des alternatives chirurgicales plus sécuritaires mais souvent plus morbides mériteraient d'être mieux définies, ces différentes techniques ne s'adressant probablement pas aux mêmes profils de patients. Bref, encore du pain sur la planche pour la proctologie pendant les années à venir. . .

“ **Le traitement de la fissure anale, maladie fréquente, manque de bases factuelles** ”

## La maladie hémorroïdaire

On ne connaît pas précisément la prévalence de la maladie hémorroïdaire avec des valeurs allant de 4 à 18 %. On estime qu'en France un adulte sur deux aurait des problèmes hémorroïdaires au cours de sa vie et un sur cinq au cours de la dernière année. C'est la première cause de consultation proctologique tant chez le spécialiste que le généraliste.

Les dernières recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire précisent les règles de prise en charge qui demeurent classiques, en insistant sur certains points primordiaux pour qu'elle soit adaptée et optimale : elle ne se limite pas, comme bon nombre le pensent, entre appliquer une crème ou se faire opérer. En effet, ces recommandations rappellent l'importance des symptômes dans la prise en charge médicale et de la régulation du transit, seul élément préventif de la récurrence de la maladie. Elles insistent également sur la place des traitements instrumentaux, mal connus des patients et des confrères généralistes qui voient ces patients en première ligne. Ceci permet, le plus souvent, de contrôler une maladie hémorroïdaire sans recourir à la chirurgie. En effet, parmi les patients qui consultent un centre spécialisé, moins d'un sur dix est opéré. Ces recommandations modulent enfin la prise en charge chirurgicale en

conséquence du développement des techniques mini-invasives, de la prise en compte du ratio bénéfice symptomatique/immobilisation et gestion de la douleur. Si les traitements chirurgicaux classiques de résection pédiculaire des paquets hémorroïdaires restent les stratégies de référence répondant à la totalité des situations anatomiques, les approches mini-invasives ne cessent de se développer et les proctologues chirurgicaux d'y recourir. Elles ont pour objectif de ne pas réséquer les « coussinets » hémorroïdaires mais de diminuer leur vascularisation et de renforcer leur ancrage au niveau de la partie haute du canal anal et du bas rectum. L'anopexie circulaire décrite par Antonio Longo et les ligatures des artères hémorroïdaires guidées par doppler associées à une mucopexie (figure 2) sont recommandées pour le prolapsus hémorroïdaire de grade 2 (réintégration spontanée) et de grade 3 (réintégration digitale). Depuis, d'autres techniques ont vu le jour et sont en cours d'évaluation, comme la radiofréquence et le laser.

De façon globale, quelle que soit la technique opératoire, les progrès en chirurgie hémorroïdaire sont nombreux : les taux de complications immédiates ou tardives sont globalement faibles ; le contrôle de la douleur post-opératoire (redoutée) est amélioré par les protocoles en périopératoire et les techniques mini-invasives ; la prise en charge en ambulatoire est le plus souvent possible ; enfin, le patient est informé des alternatives chirurgicales lui permettant de participer au choix de la technique, la décision

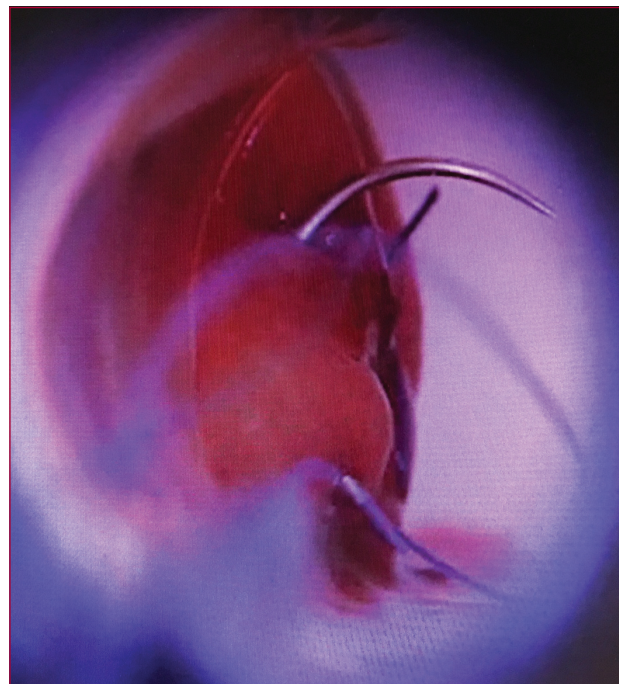


Figure 2. Ligature des artères hémorroïdaires guidée par doppler (Coll. Nadia Fathallah).

définitive revenant au chirurgien. À chaque étape de la prise en charge, qu'elle soit médicale, instrumentale ou chirurgicale, ces nouvelles données permettent de prédire un avenir radieux pour les proctologues... et leurs patients [4].

“ **Les fondamentaux du traitement médico-instrumental de la maladie hémorroïdaire sont confirmés, ceux du traitement chirurgical remis en question** ”

## Les fistules anales

Les fistules anales ont une fâcheuse tendance à récidiver ou à se chroniciser, voire de résister aux interventions effectuées. Le traitement de loin le plus efficace reste la mise à plat des trajets fistuleux qui n'a pas évolué dans son principe depuis l'antiquité. Quelques artifices techniques permettent de diminuer le risque de troubles de la continence secondaires, mais ils ne l'annulent pas. De plus, le traitement nécessite des gestes opératoires répétés et une durée de traitement prolongée, au moins pour les suppurations les plus complexes. On pourrait en conclure que l'avenir est radieux pour les proctologues qui ont une cohorte inépuisable de malades à opérer régulièrement, mais qu'il reste sombre pour les malades.

L'actuelle méconnaissance du mécanisme de cette maladie n'aide pas la prise en charge. Les innovations techniques, dites d'épargne sphinctérienne, proposées avec constance ont suscité d'abord l'enthousiasme, puis au fil des années la déception. Pour noircir le tableau, ces nouveaux traitements sont invariablement mal évalués, par de simples études de cohorte sans bras témoin, ou des études contrôlées les comparant entre elles (peste vs. cholera...). Les résultats régulièrement annoncés comme miraculeux sont soit irréalistes, soit ne dépassent guère les résultats du simple drainage d'un abcès qui permet à 50 % des malades de rester sans symptôme dans l'année qui suit le geste.

La proctologie a donc devant elle un avenir radieux d'explorations et d'évaluations à mener pour faire progresser le traitement des suppurations anales et assurer à ces malades le même bonheur. Cela se fera-t-il au prix de la fin du règne du bistouri ou autres inventions visant à obturer, coller, agraffer, clouer, boucher, clipper, ligaturer... les trajets fistuleux ?

La théorie crypto-glandulaire à l'origine de la fistule pourrait laisser la place à un possible dérèglement de la flore et de la réaction immunitaire locales. Avec un argument récent : comment arrive-t-on à cicatrifier une fistule complexe au cours d'une maladie de Crohn en associant drainage et immuno-modulateurs, alors que ces

malades étaient autrefois considérés comme incurables à moins de payer le prix d'une chirurgie délabrante ?

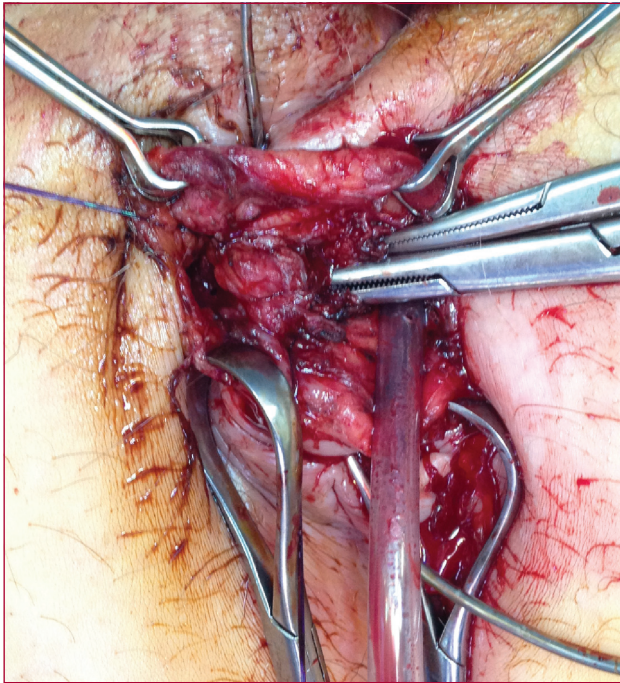
Une piste déjà ouverte vise à modifier l'immunité locale par injection de cellules souches chez les malades ayant une fistule sans maladie de Crohn [5, 6]. Celle consistant à traiter par immuno-modulateur (par voie générale ou locale) est encore vierge, mais tente beaucoup de monde [7]. De stimulantes perspectives et qui vont occuper et égarer notre avenir.

“ **La proctologie a devant elle un avenir radieux d'évaluations à mener pour faire progresser le traitement des fistules anales** ”

## Les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn

Si les lésions ano-périnéales primaires de la maladie de Crohn ne nécessitent qu'un traitement médical, les lésions secondaires en revanche, dont l'incidence cumulée à 10 ans dépasse 25 %, obligent à une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens : drainage d'un abcès, fermeture d'une fistule, ou dilatation d'une sténose doivent être associés à un traitement de fond de la maladie, qui a tendance à se pérenniser, à récidiver, voire à s'aggraver. L'apparition d'une atteinte ano-périnéale lors de la maladie de Crohn retentit sur la fonction digestive (douleurs à la défécation, incontinence, poly-exonération), sur la sexualité et sur la qualité de vie de nos patients. Dans ce domaine, la proctologie a de beaux jours devant elle, à plusieurs titres :

- D'abord, ces lésions de natures diverses, parfois associées, peuvent laisser des séquelles par leur évolution propre ou secondairement à leur traitement.
- Deuxièmement, les atteintes ano-périnéales sont fréquentes et nécessitent le recours à un proctologue spécialisé et empathique.
- Troisièmement, la stratégie du traitement est difficile et complexe, faisant intervenir le traitement médical de la maladie de Crohn, au premier rang desquels les immuno-modulateurs, et différents types de gestes proctologiques parmi lesquels la fistulotomie, le drainage en sétou, la fermeture de fistule par lambeau, colle, plug, clip, ligature, ou encore la dilatation voire la plastie en cas de sténose [8].
- Quatrièmement, les résultats du traitement sont rarement rapides et spectaculaires. Les niveaux de preuves des études thérapeutiques sont souvent faibles. Les proctologues doivent engager davantage d'essais prospectifs randomisés de grande envergure, comportant des méthodologies rigoureuses avec un suivi prolongé pour cette maladie chronique. L'élaboration et la réalisation de



**Figure 3.** Ligature intersphinctérienne d'un trajet fistuleux (Coll. Thomas Severyns).

ces études doivent stimuler les proctologues que nous sommes !

– Enfin, de nouvelles techniques émergent, comme la LIFT (ligature intersphinctérienne du trajet fistuleux) (figure 3) [9] ou l'injection de cellules souches dans le trajet fistuleux [10], qui là encore sont autant de sources d'intérêt et d'enthousiasme pour notre spécialité.

“ Les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn sont fréquentes et exigent l'expertise de proctologues rompus à leurs traitements médicaux et chirurgicaux ”

## Les infections sexuellement transmises ano-rectales

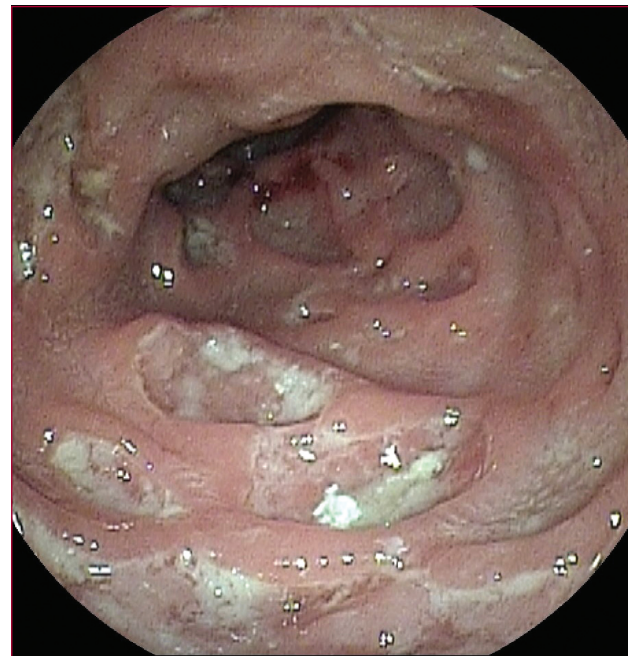
Les infections sexuellement transmises (IST) ano-rectales se transmettent le plus souvent par les rapports anaux mais peuvent également survenir après l'utilisation d'objets inertes et/ou lors de simples caresses.

Les condylomes anaux, dus à l'infection à *Human Papilloma Virus* (HPV), n'ont jamais disparu et cette infection virale reste aujourd'hui l'IST la plus fréquente au monde. Outre l'aspect infectieux, cette infection pose également le problème de son risque oncologique (cf. *infra*) [11].

Les autres IST connaissent un regain préoccupant de fréquence depuis environ vingt ans, notamment en raison des comportements sexuels à risque.

Il en est ainsi de l'infection à *Chlamydia trachomatis* qui est aujourd'hui l'IST ano-rectale bactérienne la plus fréquente en Occident. De surcroît, la lymphogranulomatose vénérienne, due spécifiquement aux sérovars non-L, a connu une résurgence en Europe. Elle touche pour l'essentiel des hommes homosexuels, souvent infectés par le VIH. Elle a la particularité de se présenter sous la forme d'ano-rectites ulcérées « Crohn-like » (figure 4), voire pseudo-tumorales, qui induisent souvent en erreur. Le diagnostic repose sur la biologie moléculaire et le sérotypage. Le traitement repose sur les cyclines mais la guérison est parfois longue à obtenir.

L'incidence de la gonococcie ano-rectale est également en constante augmentation. Elle est maintenant la deuxième IST bactérienne en termes de fréquence. Elle se manifeste sous la forme de la classique rectite purulente aiguë mais de nouvelles formes cliniques sont apparues (fistules et abcès). Le diagnostic est désormais facilité par les tests rapides de biologie moléculaire mais l'antibiogramme reste hautement conseillé. En effet, une résistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* à la ceftriaxone a été récemment décrite. Plus alarmant, des souches résistantes à tous les antibiotiques connus sont apparues.



**Figure 4.** Lymphogranulomatose vénérienne rectale (Coll. Élise Pommaret).

Enfin, la syphilis est également en nette recrudescence. Elle se manifeste par le chancre anal qui est toujours difficile à diagnostiquer tant il est peu symptomatique et fugace. Les formes plus tardives de la maladie sont toujours aussi trompeuses. Le diagnostic repose sur les sérologies dans la majorité des cas. Le traitement n'a pas changé (benzathine pénicilline) et reste efficace.

Ces diverses IST posent également un problème diagnostique en raison de leur association fréquente entre elles et avec l'infection par le VIH. De plus, les formes asymptomatiques sont nombreuses et contribuent à accroître leur diffusion [12].

En bref, les IST ano-rectales représentent actuellement un problème majeur de santé publique qui va assurément mobiliser bon nombre de proctologues dans les années à venir.

“ Les infections sexuellement transmises ano-rectales représentent un problème majeur de santé publique ”

## Le sinus pilonidal infecté

Le sinus pilonidal infecté (SPI) est une suppuration sous-cutanée fréquente. Il concerne environ 0,7 % de la population et survient le plus souvent chez l'homme (sex-ratio 2/1) entre 15 et 30 ans, favorisé par le surpoids et une pilosité importante. À ce jour, deux théories physiopathologiques s'opposent : soit la surinfection d'un sinus pilonidal existant depuis la naissance, soit l'altération d'un follicule pileux qui subirait des microtraumatismes cutanés chez des patients prédisposés.

Le SPI siège classiquement sous la peau de la partie haute du sillon interfessier, et s'étend le plus souvent vers la gauche. Il peut se manifester sous une forme aiguë avec un abcès et/ou sous une forme chronique avec un écoulement intermittent. L'imagerie est le plus souvent inutile.

Le traitement ne s'adresse qu'aux formes symptomatiques. L'antibiothérapie n'est aucunement curative. L'incision du SPI en urgence soulage immédiatement les douleurs. La conduite ultérieure est affaire d'école [13].

Des questions demeurent. . .

Par exemple, faut-il vraiment opérer un SPI après l'incision de l'abcès ? La littérature médicale plaide pour n'envisager un traitement ultérieur qu'en cas de persistance d'une suppuration chronique et/ou de récurrence(s) de l'abcès mais, aujourd'hui en France, la chirurgie est souvent programmée sans attendre en raison du taux de récurrence jugé trop élevé. Bref, un débat à trancher. . .

Si l'on opère, quelle est la technique à privilégier ? Il existe deux types d'exérèse visant à réséquer tout ou

partie du SPI. Deux essais contrôlés randomisés ont montré que la simple mise à plat permettait de diminuer les durées d'hospitalisation, d'arrêt de travail et de cicatrisation par rapport à l'exérèse élargie. Les taux de récurrence n'étaient pas différents entre les deux méthodes. L'exérèse avec une plaie laissée ouverte en fin d'intervention est largement réalisée aujourd'hui en France. La cicatrisation postopératoire nécessite des soins locaux et des pansements quotidiens, en général réalisés par une infirmière. Ce type d'exérèse est de réalisation facile, peu douloureuse, les complications sont rares et le taux de récurrence est faible, inférieur à 10 %, que l'exérèse soit « limitée » ou élargie. Son inconvénient principal est la longue durée de la cicatrisation avec la contrainte des soins locaux. C'est la raison pour laquelle plusieurs techniques d'exérèse avec fermeture de première intention ont été proposées (figure 5). Cependant, ces techniques de fermeture de la plaie après exérèse ont une morbidité plus importante et surtout, un taux de récurrence plus élevé, pouvant atteindre 25 %. Les proctologues ont encore du travail à accomplir avant de trouver la technique la plus efficace [14, 15].



Figure 5. Fermeture médiane de la plaie d'exérèse d'un sinus pilonidal infecté (Coll. Nadine Calvo-Verjat).

“ Le sinus pilonidal infecté est une suppuration fréquente et connue de longue date mais son traitement optimal reste à trouver ”

## La dyschésie

La dyschésie est un symptôme fréquent concernant environ 20 % de la population, essentiellement féminine. Elle peut être associée ou non à des troubles de la statique pelvienne [16]. En dehors de l'interrogatoire qui est fondamental, la pierre angulaire de l'évaluation de la dyschésie reste l'examen clinique qui évalue la fonction ano-rectale et cherche des troubles de la statique pelvienne. Néanmoins, la manométrie ano-rectale est un examen souvent utile dans le bilan de la dyschésie, permettant d'identifier une asynergie et le mécanisme précis à l'origine du trouble de l'évacuation. Durant de nombreuses années, les techniques de manométrie reposaient sur la méthode des cathéters perfusés ou des ballonnets avec une grande hétérogénéité d'évaluation et de résultats. Depuis une dizaine d'années, la manométrie ano-rectale haute résolution (MAHR) (figure 6) a révolutionné l'évaluation de la dyschésie. En effet, plusieurs publications ont démontré que ce nouvel outil permettait, non seulement d'identifier des ruptures sphinctériennes, mais également de diagnostiquer des troubles de la statique pelvienne,

et surtout d'identifier de nouveaux « sous-types » de troubles de l'évacuation [17]. Cette nouvelle classification permet ainsi d'identifier le type de dysfonction anale, rectale, et/ou l'association des deux. De fait, la MAHR devrait permettre d'affiner le diagnostic et ainsi de guider plus précisément le traitement par rééducation abdomino-périnéale qui reste un élément fondamental du traitement de la dyschésie mais dont les échecs n'étaient pas toujours expliqués. L'évaluation de l'intérêt de l'injection sphinctérienne de toxine botulinique est également particulièrement intéressante dans la prise en charge de la dyschésie en raison de sa simplicité et de son innocuité [18, 19]. Si les travaux publiés à l'heure actuelle ne sont pas suffisants pour proposer une large utilisation de la toxine botulinique, de futurs travaux devraient permettre de positionner ce traitement dans la stratégie thérapeutique. Sur le plan chirurgical, la rectopexie ventrale sous coelioscopie s'est imposée comme une technique efficace et bien tolérée au point qu'elle a supplanté bon nombre des autres techniques antérieurement proposées dans le traitement des troubles de la statique rectale. Enfin, il est important de rappeler qu'à l'heure actuelle, le développement de Réunions de Concertations Multidisciplinaires (RCP) de périnéologie permet une discussion plus construite et complète de la prise en charge des troubles fonctionnels et/ou anatomiques périnéaux. Comme dans bien d'autres domaines, une meilleure communication associée à une évaluation la plus

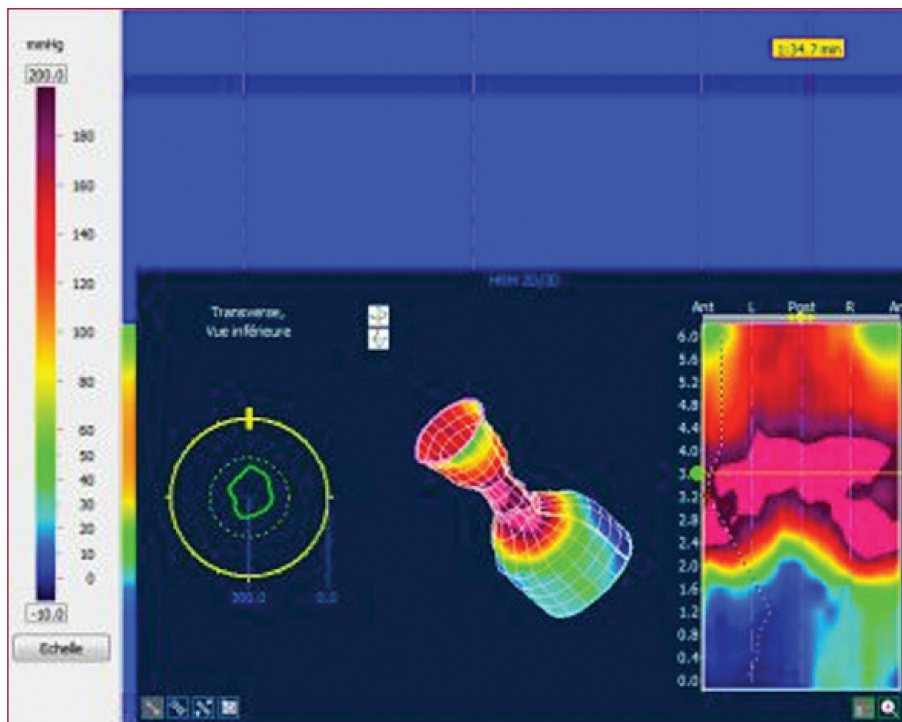


Figure 6. Tracé de manométrie ano-rectale haute résolution.

complète permettra assurément une prise en charge optimale.

“ La manométrie ano-rectale haute résolution a révolutionné l'évaluation de la dyschésie ”

## L'incontinence anale

Ce n'est pas le sujet le plus glamour, et pourtant... L'incontinence anale définie comme la perte incontrôlée de selles et/ou de gaz dans des conditions socialement inadaptées retentit fortement sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Il s'agit d'une situation fréquente en France si on regarde les données d'une étude portant sur 706 patients [20]. Cette prévalence augmente avec l'âge et en cas d'institutionnalisation. Le recours à la consultation, aux explorations et aux filières de soins est très faible pour ce handicap jugé trop souvent honteux et dégradant.

“ La prévalence de l'incontinence anale est élevée en France et en raison du vieillissement de la population, ce motif de consultation va devenir de plus en plus fréquent ”

Depuis vingt ans, les solutions thérapeutiques ont permis une amélioration significative de ces troubles. La prise en charge de l'incontinence anale repose de façon générale sur un traitement médical associant des régulateurs du transit et une rééducation par *biofeedback* en première ligne. Les traitements de seconde ligne thérapeutique reposent sur la neurostimulation sacrée (*figure 7*) [21]. Toutes les études mettent en évidence un effet placebo élevé et les critères d'efficacité sont souvent basés sur une baisse quantitative de scores chez une population ayant des valeurs initiales élevées. Pour les patients qui échappent aux propositions thérapeutiques usuelles, des stratégies expérimentales ayant pour cible le sphincter (sphincters artificiels, injections d'agents locaux, de cellules souches ou de toxine botulique) sont pour certaines très prometteuses [22].

“ De nouvelles solutions thérapeutiques de l'incontinence anale sont en cours d'évaluation et semblent prometteuses ”

## Le cancer de l'anus

Le cancer de l'anus est de moins en moins rare. Il touche les femmes de la soixantaine et les homosexuels masculins

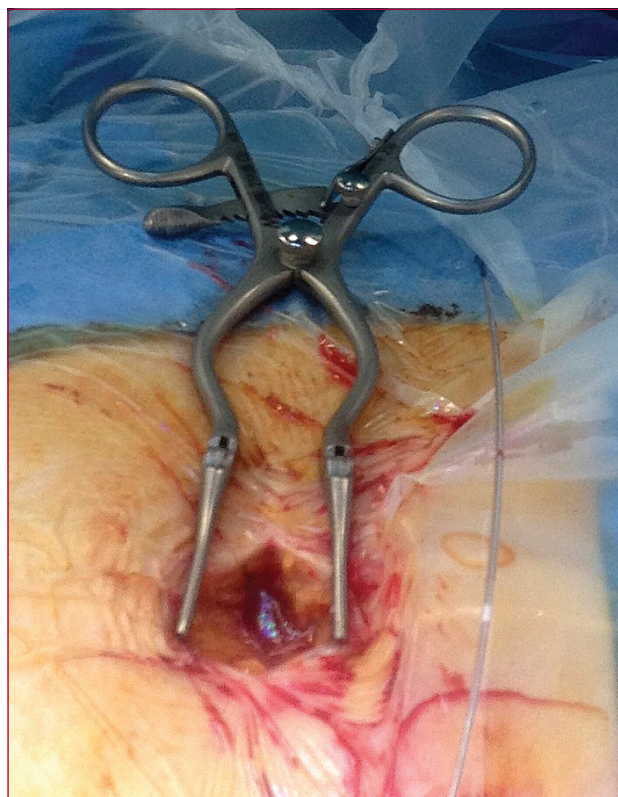


Figure 7. Mise en place d'un neurostimulateur sacré (Coll. Jérôme Loriau).

infectés par le VIH de la quarantaine. Seuls ces derniers bénéficient d'un dépistage (rapport Morlat 2013 et 2017 sous presse). Il repose sur l'examen proctologique (avec anoscopie) qui doit être réalisé chez les patients infectés par le VIH, homosexuels masculins et/ou avec antécédents de condylomes ano-génitaux et/ou avec antécédent de dysplasie du col utérin. Il a été par ailleurs précisé que toutes les patientes et tous les patients infectés par le VIH doivent bénéficier d'un examen proctologique en cas de douleur, saignement et/ou tuméfaction anale (rapport Morlat 2017). Les 180 000 sujets infectés par le VIH en France constituent donc « une source de travail » pour de très nombreux proctologues. Le dépistage proctologique de ces patients révèle ainsi des condylomes anaux dans 25 % des cas, d'une maladie hémorroïdaire dans 14 % des cas et d'une fissure anale dans 11 % des cas [23].

Depuis une dizaine d'années, des réflexions et de nombreux travaux portent sur l'optimisation du dépistage et l'amélioration de nos connaissances sur la carcinogenèse du cancer de l'anus. La recherche des génotypes des HPV oncogènes (responsable des dysplasies et des cancers anaux), la quantification de leur réplication et de leur agressivité vis-à-vis de l'épiderme (recherche de mutations, activité P16 et Ki67, quantification de la réplication du virus..)



sont des sources de travaux passionnants pour les proctologues chercheurs. Associé à l'anuscopie de haute résolution (figure 8), réalisée par des proctologues adeptes de haute technologie, ces nouvelles techniques permettront d'optimiser le dépistage et d'éviter la dégénérescence des lésions précancéreuses.

Le traitement du cancer de l'anus est par ailleurs valorisant pour le proctologue, qui obtient la guérison de 80 % des patients. Des nouvelles thérapeutiques en phase II/III et l'application du dépistage peuvent laisser espérer un diagnostic encore plus précoce et un traitement encore plus efficace. Trop de patients sont encore diagnostiqués trop tardivement, en l'absence d'examen proctologique devant un symptôme anal. Le partage de nos connaissances et les messages de luttes contre le tabou que représente l'anus auprès de nos confrères et des patients devraient améliorer l'accès aux soins de cette partie très honorable de notre anatomie, beaucoup plus diversifiée et complexe qu'il n'y paraît. Les proctologues enseignants ont ici un vaste champ d'action.

Après le diagnostic et le traitement du cancer anal, la place du proctologue est encore centrale puisque dans la dernière version du *Thésaurus* [24], il est précisé que

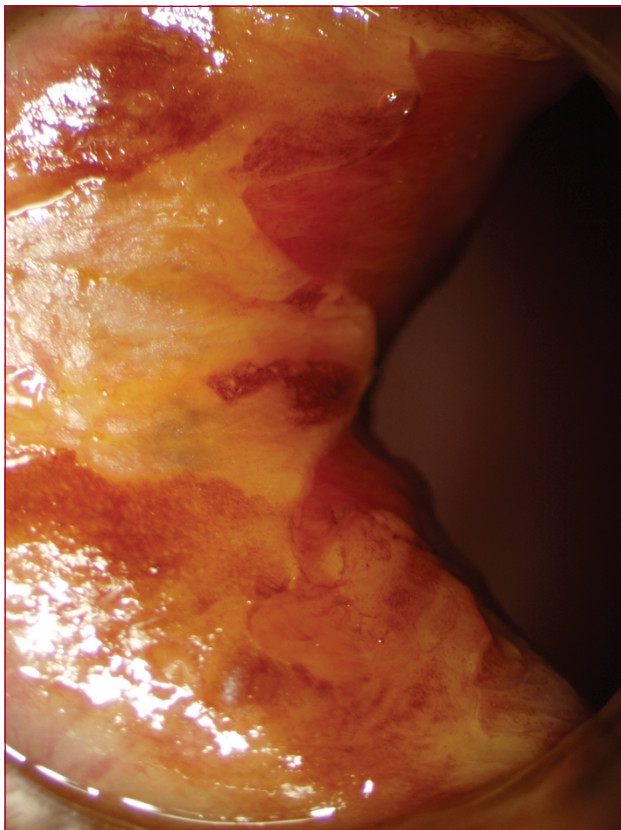


Figure 8. Anuscopie de haute résolution.

« la surveillance est essentiellement clinique » avec un toucher rectal et une anuscopie réalisés huit semaines après la fin du traitement (radiochimiothérapie le plus souvent), puis tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 5 ans.

Ainsi, quel que soit le stade de développement du cancer anal, l'instrument de référence est l'anuscopie dans la main du proctologue dont l'avenir est radieux sous les rayons du soleil des plis radiés de l'anus (figure 9).

**“ Quel que soit le stade de développement du cancer anal, l'instrument de référence est l'anuscopie dans la main du proctologue ”**

## Le cancer du rectum

Les progrès effectués dans la prise en charge du cancer du rectum ont été considérables. Avant les années 2000, la prise en charge de cette affection se résumait à un objectif : éviter la récurrence surtout locorégionale qui survenait dans un quart des cas. Une attitude agressive prévalait alors avec une chirurgie radicale dont les conséquences étaient considérables, notamment sur le plan urinaire et sexuel par les lésions occasionnées sur les



Figure 9. Rayons du soleil des plis radiés de l'anus.

nerfs pelviens. À cette époque, toute tumeur perçue au doigt justifiait une amputation du rectum et une stomie définitive.

Depuis, le pronostic du cancer du rectum s'est transformé et les séquelles atténuées. Ce progrès a été permis par l'apport de l'imagerie, du traitement néoadjuvant, et de la chirurgie. L'imagerie par résonance magnétique d'abord est devenue un examen incontournable du bilan préopératoire. Elle permet d'évaluer les rapports de la tumeur aux fascias, et planifie l'intervention et les marges de résection. Le traitement néoadjuvant ensuite a permis, conjointement aux progrès de la chirurgie, d'améliorer de façon spectaculaire le contrôle local de la maladie. En conséquence, les chiffres de survie sans récurrence s'améliorent chaque année. La chirurgie enfin a connu une évolution majeure : la standardisation de la technique de résection rectale, avec un plan de dissection mieux connu (le mésorectum) épargnant les nerfs pelviens et permettant un contrôle oncologique optimal. Les résultats sont impressionnants : le taux de récurrences locales a été divisé par 4. Il s'en suit également une augmentation importante de la chirurgie conservatrice avec des procédés de néoréservoirs coliques [25,26].

**“ Les chiffres de survie sans récurrence du cancer du rectum s'améliorent chaque année ”**

Si ces progrès ont permis une véritable transformation du pronostic du cancer du rectum et une survie prolongée des patients, ils ont aussi généré de nouveaux enjeux auxquels il faut aujourd'hui répondre. Les séquelles fonctionnelles digestives sont réelles et le syndrome de résection antérieure du rectum (troubles de l'évacuation et troubles de continence) est un handicap qui affecte près de la moitié des patients. Pour le colo-proctologue, l'avenir de la prise en charge du cancer du rectum devient celui des séquelles. Le développement d'une véritable stratégie de gestion de l'évacuation devra se mettre en place avec des approches médicales (kinésithérapie, irrigations coliques) et chirurgicales (neurostimulation sacrée) ; il faudra offrir aux patients ces outils, maîtriser et diffuser les approches fonctionnelles et développer des procédés innovants pour améliorer la vidange et la continence. Par ailleurs, une réflexion est engagée autour de la préservation d'organe, et, pour certains cancers, le contrôle de la maladie par la radiochimiothérapie peut aujourd'hui permettre d'envisager une simple surveillance. De plus, l'accès à la chirurgie endoscopique transanale ouvre la voie d'une exérèse locale pour les tumeurs débutantes ou bien contrôlées par le traitement néoadjuvant. L'objectif de ces approches est d'éviter la résection rectale et son cortège de conséquences.

Mais beaucoup reste à définir encore pour garder la sécurité oncologique... De quoi envisager l'avenir avec enthousiasme et défi pour le bien de nos patients [26, 27].

**“ L'objectif du traitement du cancer du rectum est de plus en plus d'éviter la résection rectale et son cortège de conséquences ”**

## La chirurgie proctologique

La chirurgie proctologique s'est métamorphosée ! Il y a une vingtaine d'années, la chirurgie proctologique courante était représentée par l'hémorroidectomie tripédiculaire, la fissurectomie avec sphinctérotomie et le drainage des suppurations avec fistulotomie progressive. Ces techniques opératoires, transmises de maître à élève, étaient efficaces mais grevées pour les patients de suites opératoires douloureuses, d'hospitalisations prolongées pour les soins locaux et de séquelles fonctionnelles non négligeables.

Le développement révolutionnaire des techniques appelées « mini-invasives » ciblant la correction de la physiopathologie des maladies proctologiques, telles les ligatures des artères hémorroïdaires par agrafage circulaire ou sous contrôle Doppler, l'anopexie circulaire sans hémorroidectomie, les techniques d'épargne sphinctérienne par fissurectomie simple, obturation des fistules anales, lambeaux d'avancement, etc. ont transformé les indications opératoires. De plus, ces interventions se sont appuyées sur des innovations technologiques dont bénéficient l'ensemble des pratiques chirurgicales telles que l'utilisation de nouvelles énergies, radiofréquence, laser. De ce fait, la chirurgie proctologique, dont l'éventail des possibilités s'est considérablement élargi, est devenue modulable, individualisée et contractuelle, alliant des techniques opératoires de référence (historique) à des interventions fonctionnelles et moins invalidantes.

Là ne s'arrête pas le progrès car la prise en charge « péri-opératoire » s'est aussi métamorphosée suivant en cela l'évolution des nouveaux « parcours patients » en chirurgie. La douleur postopératoire n'est plus à craindre, elle est maîtrisée et prévenue par le recours à l'analgésie multimodale et la réalisation d'un bloc pudendal avec un anesthésique de longue durée. La gestion des risques postopératoires est partagée par l'équipe soignante permettant d'anticiper les trois complications précoces principales, la rétention d'urines, le saignement et le fécalome. De ce fait, la chirurgie proctologique est de plus en plus réalisée en ambulatoire, avec, en France, une progression de 12 % entre 2013 et 2015 des actes effectués en ambulatoire, aussi bien en secteur privé que

public. Cette progression est pour une grande part en rapport avec la dynamique qu'a su impulser la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP) en tant que promoteur auprès de ses membres d'une organisation rationnelle et adaptée de la chirurgie proctologique. Enfin, la chirurgie proctologique s'élargit et offre une approche plus globale aujourd'hui qui s'intègre dans le cadre de la chirurgie fonctionnelle périnéale, une approche parfois plus complexe qui ouvre la porte à d'autres collaborations basées sur l'expertise de chacun [28, 29].

“ La chirurgie proctologique est devenue modulaire, individualisée et contractuelle ”

## La recherche

La dimension universitaire de la proctologie : trop et trop peu à la fois.

Concernant l'enseignement, « trop » car la demande de soins en proctologie est quantitativement importante, ce qui explique l'attrait des apprenants à une formation complémentaire. Au titre de l'année universitaire 2017, 323 étudiants ont suivi une formation élémentaire et 61 une formation diplômante (DIU). Pour répondre à cette demande, trois voies principales de formation sont représentées par une plateforme d'e-learning déployée depuis plus de 10 ans pour répondre aux objectifs d'enseignement théorique, des terrains de stage disséminés dans l'hexagone et des sessions de formation médicale continue. Mais « peu » car la formation repose majoritairement sur des enseignants bénévoles issus du monde libéral. La quasi-totalité des CHU n'ont aucune dimension proctologique d'expertise, de recours ou d'enseignement au sein de la gastro-entérologie. Le projet de formation spécialisée transversale, construit dans une logique partenariale avec la chirurgie digestive, n'a servi que de monnaie d'échange et de chantage dans un contexte hautement politique bien éloigné du bien commun.

Concernant la recherche, « trop » car les thématiques de recherche en proctologie sont immenses et s'apparentent à des espaces vierges traversés par une tradition dogmatique centenaire. Elles concernent aujourd'hui la cancérologie, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la pathologie courante et les troubles fonctionnels. Il existe un groupe de recherche fédéré en proctologie, le Groupe de Recherche En Proctologie (GREP). Mais « peu » car le volume des travaux en cours et publiés émanant d'équipes françaises est annuellement inférieur à deux chiffres. L'université est inexistante dans le champ de la recherche en proctologie et les équipes de recherche translationnelle

## Take home messages

- La proctologie a fait l'objet d'une véritable mutation durant les deux dernières décennies et de stimulantes perspectives vont occuper et encore égayer son avenir.
- L'absence de consensus sur le traitement médical et chirurgical de la fissure anale va mobiliser la génération de proctologues à venir.
- La prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire a bénéficié de révolution récente des techniques mini-invasives.
- Les techniques d'épargne sphinctérienne ont permis de réduire le risque d'incontinence postopératoire dans le traitement de la fissure et des fistules.
- Les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn ont bénéficié de la prise en charge concertée du traitement par anti TNF-alpha avec le recours au chirurgien proctologue.
- Les infections ano-rectales sexuellement transmises représentent un problème majeur de santé publique qui va mobiliser bon nombre de générations de proctologues à venir.
- La mise à plat du sinus pilonidal infecté avec cicatrisation dirigée est la technique privilégiée en France en raison de son faible taux de récidence.
- La manométrie ano-rectale haute résolution va révolutionner l'évaluation et la prise en charge de la dyschésie.
- La neurostimulation sacrée a profondément modifié la prise en charge de l'incontinence anale. D'autres options (sphincters artificiels, injections d'agents locaux, de cellules souches ou de toxine botulique) sont très prometteuses.
- Le proctologue est la pierre angulaire de la prévention, du diagnostic et du suivi du cancer de l'anus.
- La prise en charge du cancer du rectum a bénéficié du traitement néoadjuvant, de l'exérèse du mésorectum et des techniques des préservations d'organe.
- La chirurgie proctologique a été transformée par les techniques mini-invasives et d'épargne sphinctérienne, les innovations technologiques et de la prise en charge ambulatoire.
- L'enseignement et la recherche en proctologie seront l'affaire de tous.

développant une thématique proctologique sont à constituer. Les services de CHU doivent afficher un axe proctologique crédible et y associer des universitaires. En bref, si les besoins en enseignement et en recherche sont importants, les moyens pour y répondre sont trop faibles. Les proctologues ne se découragent cependant pas : leur objectif à moyen terme est de structurer un centre de référence en proctologie par région apportant les dimensions d'une activité clinique de recours, d'un enseignement dynamique et d'une structure de recherche opérante. On en est encore loin mais on y croit. . .

“ Les besoins en enseignement et en recherche en proctologie sont importants ”

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent les liens d'intérêts suivants : VdP : orateur pour Abbvie, financement de congrès par THD. LA : financement d'études par Sanofi. TH : expert pour AMI, financement de congrès par A. Legrand. BVB : financement de congrès par AMI. VV : consultante pour Allergan et Medtronic. DB, CB, JLF, GM, FP, GP, GS et LS déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. Et tous les auteurs exercent la proctologie médicale, instrumentale et/ou chirurgicale !. . .

## Références

Les références importantes apparaissent en gras

- de Parades V, Parisot C, Atienza P. Histoire des médecins qui ont fait la proctologie médico-chirurgicale « à la française ». *Hépatogastro* 2012 ; 19 : 172-81.
- Stewart DB, Gaertner W, Glasgow S, et al. Clinical Practice Guideline for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2017 ; 60 : 7-14.
- Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, et al., for the GREP and the CREGG. Sphincter-sparing anal fissure surgery : A one-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013 ; 15 : 359-67.
- Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg* 2016 ; 153 : 213-8.
- Choi S, Ryoo SB, Park KJ, et al. Autologous adipose tissue-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistulas not associated with Crohn's disease: A phase II clinical trial for safety and efficacy. *Tech Coloproctol* 2017 ; 21 : 345-53.
- García-Olmo D, Guadalajara H, Rubio-Perez I, et al. Recurrent anal fistulae: Limited surgery supported by stem cells. *World J Gastroenterol* 2015 ; 21 : 3330-6.
- Ratto C, Litta F, Lucchetti D, et al. Immunopathological characterization of cryptoglandular anal fistula: A pilot study investigating its pathogenesis. *Colorectal Dis* 2016 ; 18 : O436-O444.
- Bouchard D, Abramowitz L, Bouguen G, et al. Anoperineal lesions in Crohn's disease: French recommendations for clinical practice. *Tech Coloproctol* 2017.(sous presse).
- Gingold DS, Murrell ZA, Fleschner PR. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn disease. *Ann Surg* 2014 ; 260 : 1057-61.
- Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, et al., ADMIRE CD Study Group Collaborators. Expanded allogeneic adipose-derived mesenchymal stem cells (Cx601) for complex perianal fistulas in Crohn's disease: A phase 3 randomised, double-blind controlled trial. *Lancet* 2016 ; 388 : 1281-90.
- Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human Papillomavirus and genital warts: A review of the Evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis* 2015 ; 61 (Suppl. 8) : S849-55.
- Barré A, Le Monnier A, Fathallah N, et al. Infections anorectales sexuellement transmissibles (hors HPV). *Hépatogastro* 2016 ; 23 : 873-82.
- de Parades V, Bouchard D, Janier M, et al. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg* 2013 ; 150 : 237-47.
- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, et al. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; 1 : D006213.
- Enriquez-Navascues JM, Emparanza JI, Alkorta M, et al. Metaanalysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal disease. *Tech Coloproctol* 2014 ; 18 : 863-72.
- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008 ; 300 : 1311-6.
- Ratuapli SK, Bharucha AE, Noetting J, et al. Phenotypic identification and classification of functional defecatory disorders using high-resolution anorectal manometry. *Gastroenterology* 2013 ; 144 : 314-22.
- Farid M, El Monem HA, Omar W, et al. Comparative study between biofeedback retraining and botulinum neurotoxin in the treatment of anismus patients. *Int J Colorectal Dis* 2009 ; 24 : 115-20.
- Faried M, El Nakeeb A, Youssef M, et al. Comparative study between surgical and non-surgical treatment of anismus in patients with symptoms of obstructed defecation : a prospective randomized study. *J Gastrointest Surg* 2010 ; 14 : 1235-43.
- Damon H, Guye O, Seigneurin A, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ; 30 : 37-43.
- Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, et al ; French National Society of Coloproctology. Treatments of faecal incontinence : recommendations from the French national society of coloproctology. *Colorectal Dis* 2014 ; 16 : 159-66.
- Boyer O, Bridoux V, Giverne C, et al., Study Group of Myoblast Therapy for Faecal Incontinence. Autologous myoblasts for the treatment of fecal incontinence : results of a phase 2 randomized placebo-controlled study (MIAS). *Ann Surg* 2017 (sous presse).
- Abramowitz L, Benabderrahmane D, Baron G, et al. Systematic evaluation and description of anal pathologies in HIV-infected patients during HAART era. *Dis Colon Rectum* 2009 ; 52 : 1130-6.
- Moureau-Zabotto L, Vendrely V, Abramowitz L, et al. Anal cancer : French Intergroup Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SNFCP). *Dig Liver Dis* 2017 ; 49 : 831-40.
- Dattani M, Santiago I, Mahadevan V, et al. The mesorectum and mesocolon - Making sense of words. *Int J Surg* 2016 ; 36 (Pt A) : 390-1.
- São Julião GP, Habr-Gama A, Vailati BB, et al. The good, the bad and the ugly : rectal cancers in the twenty-first century. *Tech Coloproctol* 2017 (sous presse).
- Battersby NJ, Bouliotis G, Emmertsen KJ, et al. ; UK and Danish LARS Study Groups. Development and external validation of a nomogram and online tool to predict bowel dysfunction following restorative rectal cancer resection: The POLARS score. *Gut* 2017 (sous presse).
- Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, et al. Ambulatory haemorrhoidal surgery: Systematic literature review and qualitative analysis. *Int J Colorectal Dis* 2015 ; 30 : 437-45.
- Vinson-Bonnet B, Juguet F. French National Coloproctology Society Ambulatory proctologic surgery: Recommendations of the French National Coloproctology Society (SNFCP). *J Visc Surg* 2015 ; 152 : 369-72.