

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2015

THESE N°: 25

PATHOLOGIES ANORECTALES ACQUISES CHEZ L'ENFANT
A PROPOS DE 41 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Anass RAHAOUI

Né le 05 Juin 1988 à Ksar El Kebir

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Pathologies – Anorectales – Acquises – Enfant.

JURY

Mr. M. N. BENHMAMOUCH

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. M. KISRA

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. M. ABDELHAK

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. R. OULAHYANE

Professeur Agrégé de Chirurgie Pédiatrique

Mr. A. EL KORAICHI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا وَسِعْتَ كُلَّ شَيْءٍ
رَّحْمَةً وَعِلْمًا

سورة غافر

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSaid Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACoubi Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAoui Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADN AOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAoui Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale

Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

(mise en disponibilité)

Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation

Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*

Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre



Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 Pr. BENSEFFAJ Nadia
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique
 Immunologie
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie



Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

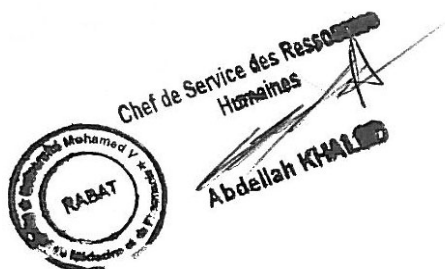
2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines

- 9 JAN 2015



DEDICACES



AU BON DIEU

Le Tout Puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



A MES CHERS PARENTS,

A mon très cher père, merci pour votre amour, pour tout l'enseignement que vous m'avez transmis, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir toujours soutenu, pour vos sacrifices, vos prières et pour l'encouragement sans limites que vous ne cessez de m'offrir...

A ma très chère mère, merci pour vous être sacrifiée pour que vos enfants grandissent et prospèrent, merci de trimer sans relâche, malgré les péripéties de la vie, au bien être de vos enfants, merci pour vos prières, votre soutien dans les moments difficiles, pour votre courage et patience...

Mes chers parents, aucun mot ne se pourra exprimer mon amour pour vous et mon immense reconnaissance.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mes sentiments les plus forts, mon profond respect et ma plus grande gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous prête bonne santé et longue vie.



A MON FRERE ET MA SŒUR :

OUTMANE ,LAILA

*En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que
je vous porte et de l'attachement qui nous unit.*

Je vous souhaite du bonheur et du succès dans toute votre vie.

A MES GRANDS-PARENTS

*Ces quelques lignes ne sauraient exprimer toute l'affection et tout l'amour que
je vous dois.*

Que dieu vous préserve et vous accorde santé et prospérité.

**A TOUS LES MEMBRES DE
MA GRANDE FAMILLE.**



A TOUS MES AMIS ET CAMARADES DE PROMOTION

*Abdou, Achraf et Achraf, Batal ,Latifa ,Omar ,Essama ,Lotfi , Rebbani
Fatima, Hanaa ,Zakaria ,Adil, Sissam ,Brahil ...*

A tous ceux que j'ai omis d'écrire leurs noms.

Que notre amitié demeure pour toujours.

**A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE DANS
LA REALISATION DE CE TRAVAIL.**



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MR MOHAMED NAJIB BENHMAMOUCHE
PROFESSEUR DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHU IBN SINA

*Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous faites en
acceptant de présider cette thèse. .*

*Votre compétence, votre dynamisme, ainsi que vos qualités humaines et
professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration. .*

*Qu'il soit permis, cher maître, de vous exprimer notre sincère
reconnaissance, notre profond respect
et notre plus grande estime.*



A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
MONSIEUR MOUNIR KISRA
PROFESSEUR AGREGÉ DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHU IBN SINA

*Pour vos conseils judicieux, pour les efforts que vous avez déployés pour que
ce travail soit élaboré.*

*Pour votre soutien indéfectible et votre compétence à toutes les étapes de ce
travail.*

*Nous avons apprécié votre gentillesse inégalée et nous v
ous remercions pour vos efforts inlassables.*

Veillez accepter ma profonde reconnaissance.



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR MBAREK ABDELHAK
PROFESSEUR DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHU IBN SINA.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction au cours de notre stage d'externat de pédiatrie, nous avons profité de votre enseignement.

Nous avons apprécié votre sympathie et vos qualités humaines.

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect.



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR EL KORAICHI ALAE
PROFESSEUR ANESTHESIE ET REANIMATION
CHU IBN SINA.

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi
le jury de notre thèse.*

Vos qualités humaines et professionnelles sont exemplaires.

*Nous vous prions de croire en l'expression de notre respect
et reconnaissance d'avoir accepté
de juger ce travail.*



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR : RACHID OULAHYANE
PROFESSEUR AGREGE DE CHIRURGIE AU C.H.U RABAT.

Vous nous faites le grand honneur de prendre part au jury de ce travail.
Votre compréhension, vos qualités humaines et professionnelles
suscitent notre admiration.

Veuillez accepter, Cher Maître, nos sincères remerciements
et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.



LISTE DES ILLUSTRATIONS



TABLE DE FIGURE

Figure 1,2 : Coupe sagittale et frontale du rectum	5
Figure 3 : Les rapports du rectum chez le garçon	7
Figure 4 : Les rapports du rectum chez la fille	8
Figure 5 : Les artères du rectum.....	10
Figure 6 : Innervation du rectum.....	12
Figure 7 : La répartition des patients en fonction des tranches d'âge	25
Figure 8 : La répartition des patients en fonction du sexe	26
Figure 9 : Nature et répartition de masses	29
Figure 10 : La fréquence des principaux signes cliniques	30
Figure 11 : Le diagnostic retenu à l'inspection.....	31
Figure 12 : Résultats de l'examen proctologique dans notre série.....	32
Figure 13 : Rectosigmoidoscopie de l'enfant N°28 faite à titre externe	34
Figure 14 : Position des polypes diagnostiqués par l'endoscopie dans notre série.....	35
Figure 15 : Les moyens du diagnostic dans notre série.....	36
Figure 16 : Les différentes pathologies anorectales dans notre série	36
Figure 16' : Les moyens thérapeutiques du PR dans notre série.	38
Figure 17 : Evolution de notre population étudiée.	40
Figure 18 : Résultats de l'examen proctologique dans notre série.....	51
Figure 19 : Prolapsus rectal Muqueux	55
Figure 20 : Prolapsus rectal Total	55
Figure 21 : Les différents types de fistules anales primitives	59

Figure 22 : Anatomie de la région anorectale	59
Figure 23,24 : Abscès inter-sphinctérien avec fistule à trajet complexe	60
Figure 25 : Fissure anale chez un nourrisson	62
Figure 26: Nombre de séances d'injection du SS9% dans notre série	70
Figure 28: Injection endorectale.....	71
Figure 27: Les cadrans horaires d'injection	71
Figure 29: La sphinctérotomie latérale interne	81
Figure 30: La fissurectomie avec sphinctérotomie et anoplastie	81
Figure 31: Excision et plastie par un lambeau rhomboïdal de rotation	85
Figure 32: Excision et plastie en Z	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Fiche d'exploitation Tableau	22
Tableau 2: Antécédents personnels et familiaux significatifs dans notre série.....	27
Tableau 3: Résultats des bilans biologiques dans notre série.	33
Tableau 4: Moyens de prise en charge thérapeutique de nos patients.....	39
Tableau 5: REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE MOYEN ET LES AUTEURS	42
Tableau 6: REPARTITION DU PR SELON LE SEXE.....	43
Tableau 7: REPARTITION DES POLYPES RECTAUX SELON LE SEXE.....	44
Tableau 8: Comparaison des résultats de l'examen proctologique dans notre étude et l'étude de Dr.SAUL SCHAPIRO [15]	45

SOMMAIRE



INTRODUCTION.....	1
RAPPEL ANATOMIQUE.....	3
1.ANATOMIE DESCRIPTIVE	4
1.1.Limites.....	4
1.2.Configuration extérieure	4
1.3.Configuration intérieure	6
2.LES RAPPORTS	6
2.1.La loge rectale	6
2.2.Rectum pelvien : Rapports par la loge rectale.....	6
2.3.Rectum périnéal	8
3.VASCULARISATION ET INNERVATION.....	8
3.1.Artères	8
3.2.Veines	9
3.3.Les lymphatiques	11
3.4.Innervation du rectum	11
RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.....	13
1.MECANISMES DE LA CONTINENCE	14
2.LA DEFECATION	15
2.1.Défécation physiologique	15
2.2.Défécation pathologique	16

MATERIELS ET METHODES	18
1.TYPE DE L'ETUDE.....	19
2.POPULATION ETUDIEE.....	19
2.1.Critères d'inclusion.....	19
2.2.Critères d'exclusion	19
3.METHODES	19
RESULTATS	21
1.EPIDEMIOLOGIE.....	25
1.1.Age	25
1.2.Sexe	26
2.ANTECEDENTS	26
2.1.Antécédents personnels.....	26
2.2.Antécédents familiaux.....	27
2.3.Autres antécédents	27
3.CLINIQUE	28
3.1.Signes fonctionnels (circonstances de découverte).....	28
3.1.1.Rectorragies.....	28
3.1.2.Douleur	28
3.1.3.Masse	28
3.1.4.Ecoulements purulents	29
3.1.5.Signes fonctionnels associés	29

3.2.Examen proctologique	31
3.2.1.L’inspection	31
3.2.2.Le Toucher rectal	32
3.2.3.L’anuscopie	32
4.PARACLINIQUE	33
4.1.Biologie	33
4.1.1.Hémogramme	33
4.1.2.Parasitologie des selles	33
4.1.3.Autres bilans biologiques.....	33
4.2.Imagerie	34
4.2.1.Endoscopie digestive basse	34
4.2.2.Echographie	35
5.MOYENS DIAGNOSTIQUES.....	35
6.DIAGNOSTIC RETENU	36
7.PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	37
8.DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE	39
9.EVOLUTION.....	40
DISCUSSION.....	41
1.PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATHOLOGIES ANORECTALES.....	42
1.1.L’âge	42
1.2.Le sexe	43
1.3.La fréquence	45

2.ETUDE CLINIQUE	45
2.1.Histoire médicale	46
2.2.Examen général.....	46
2.3.Examen proctologique.....	47
2.3.1.Inspection et palpation	48
2.3.2.TR	48
2.3.3.Anuscopie et rectosigmoidoscopie	50
3.PATHOLOGIES ANORECTALES ACQUISES	52
3.1.Polypes rectaux	52
3.2.Prolapsus rectal.....	54
3.3.Abcès et fistules anales	58
3.4.Fissure anale	61
3.5.Condylomes	62
3.6.Sinus pilonidal	64
3.7.Hémorroides	66
3.8.Traumatismes anorectaux	67
4.PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	69
4.1.Les moyens médicaux.....	69
4.2.Les moyens chirurgicaux	75
CONCLUSION	87
RESUMES.....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	96

INTRODUCTION



La proctologie est une spécialité de la gastro-entérologie étudiant les maladies de l'anus et du rectum.

La proctologie pédiatrique commence avec les malformations congénitales de la région anorectale. Celles-ci sont traitées en milieu hospitalier même si tout omnipraticien doit pouvoir les discerner.

A côté de ces dernières, plusieurs maladies anorectales sont fréquemment rencontrées en pratique quotidienne dont les plus fréquentes sont :

- ✓ Les abcès et les fistules anorectales.
- ✓ Le prolapsus rectal.
- ✓ Le polype rectal.
- ✓ La fissure anale.

Elles sont considérées comme des affections bénignes, un examen proctologique complet permet de faire le diagnostic dans la majorité des cas.

Au cours de la dernière décennie, les traitements proctologiques ont subi une considérable mutation liée à l'introduction de nouveaux médicaments, de nouvelles chirurgies, dans le souci de préserver la fonction anorectale.

Notre étude porte sur 41 enfants présentant une pathologie anorectale acquise qui ont été pris en charge au niveau du service de Chirurgie Pédiatrique A de l'Hôpital d'Enfants de Rabat. Cette étude étant étalée sur une période de 6 ans et allant de Janvier 2008 jusqu'à Décembre 2014.

Nos principaux objectifs sont les suivants :

- ✓ Faire une approche épidémiologique de nos patients.
- ✓ Etudier les différents signes fonctionnels et les étapes d'un examen clinique en proctologie.
- ✓ Préciser la place de l'examen proctologique dans l'élaboration du diagnostic.
- ✓ Donner la description des principales lésions proctologiques.
- ✓ Connaître les modalités thérapeutiques de ces pathologies.

RAPPEL ANATOMIQUE



Le rectum est la portion terminale du tube digestif qui fait suite au colon pelvien. C'est un segment fixe doué de propriétés contractiles.

1. ANATOMIE DESCRIPTIVE : (1,2)

1.1.Limites:

Le rectum est médian situé en avant du sacrum, où il prend son origine à la hauteur de la 3ème vertèbre sacrée, à l'extrémité inférieure du méso sigmoïde, il se termine par un orifice, l'anus, au niveau de la ligne ano-cutanée qui présente les plis radiés de l'anus.

1.2.Configuration extérieure :

On distingue :

- **Le rectum pelvien** : forme l'ampoule rectale, portion dilatée orientée en bas et en avant. Il mesure de 12 à 15 cm de longueur.

- **Le rectum périnéal** : ou canal anal, portion rétrécie qui se termine au niveau de l'anus, orienté en bas et en arrière, mesure 3 à 4 cm de longueur.

Cette portion est munie d'un double système sphinctérien, l'un est un simple renforcement de la paroi musculaire lisse du rectum c'est le SPHINCTER INTERNE.

L'autre est un anneau musculaire fait de muscles striés c'est le SPHINCTER EXTERNE de l'anus. Le CAP DU RECTUM, située entre ces 2 zones correspond au muscle élévateur de l'anus qui participe de façon importante à la continence anale.

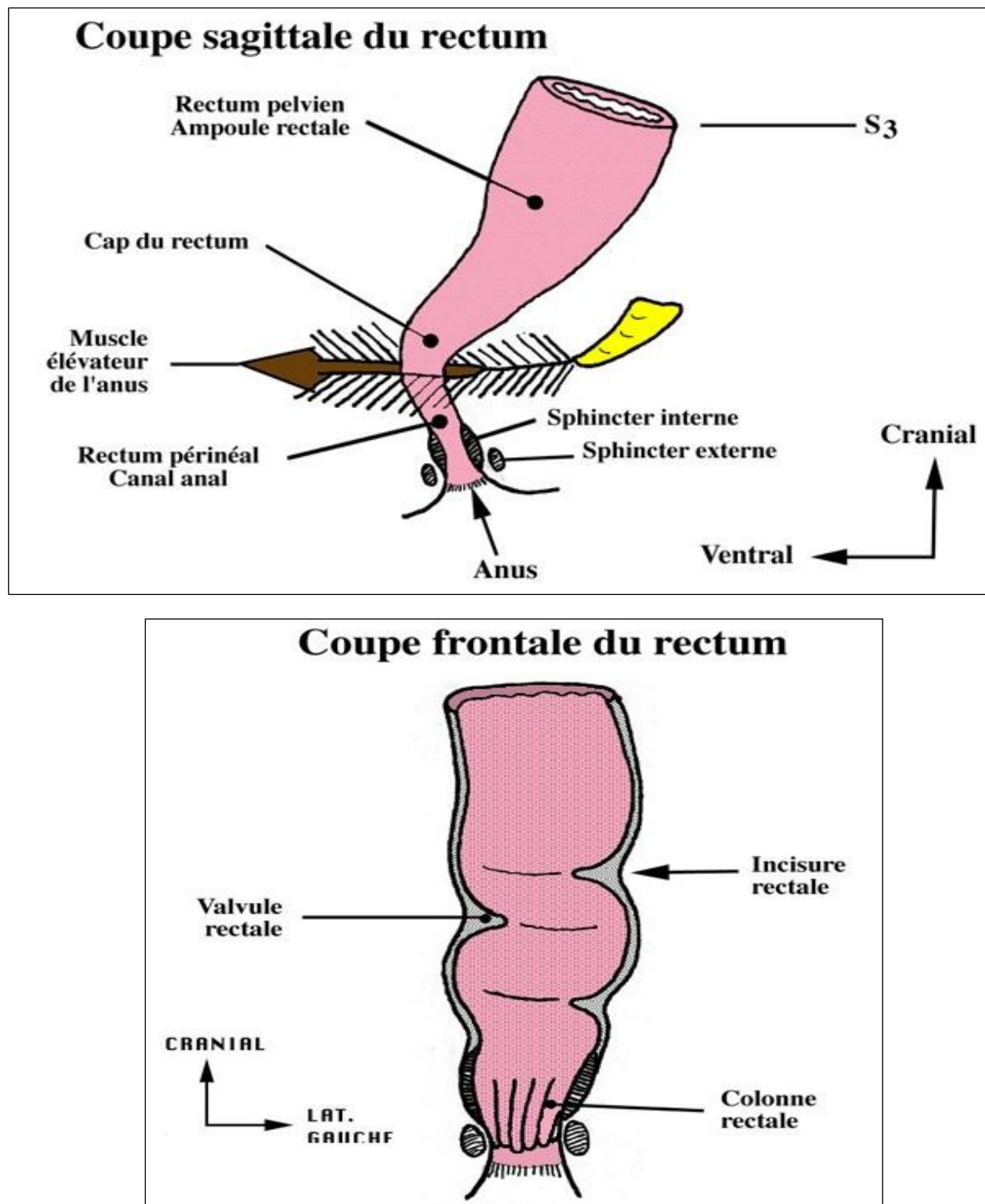


Figure 1,2 : Coupe sagittale et frontale du rectum

1.3. Configuration intérieure :

Lorsqu'il est vide, le rectum pelvien est aplati d'avant en arrière. Lorsqu'il est plein, il décrit des sinuosités délimitant des incisures rectales. Elles sont représentées à l'intérieur du rectum par des saillies= les valvules du rectum au nombre de 3.

Il existe aussi des saillies longitudinales ce sont les colonnes rectales.

2. LES RAPPORTS :

Le rectum va être situé dans une loge :

2.1. La loge rectale :

C'est un espace cellulaire avec :

- ✓ **En arrière** : face antérieure du sacrum doublée de l'aponévrose présacrée.
- ✓ **En avant** : un septum recto-génital (recto-prostatique ou recto-vaginal).
- ✓ **Latéralement** : les lames sagittales contenant le plexus hypogastrique.
- ✓ **En bas** : muscle élévateur de l'anus.
- ✓ **En haut** : le péritoine pelvien.

Le rectum est séparé des organes génitaux et de la vessie par le cul de sac recto-génital de Douglas.

2.2. Rectum pelvien : Rapports par la loge rectale

En arrière :

Avec la face antérieure des trois dernières vertèbres sacrées et l'origine du plexus sacré qui donne le nerf sciatique, on trouve également l'artère sacrée médiane.

En avant : * chez le garçon

- En haut : avec la face dorsale de la vessie, les vésicules séminales, canaux déférents et la terminaison des uretères pelviens.
- En bas : la face dorsale de la prostate «cap du rectum» examinée par le toucher rectal.

En avant : * chez la fille

-En haut : corps utérin

-En bas : le vagin qui contient le col utérin séparé de la face ventrale du rectum par le septum recto vaginal.

Latéralement

Correspond aux parois pelviennes ostéo-musculaires.

Sur les faces latérales du rectum sous-péritonéal, on a décrit des « ailerons » soulevant le fascia pelvien et fixant le rectum à la paroi pelvienne, les traités de chirurgie considéraient que la section des ailerons représentait un temps dangereux du fait de la présence en leur sein de pédicules vasculaires.

LES RAPPORTS DU RECTUM

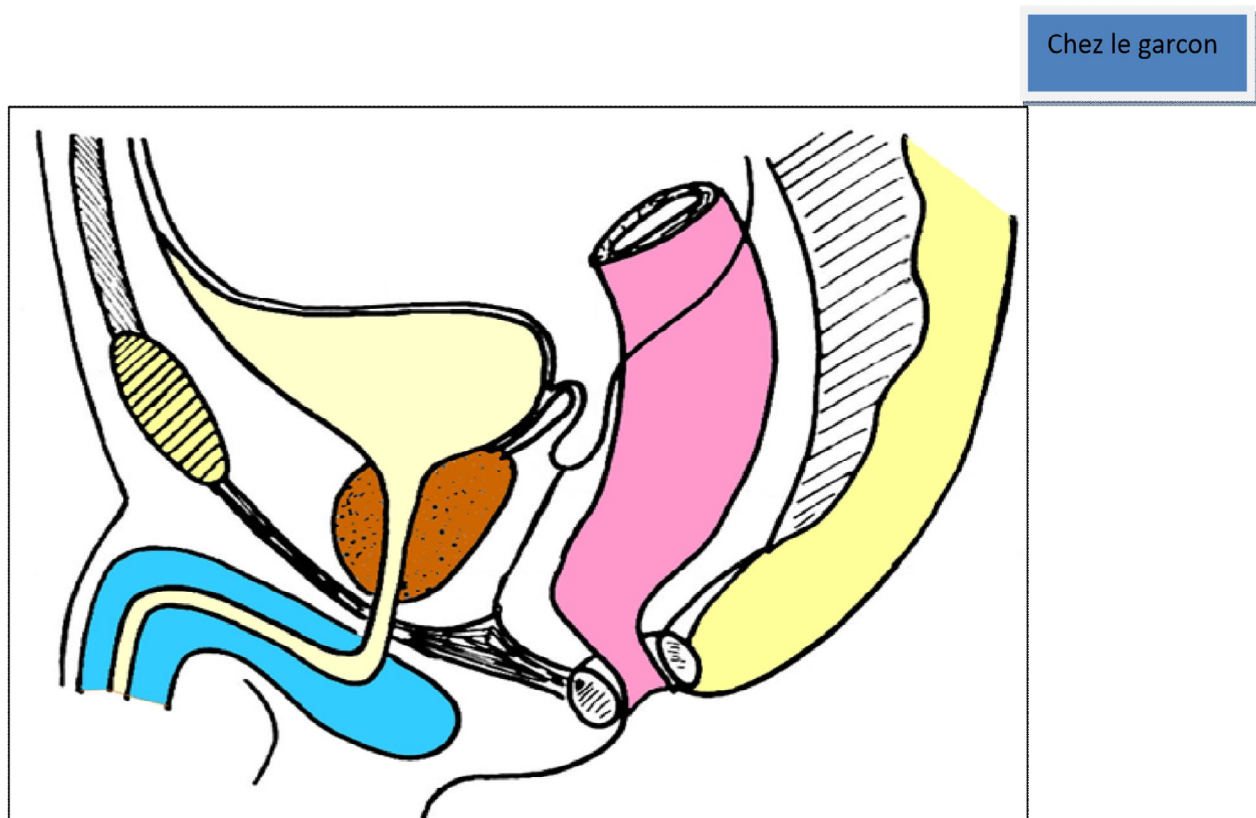


Figure 3 : Les rapports du rectum chez le garçon

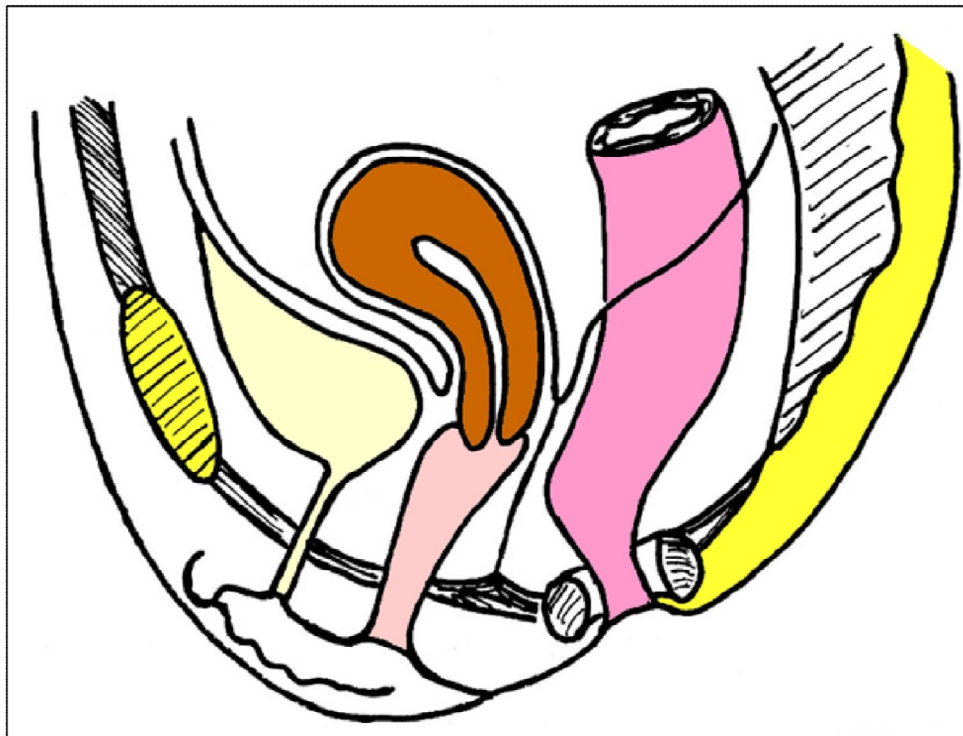


Figure 4 : Les rapports du rectum chez la fille

2.3. Rectum périnéal :

Le rectum est intimement uni aux éléments du périnée formé par :

Le releveur de l'anus recouvert par l'aponévrose pelvienne.

Le sphincter externe de l'anus.

- En avant : le canal anal répond aux noyaux fibreux central du périnée.
- Latéralement et en arrière : le canal anal répond à l'espace ischio-anal qui contient du tissu graisseux, vaisseaux hémorroïdaires inférieur et nerf hémorroïdal (anal).

3. VASCULARISATION ET INNERVATION

3.1. Artères : (11)

Le rectum est irrigué par trois courants principaux : l'artère rectale supérieure, moyenne et inférieure. Accessoirement par des branches de l'artère sacrée moyenne.

- ✓ Artère rectale supérieure «hémorroïdale supérieure» : branche terminale de l'artère mésentérique inférieure qui au contact du rectum se divise en deux branches collatérales. Elles irriguent les différentes parois du rectum pelvien et la sous muqueuse du canal anal.
- ✓ Artère rectale moyenne : naît de l'artère hypogastrique et n'envoie que quelques branches à la musculature et à la sous muqueuse du canal anal.
- ✓ Artère rectale inférieure : souvent double, naît de l'artère honteuse interne et se distribue à la musculature du canal anal et aux espaces sous cutanés.
- ✓ Artère sacrale médiane : branche terminale de l'aorte, destinée à la partie postérieure de la musculature du bas rectum.

3.2.Veines :

Satellites des artères habituellement au nombre de 2 veines pour chaque artère.

- ✓ veines rectales supérieures : se jettent dans la veine porte par l'intermédiaire de la veine mésentérique inférieure.
- ✓ veines rectales moyennes : se terminent dans la veine hypogastrique qui se jette dans la veine cave inférieure.
- ✓ veines rectales inférieures : se drainent dans la veine honteuse interne qui se jette dans la veine cave inférieure.

Ces veines anastomosées dans la sous muqueuse du bas rectum forment le plexus veineux hémorroïdal.

La richesse du canal anal en plexus veineux et par ses anastomoses portocaves explique la localisation et la fréquence de la dilatation variqueuse appelée : les hémorroïdes.

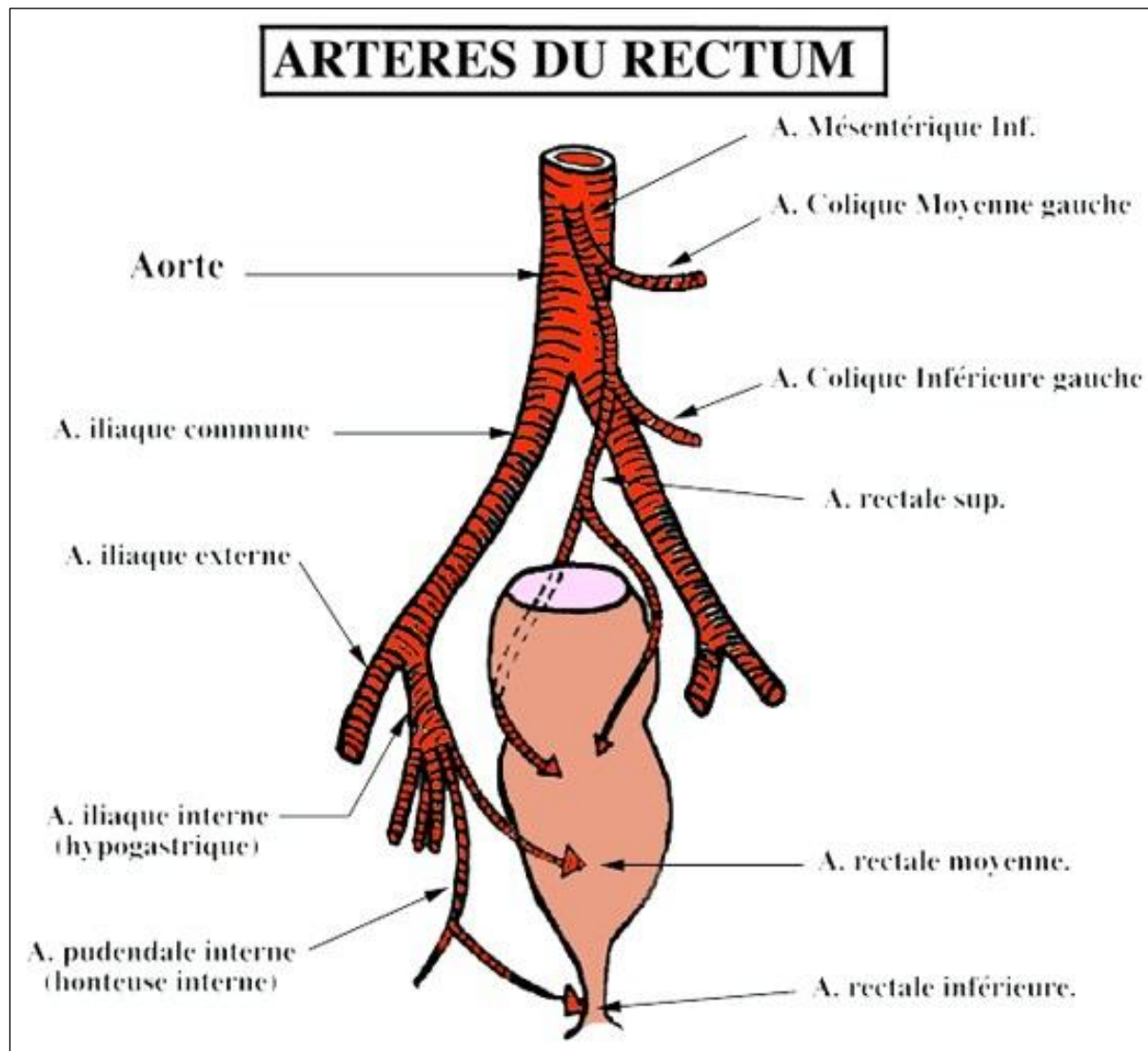


Figure 5 : Les artères du rectum

3.3. Les lymphatiques :

Les lymphatiques se distinguent en trois pédicules : inférieure, moyen et supérieur.

- Les pédicules rectaux supérieurs : se drainent dans les nœuds de la chaîne mésentérique inférieure.
- Les pédicules rectaux moyens : se drainent dans les nœuds hypogastriques.
- Les pédicules rectaux inférieurs : se drainent dans les nœuds inguinaux internes.

3.4. Innervation du rectum : (12)

L'innervation du rectum est assurée par trois plexus :

- Les plexus rectaux supérieurs : provenant du plexus mésentérique inférieur.
- Les plexus rectaux moyens : branches terminales du plexus hypogastriques.
- Les plexus rectaux inférieurs : provient du plexus sacré « en particulier racines S3-S4 »

Accessoirement le rectum reçoit encore :

- Le nerf sphinctérien accessoire de MORESTIN.
- Le nerf sphinctérien antérieur de QUENU ET HARTMANN.
- Des filets rectaux du plexus coccygien.

Ceci nous amène à dire que :

- L'innervation sympathique se fait par l'intermédiaire des plexus hypogastriques communs au rectum à la vessie et aux organes génitaux (éjaculation ou lubrification).
- L'innervation parasympathique, responsable de l'érection est constituée par les nerfs érecteurs d'Erkadt issus des 2ème, 3ème et 4ème racines sacrées ; ils cheminent également dans les bandelettes de Walsh « neuro-vasculaire ».

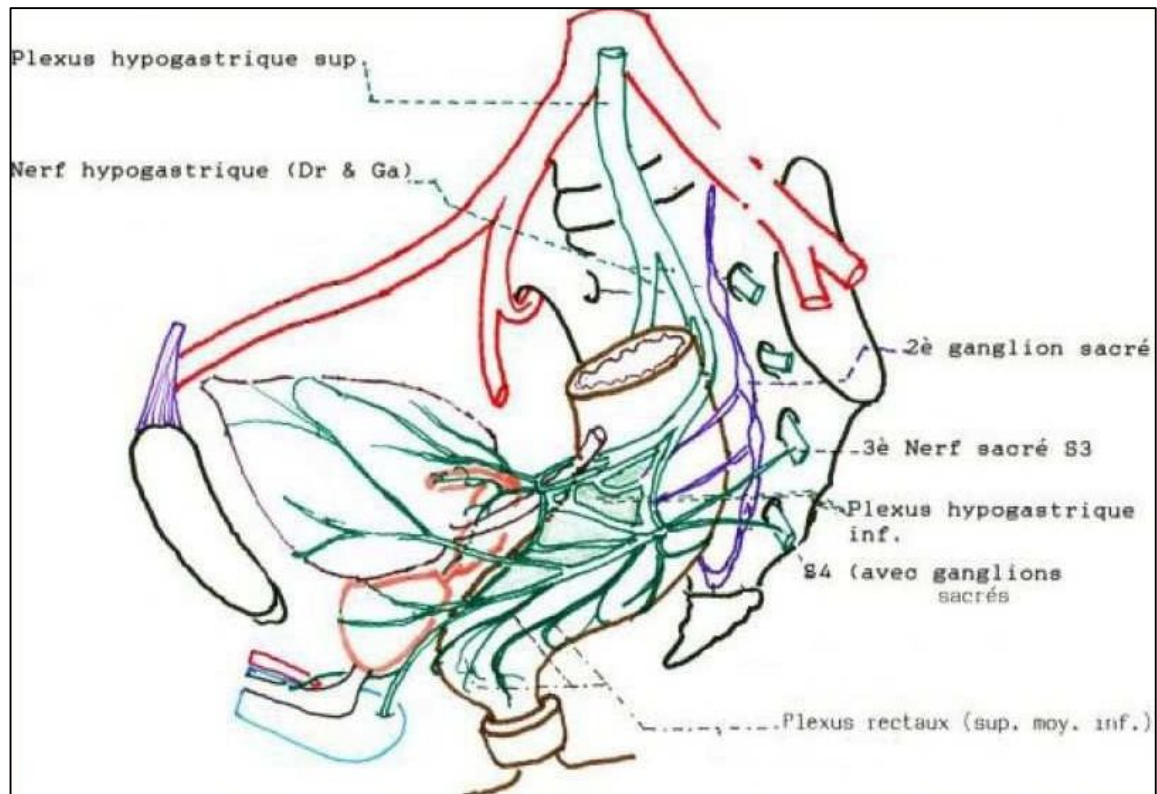


Figure 6 : Innervation du rectum

***RAPPEL
PHYSIOLOGIQUE***



La partie terminale de l'intestin joue un rôle complexe dans le contrôle aussi bien de la continence que la défécation. Cette double fonction dépend à la fois des mécanismes volontaires et des mécanismes réflexes ou autonomes.

1. MECANISMES DE LA CONTINENCE : (3)

La Compliance : Le rectum est un organe capacitant dont les propriétés viscoélastiques jouent un rôle important dans la continence anale. La paroi rectale répond à la loi des élastomères, c'est à dire que le rectum peut adapter un volume important sous faible pression. Cette propriété est liée aux composantes musculaires, mais il est possible que les influx sympathiques d'origine hypogastrique facilitent la relaxation en agissant sur les récepteurs β des cellules musculaires.

Les réflexes recto-sphinctériens : La distension brève de l'ampoule rectale avec un faible volume d'air est à l'origine d'une sensation fugace et provoque :

- Une contraction rectale propulsive « réflexe recto-rectal »
- Un relâchement du sphincter interne « réflexe recto-anal inhibiteur »
- Une contraction du sphincter externe « réflexe recto-anal excitateur »

Cette séquence motrice stéréotypée reproduit l'effet de tout matériel fécal parvenant dans le rectum. Elle propulse le contenu rectal vers le canal anal supérieur, dont l'ouverture « réflexe inhibiteur » permet l'analyse discriminative de la nature du contenu « liquide, solide, gazeux » par les récepteurs spécialisés du canal anal supérieur.

La contraction du sphincter externe «réflexe recto-anal excitateur» protège alors la continence.

La voie afférente de ces réflexes passe par le nerf pelvien. La branche afférente du réflexe recto-anal excitateur passe par le nerf honteux.

Les réflexes recto-rectal et recto-anal inhibiteur sont des réflexes intramuraux modules par l'innervation extrinsèque. Si le réflexe inhibiteur est un réflexe inné, le réflexe recto-anal excitateur est un réflexe acquis.

Chez le nouveau-né, la distension rectale provoque la relaxation du sphincter externe et l'évacuation du contenu. Au cours de l'acquisition de la propreté, le jeune enfant apprend à contracter son sphincter externe lorsqu'il perçoit une sensation rectale.

Quand à la muqueuse du canal anal, elle joue un rôle majeur puisqu'elle contient des récepteurs tels les corpuscules de Meissner, de golgi de Pacini, les bulbes de Kraus qui transmettent les informations permettant la discrimination du contenu rectal : gaz, liquide et solide.

2. LA DEFECATION : (4)

2.1. Défécation physiologique :

Les mouvements péristaltiques de masses poussent les matières fécales du colon sigmoïde dans le rectum. La distension de la paroi rectale stimule des mécanorécepteurs, dont l'action déclenche le réflexe de défécation vidant le rectum.

Ce réflexe compte plusieurs étapes :

- Suite à l'étirement de la paroi rectale (stimulus), les récepteurs font parvenir des influx nerveux sensitifs à la moelle épinière sacrale (centre de régulation). Des influx moteurs quittent la moelle par les nerfs parasympathiques qui innervent le colon ascendant, sigmoïde, rectum et l'anus.
- Ils entraînent la contraction des muscles longitudinaux rectaux, ce qui raccourcit le rectum et augmente la pression à l'intérieur (réponse volontaire). Les contractions volontaires du diaphragme et des muscles de l'abdomen ainsi que la stimulation parasympathique ouvrent le sphincter interne de l'anus.

Les mouvements du sphincter anal externe sont volontaires. Son relâchement déclenche la défécation, sa constriction peut la retarder. Les contractions volontaires du diaphragme et muscles abdominaux facilitent la défécation en faisant augmenter la pression dans l'abdomen, comprimant ainsi vers l'intérieur les parois du colon sigmoïde et du rectum.

Chez les nourrissons, la maîtrise du sphincter externe de l'anus n'étant pas encore acquise, le rectum se vide automatiquement sans impulsion du réflexe de défécation.

Le nombre de défécations dans une période donnée dépend du régime alimentaire, l'état de santé et le niveau de stress. Les normales varient de deux ou trois défécations par jour à trois ou quatre par semaine.

2.2. Défécation pathologique :

2.2.1. La diarrhée :

C'est une augmentation de la fréquence, du volume et du contenu hydrique des fèces, causée par un accroissement de la motilité de l'intestin et une diminution de l'absorption intestinale. Quand le chyme passe trop rapidement dans l'intestin grêle et que les fèces traversent trop vite le gros intestin, l'absorption est insuffisante. L'accélération excessive de la motilité peut s'expliquer par une intolérance au lactose, le stress ou la présence de microorganismes qui irritent la muqueuse gastro-intestinale.

2.2.2. La constipation :

Se caractérise par une défécation peu fréquente ou difficile s'expliquant par une diminution de la motilité des intestins. Comme elles restent longtemps dans le colon et que l'absorption d'eau se poursuit pendant tout ce temps, les fèces s'assèchent et durcissent.

Plusieurs facteurs peuvent causer la constipation telle :

- Les spasmes du colon, insuffisance des fibres dans l'alimentation, une ingestion liquidienne trop faible, stress émotif et certains médicaments. Elle se traite souvent par les laxatifs, mais certains considèrent que ces derniers créent une dépendance, ils préconisent ainsi de consommer plus de fibres et boire plus de liquides.

Une conception récente a été développée = la constipation terminale ou dyshésie rectale :

- Il s'agit d'une dysnergie ano-rectale avec hyperactivité du muscle puborectal, lors de la poussée abdominale. Cette contraction paradoxale conduit à des efforts de poussées de plus en plus violentes : durant l'effort de défécation au lieu d'être inhibé, le muscle pubo-rectal est en état d'hyperactivité. Cet état persiste tout au long de la défécation.

L'exonération se fait à travers un plancher pelvien verrouillé. Cette défécation devient traumatique pour la jonction ano-rectale. A partir de ce mécanisme pathologique, peut se succéder ou s'associer plusieurs anomalies entre elles responsables du prolapsus total du rectum.

***MATERIELS
ET METHODES***

1. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, réalisée au sein du service de Chirurgie Pédiatrique A de l'Hôpital d'Enfants de Rabat. Cette étude étant étalée sur une période de 6 ans et allant de Janvier 2008 jusqu'à Décembre 2014.

2. POPULATION ETUDIEE

Ce travail concerne 41 enfants ayant présenté une pathologie anorectale acquise.

2.1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre série tous les patients :

- Pris en charge entre Janvier 2008 et Décembre 2014.
- Enfants hospitalisés et les enfants admis par le billet des urgences ou à titre externe.
- Agés de moins de 16 ans.

2.2. Critères d'exclusion :

- Les patients qui avaient un âge supérieur à 16 ans.
- Les patients ayant un dossier incomplet.

3. METHODES :

Afin de déterminer la liste des malades dont le diagnostic d'entrée ou de sortie a été celui d'une pathologie proctologique, nous avons eu recours aux trois sources suivantes :

- Le registre des malades traité a titre externe.
- Le registre des entrants du service de chirurgie pédiatrique A.
- Tableur Excel 2013.

Nous avons noté les différentes données cliniques , para cliniques et thérapeutiques sur une fiche d'exploitation remplie pour chaque patient. (Annexe 1)

Notre fiche a précisé les renseignements suivants : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux, l'examen clinique et para cliniques réalisés, le diagnostic retenu, la prise en charge thérapeutique et finalement l'évolution des malades.

RESULTATS



Tableau 1: Fiche d'exploitation Tableau

N°/ S Age	ATCD	Clinique (Signes cliniques +Examen proctologique)	Biologie	Examens complémentaires	Diagnostic	Prise en charge Thérapeutique		Evolution
						Hospitalisa tion	Traitement	
1/M 7 ans	RAS	Ecoulement purulent Dlr +constipation	TP/TCK : N	RAS	2 Fistules anales (FA)	Non	Fistulectomie	Favorable
2/M 7 mois	RAS	Dlr anale Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	ATB (sans amélioration) Fistulotomie	Favorable
3/M 9 mois	RAS	Dlr + Constipation Ulcération médiane en raquette	RAS	RAS	Fissure Anale à 8H	Non	Laxatif + soins locaux Hydrocortisone crème	Favorable
4/M 9 mois	RAS	Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA à 9H	Non	Fistulotomie	Favorable
5/M 2 ans	RAS	Douleur anale Constipation	RAS	RAS	FA	Non	Fistulectomie	Favorable
6/M 18mois	Constipation chronique	Dlr + Constipation Fissure linéaire antérieure	NFS : N TP/TCK : N	RAS	Fissure anale	Non	Laxatif + Excision de la fissure	Favorable
7/M 2 ans	2 FA	Dlr anale + Fièvre	RAS	RAS	FA (Abcès anal)	Non	Drainage +ATB	Fistule chronique
8/M 4 ans	RAS	Dlr anale Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	Fistulotomie	Favorable
9/M 6 ans	RAS	Dlr péri-anale Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	Fistulotomie	Favorable
10/M 13 ans	RAS	Dlr anale Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA à 8H	Non	Fistulotomie	Favorable
11/M 2 ans	RAS	Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	Fistulotomie	Favorable
12/M 4 ans	RAS	Dlr péri-anale Ecoulement aqueux	RAS	RAS	FA	Non	Fistulotomie	Favorable
13/M 12 ans	RAS	Ecoulement purulent	NFS : N TP/TCK : N	RAS	FA	Non	Fistulectomie	Favorable
14/M 4 ans	2 FA (2010 et 2011) TTT par fistulotomie	Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	Fistulectomie	Favorable
15/M 3 ans	RAS	Ecoulement purulent	RAS	RAS	FA	Non	ATB depuis 1 an sans amélioration Fistulotomie	Favorable

16/M 3 ans	RAS	Dlr anale Constipation	RAS	RAS	FA	Non	Fistulotomie	Favorable
17/M 6 ans	RAS	Constipation Boudin cylindrique issu par l'an	RAS	RAS	Prolapsus Rectal (PR)	Non	Infiltration (sérum hypertonique)	Favorable
18/M 3 ans	RAS	Constipation Boudin cylindrique	Anémie NM Parasito : N	RAS	PR	Non	3 Infiltrations (espaces de 15 jrs) +Cerclage	Favorable
19/M 3 ans	RAS	Diarrhées Boudin cylindrique	Parasito : N	RAS	PR	Non	3 Infiltrations	Favorable
20/M 14 ans	RAS	Constipation Boudin cylindrique	Parasito : N	RAS	PR	Non	3 Infiltrations	Favorable
21/M 5 ans	PR infiltration	Boudin cylindrique	NFS : N TP/TCK : N	RAS	PR	Non	Cerclage (vicryl1)	Favorable
22/M 8 ans	mucoviscidose	Boudin cylindrique	RAS	RAS	PR	Non	3 Infiltrations +cerclage	Récidive
23/ M 3 ans	RAS	Boudin cylindrique	Parasito : N	RAS	PR	Non	3 Infiltrations +cerclage	Favorable
24/F 9 ans	Sd de Nonaan +Cardiopathie	Boudin cylindrique	NFS : N TP/TCK : N	RAS	PR	Non	1 Infiltration	Favorable
25/M 6 ans	RAS	Constipation Boudin cylindrique	RAS	RAS	PR	Non	2 Infiltrations au niveau de la MA 03h-09h-6h	Favorable
26/M 10 ans	RAS	Polype rectal Boudin cylindrique	Parasito : N	RAS	PR +Polype Pédiculé à 20H	Non	Infiltration sous muqueuse de SS 2em Infiltration après 15 jrs Résection du polype	Favorable
27/F 12 ans	RAS	Rectorragies minimes Polype accouché par anus	RAS	RAS	Polype rectal	Non	Polypectomie Endoscopique	Favorable
28/F 7 ans	RAS	Rectorragies TR :masse a 5cm MA	NFS : N TP/TCK : N	Rectoscopie : polype Pédiculé a 5cm /MA	Polype rectal Anapath(p juvénile)	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable
29/F 7 ans	RAS	Rectorragies + Tr du transit D/C Polype accouché par anus	NFS : N Parasito : N	RAS	Polype rectal	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable
30/M 1 an	RAS	Rectorragies minimes Polype accouché par anus	RAS	RAS	Polype Rectal	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable
31/F 3 ans	RAS	Rectorragies minimes TR : masse rectale a 4 cm/ MA	NFS : N TP/TCA : N	RAS	Polype rectal a 4 cm / MA	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable

32/F 4 ans	RAS	Rectorragies	NFS : N Parasito : N TP/TCK : N	Rectoscopie : Polype a 10cm/MA LB : N	Polype rectal a 10 cm /MA	oui	Polypectomie endoscopique	Favorable
33/M 4 ans	RAS	Rectorragies minimales depuis 1 an +masse à 2 cm de la MA	Anémie NM TP/TCK : N Parasito : N	Coloscopie : Polype rectal Pédiculé de taille moyenne (1.5 cm) a 2cm / MA	Polype rectal a 2cm / MA	oui	Résection d'un polype	Favorable
34/F 3 ans	RAS	Rectorragies TR : Normal	Anémie NM Parasito : N TP/TCK : N	Coloscopie: Polype rectal à 12 cm / MA	Polype rectal	Non	Polypectomie Endoscopique	Favorable
35/M 3 ans	Sd de Peutz Jeghers de la mère	Rectorragies minimales Constipation	Parasito : N Copro : N	COLO : 2 polypes rectaux A 15 et 20 cm /MA	2 Polypes rectaux (polypes juvéniles)	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable
36/M 3 ans	RAS	Rectorragies TR : Polype rectal a 5 cm /MA	Anémie NM	RAS	Polype rectal	Non	Polypectomie endoscopique	Favorable
37/M 12 ans	RAS	Formation polyplœide péri-anale	RAS	RAS	Polype anal	Non	Exérèse chirurgicale	Favorable
38/F 9 ans	RAS ??	Lésions végétantes péri-anale	RAS	RAS	Condylome acumines	Non	Electrocoagulation	Favorable
39/M 11 ans	RAS ??	Lésions vegetantes occupant la Région péri-anale	RAS	RAS	Condylome	Non	Cure chirurgicale	Favorable
40/M 14 ans	RAS	Dlr au pli inter fessier Tuméfaction +écoulement du Sang et pus d'odeur fétide	NFS : N Ionog : N	Echo de la region sacro- Coccygienne : collection Cloisonnée avec images aériques	Sinus pilonidal	Oui	Drainage Excision Soins locaux	Favorable
41/F 13 ans	RAS	Dlr au pli inter fessier Tumefaction + sécrétions blanchâtres fétides	NFS : N Ionog : N	Echographie : collection Bien circonscrite	Sinus pilonidal	Oui	Drainage Excision Soins locaux	Favorable

S : Sexe.

M : Masculin.

F : Féminin.

ATCD : antécédents.

ATB : antibiothérapie.

Ionog : Ionogramme

Dlr : Douleur.

N : Normal.

FA : Fistule Anale.

RAS : rien à signaler.

PR : Prolapsus rectal.

Parasito : examen parasitologique des selles.

NM : normo-chrome microcytaire.

MA : la Marge Anale.

D/C : alternance diarrhées/constipation.

Copro : Coproculture.

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1. Age :

L'âge moyen de nos patients était de 5,8 ans, les âges extrêmes étant de 7mois et 14 ans.

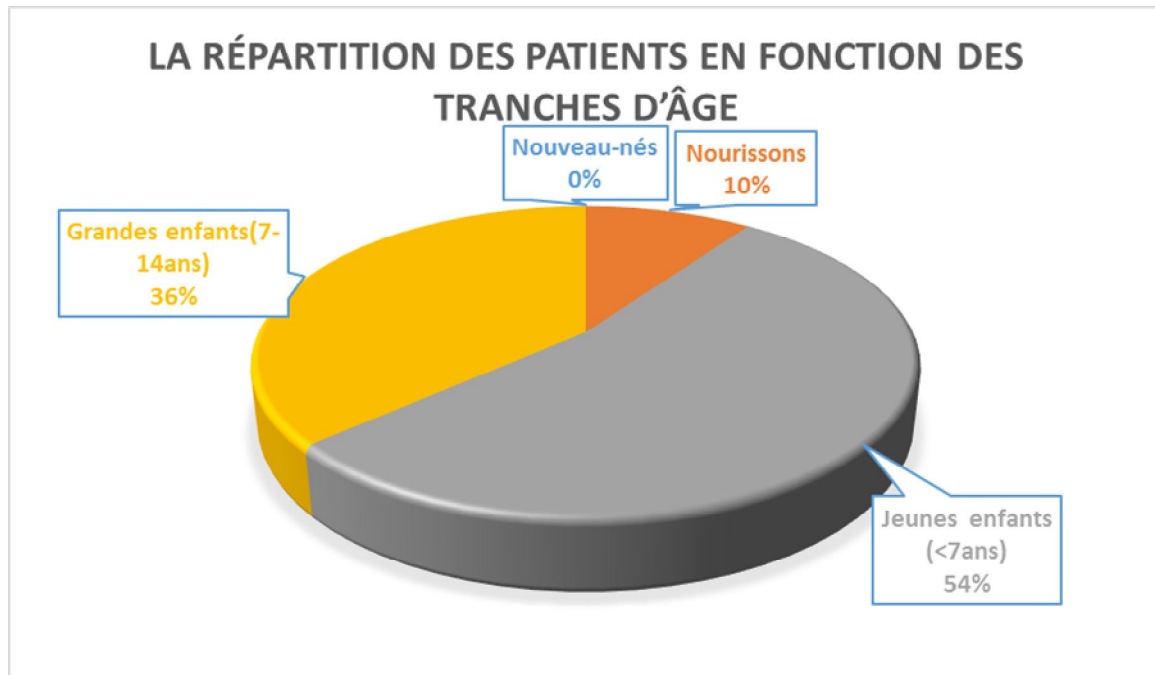


Figure 7 : La répartition des patients en fonction des tranches d'âge

1.2. Sexe :

Dans notre série, nous avons noté une prédominance masculine (32 garçons et 9 filles), avec un sexe ratio de 3,5.

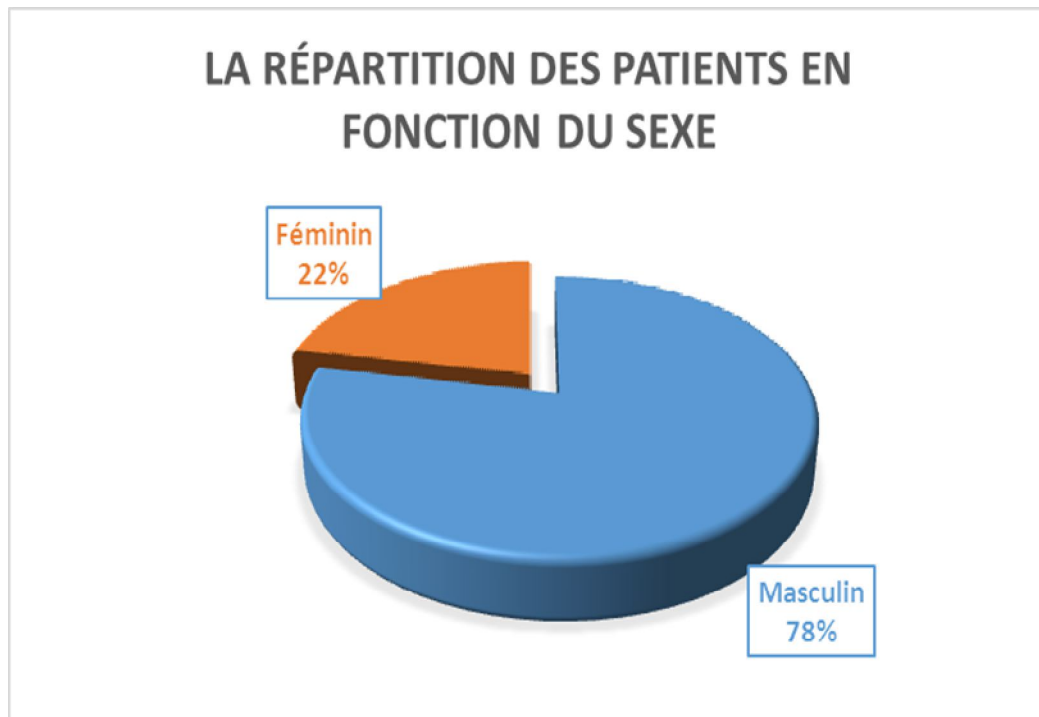


Figure 8 : La répartition des patients en fonction du sexe

2. ANTECEDENTS :

Dans notre série, 6 patients soit 14,6 % des cas étudiés ont présenté des antécédents significatifs pour notre étude.

2.1. Antécédents personnels:

- ✓ Un antécédent personnel de fistule anale a été rapporté dans deux cas, le premier âgé de 2 ans et le deuxième âgé de 4 ans.

- ✓ Un antécédent personnel de mucoviscidose a été rapporté chez un seul patient âgé de 8 ans.
- ✓ Un antécédent personnel de constipation chronique a été rapporté chez un patient âgé de 18 mois.
- ✓ La notion de prolapsus rectal a été retrouvée chez un seul patient.

2.2. Antécédents familiaux:

Dans les antécédents familiaux de nos patients, nous avons noté que la mère d'un enfant était suivie pour un syndrome de Peutz-Jeghers.

2.3. Autres antécédents :

On a trouvé :

- L'un des enfants est suivi pour Syndrome de Nonaan et cardiopathie

Tableau 2: Antécédents personnels et familiaux significatifs dans notre série

Antécédents			Nombre de cas	Pourcentage(%)
Personnels	Médicaux	Constipation chronique	1	2,43 %
		mucoviscidose	1	2,43 %
	Chirurgicaux	Prolapsus rectal	1	2,43 %
		Fistule anale	2	4,86 %
Familiaux		Sd de Peutz Jeghers	1	2,43 %
Totale			6	14,6 %

3. CLINIQUE :

3.1. Signes fonctionnels (circonstances de découverte):

Tous les symptômes motivants les parents à consulter soit par la présence d'un seul signe isolé, soit par deux ou plusieurs signes associés.

3.1.1. Rectorragies:

Dans notre série, nous avons constaté que ce symptôme a motivé la consultation chez tous nos patients ayant un polype rectal.

En général 10 enfants ont présenté des rectorragies soit 24,4 %, Les rectorragies étaient minimes isolés ou mêlé aux selles.

3.1.2. Douleur :

La douleur a été présentée chez 13 enfants de notre série soit 31,7 % :

- la douleur anale ou péri-anale a été noté chez 11 cas soit 84,6 %
- la douleur de la région inter fessière a été noté chez 2 enfants soit 15,4 %

3.1.3. Masse :

Le symptôme le plus fréquent dans notre série soit 39 % cas (16 cas) dont 63 %(10 cas), il s'agit d'un prolapsus rectal sous forme d'un boudin cylindrique issu par l'anus.

- 12 % des masses sont des végétations péri anales (2 cas)
- 12 % des masses sont des kystes pilonidaux.
- C'est la famille qui a noté les 12 % qui restent, il s'agit de deux cas de polypes accouchés par l'anus.

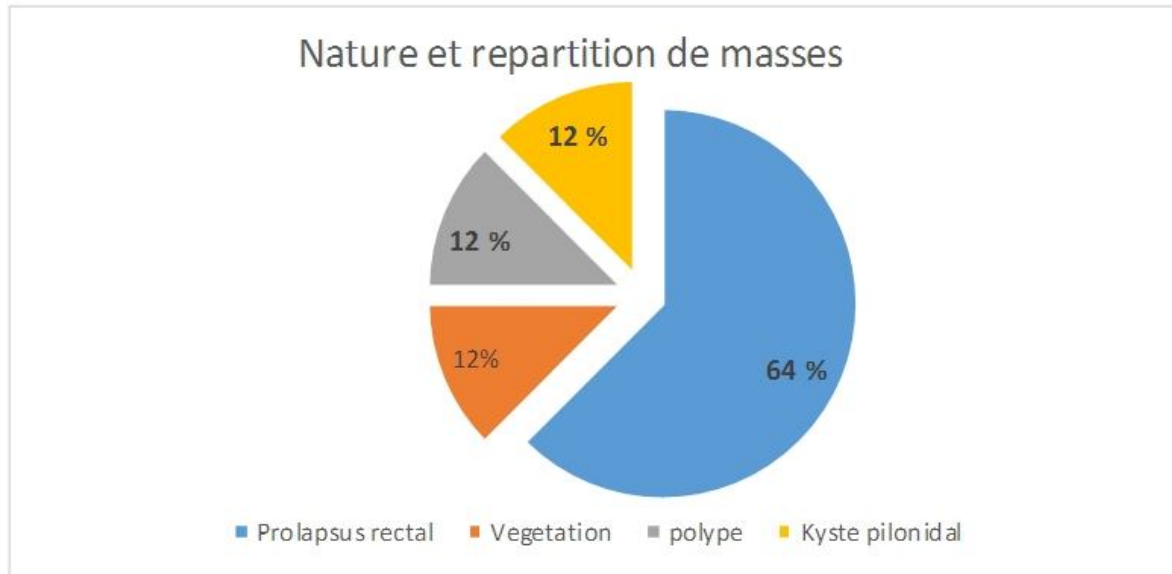


Figure 9 : Nature et répartition de masses

3.1.4. Ecoulements purulents :

L'écoulement purulent a été rapporté chez 31,7 % de nos patients, il s'agit d'un écoulement :

- De la region anale : dans 84,6 %
- Interfessier : dans 15,4 %

3.1.5. Signes fonctionnels associés:

3.1.5.1. Signes digestifs:

Un trouble du transit a été rapporté chez 12 de nos patients. Une diarrhée a été notée chez un seul patient d'entre eux et une constipation chez 10 enfants, alors qu'une alternance diarrhée /constipation n'était trouvée que dans un seul cas.

3.1.5.2. Signes généraux:

La fièvre a été notée chez un seul patient.

La fréquence des principaux signes cliniques est rapportée sur le graphique suivant:

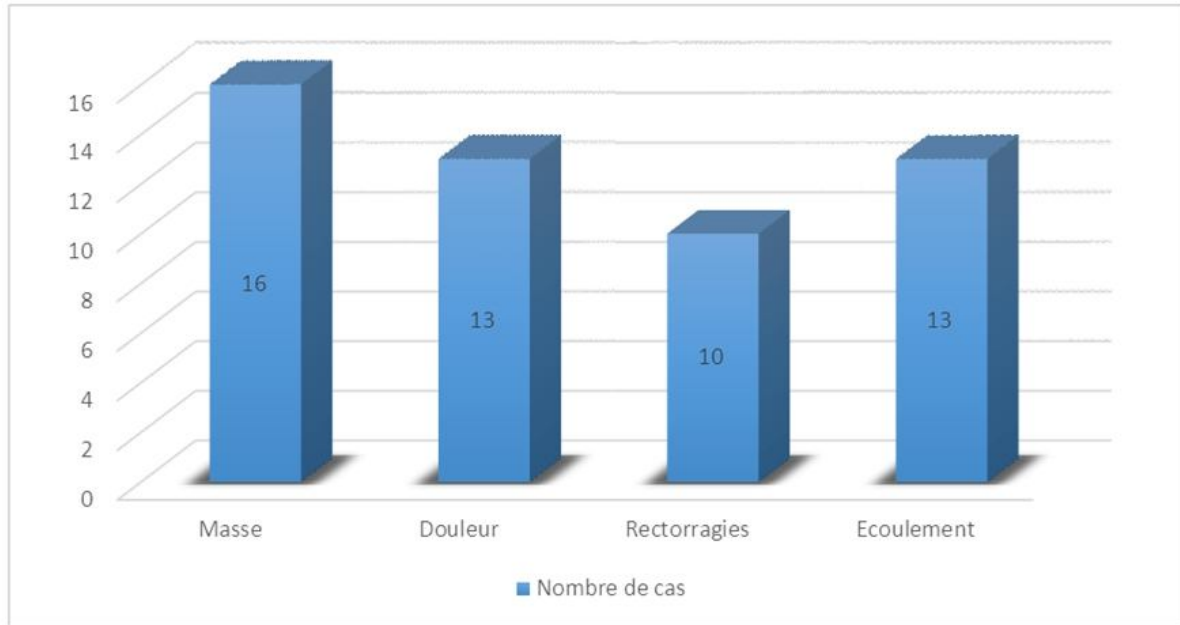


Figure 10 : La fréquence des principaux signes cliniques

3.1.5.3. Signes physiques:

3.1.5.3.1. Examen général

L'examen clinique n'était pas pathologique dans notre série.

3.1.5.3.2. Examen abdominal

L'examen abdominal de tous nos malades était normal.

3.2. Examen proctologique :

Il représente la partie clé de l'examen clinique dans notre contexte. Il comprend :

3.2.1. L'inspection :

Permet dans notre série le diagnostic de 6 pathologies :

- 14 fistules anales.
- 10 prolapsus rectal.
- 5 masses rectales rappelant un polype accouché par anus (un seul patient avait un polype sur un prolapsus rectal (c'est l'observation N°26).
- 2 condylomes.
- 2 sinus ou kystes pilonidaux.
- 2 cas de fissures anales.

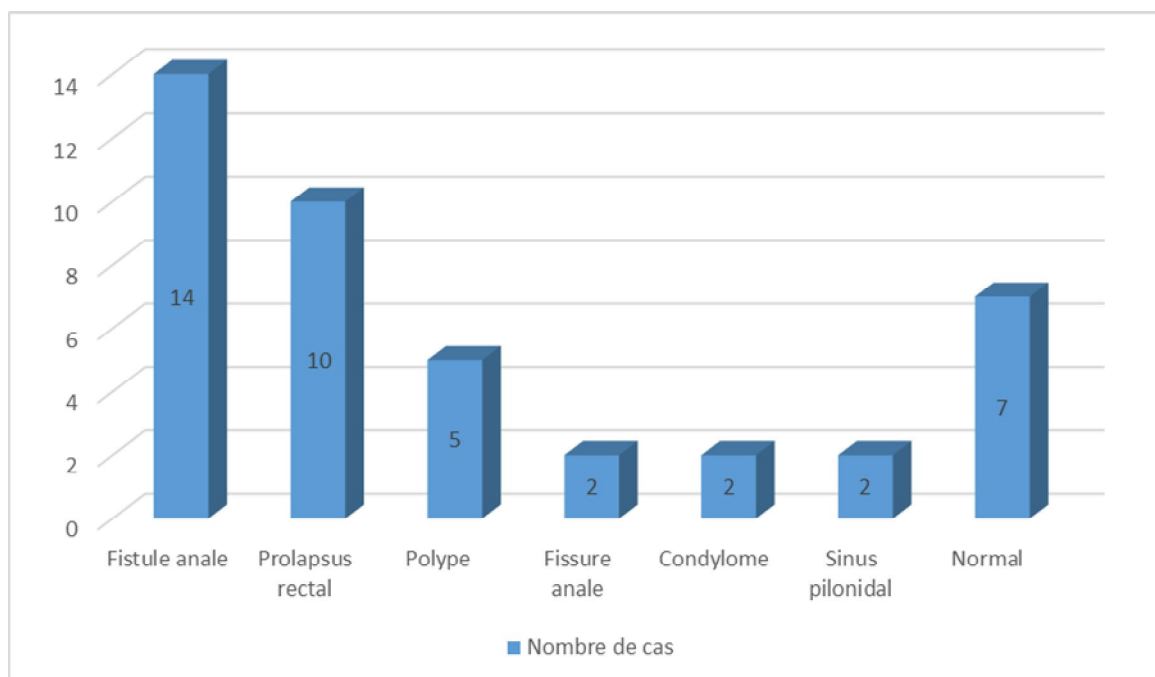


Figure 11 : Le diagnostic retenu à l'inspection

3.2.2. Le Toucher rectal :

Dans notre série 25 patients soit 61 % des cas étudiés avaient bénéficié d'un Toucher rectal:

- TR normal chez 21 patients soit 51 % des cas étudiés.
- TR a objectivé un polype rectal chez 4 enfants dans notre série
 - o 1er cas (N°28) : masse rectale à 5 cm de la marge anale.
 - o 2em cas (N°31) : masse rectale à 4 cm / MA.
 - o 3em cas (N°33) : masse rectale à 2 cm / MA.
 - o 4em cas (N°36) : masse rectale à 5 cm/ MA.

3.2.3. L'anuscopie :

L'anuscopie n'était pas réalisée chez nos patients.

Donc au total, dans notre étude, l'examen proctologique était pathologique dans 38 cas.

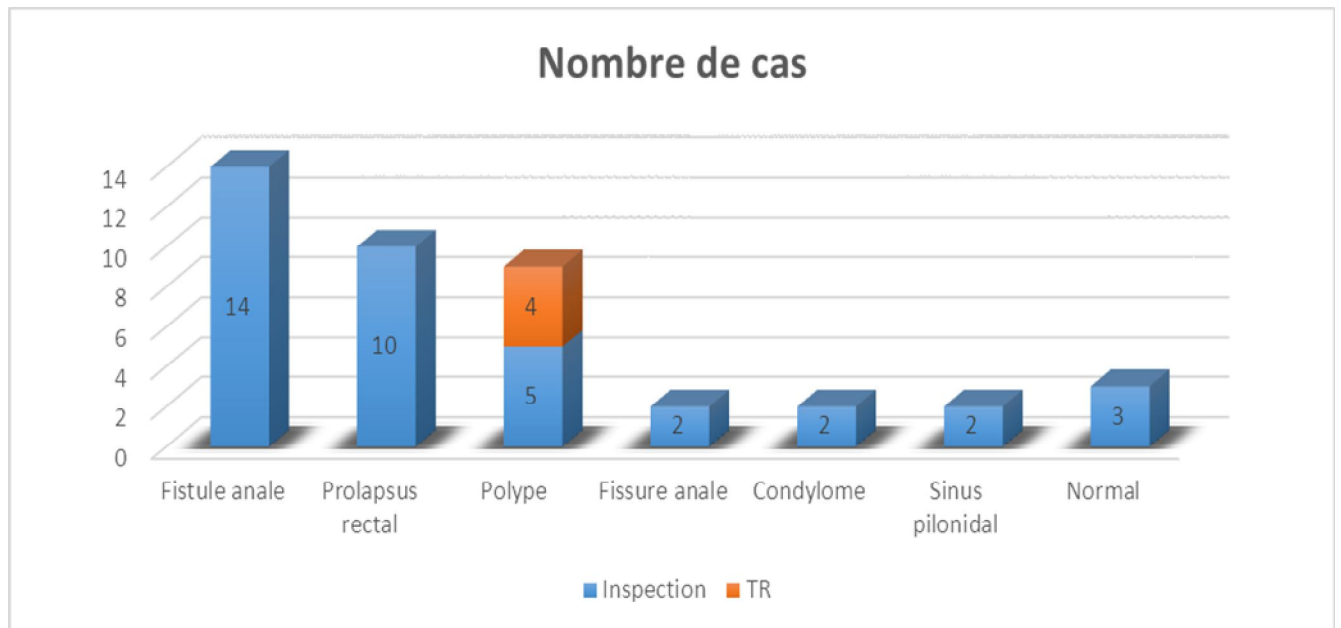


Figure 12 : Résultats de l'examen proctologique dans notre série

4. PARACLINIQUE

4.1. Biologie

4.1.1. Hémogramme

Dans notre série, une NFS était demandée chez 14 patients. Le taux d'hémoglobine variait entre 10,6 et 14,4 g/dl, avec une moyenne de 12,4g/dl.

Une anémie normochrome normocytaire était présente chez 4 enfants de nos cas étudié soit 9,8 % des cas.

4.1.2. Parasitologie des selles

Huit malades (19,5%) avaient bénéficié d'un examen copro-parasitologique, ce dernier était normal dans tous les cas.

4.1.3. Autres bilans biologiques

Le bilan de crase, demandé chez 24,4% de nos patients dans le cadre du bilan Pré-anesthésique mais aussi à visée étiologique, s'est révélé normal dans tous les cas.

Un ionogramme demandé chez 2 de nos patients sans anomalies notables.

Tableau 3: Résultats des bilans biologiques dans notre série.

Bilan réalisé	Nombre de patients	Résultats pathologiques
NFS	14(34,1%)	4(28,6%)
Coproparasitologie	10(19,5%)	0 (0%)
Crases (TP/TCA)	5(24,4%)	0 (0%)
Ionogramme	2(4,9%)	0 (0%)

4.2. Imagerie :

4.2.1. Endoscopie digestive basse :

Cinq enfants (12,2%) dans notre série ont bénéficié d'une endoscopie digestive basse qui était pathologique dans 100% des cas.



Figure 13 : Rectosigmoidoscopie de l'enfant N°28 faite à titre externe (Polype pédiculé à 5 cm de la marge anale)

Tous nos malades avaient des polypes rectaux (66%) ou sigmoïdiens (4%).

Un seul patient a présenté deux polypes.

La situation des polypes par rapport à la marge anale était variable chez nos patients, allant de 2 à 20 cm avec une moyenne de 10,6cm.

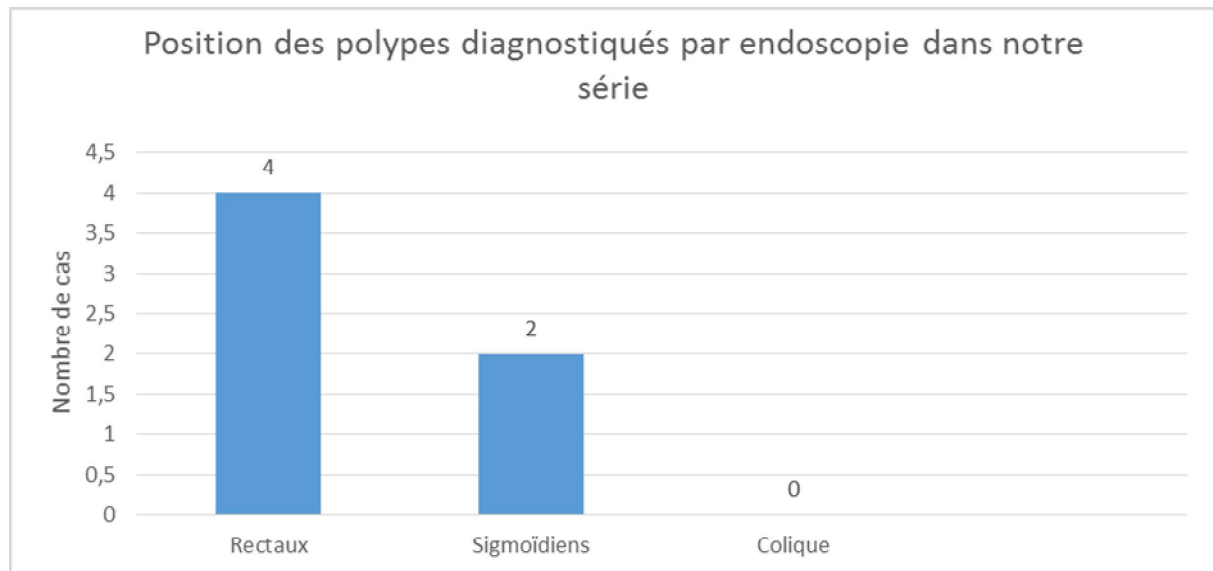


Figure 14 : Position des polypes diagnostiqués par l'endoscopie dans notre série

4.2.2. Echographie :

Une échographie de la région sacro-coccygienne était indiquée chez 2 malades dont le résultat était :

- 1ère : une collection Cloisonnée avec images aériques.
- 2ème : une collection bien circonscrite.

5. MOYENS DIAGNOSTIQUES

Nous signalons que seulement (7,3%) des diagnostics retenus était basée sur l'endoscopie digestive basse; dans les autres cas, l'examen proctologique était suffisant pour établir un diagnostic.

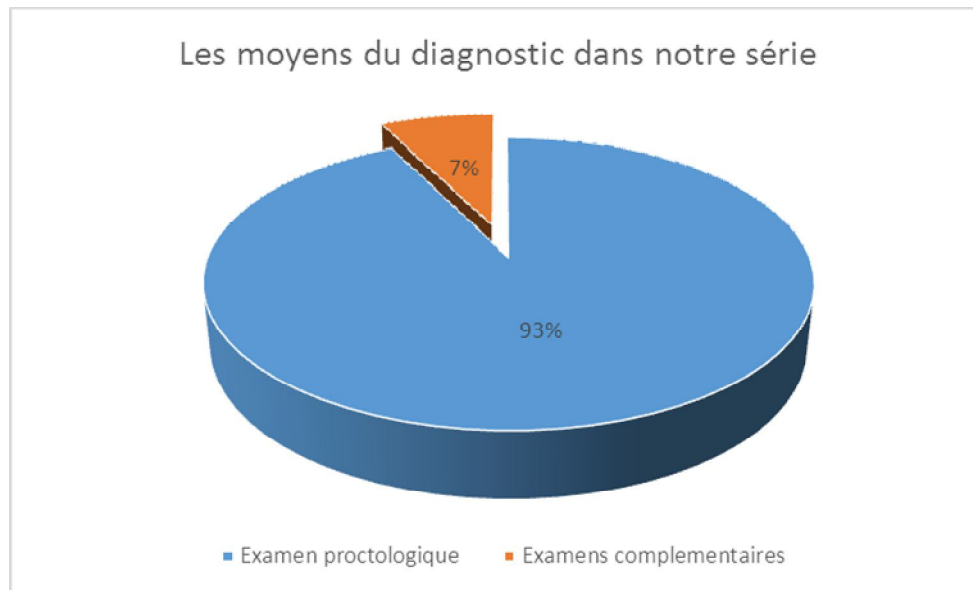


Figure 15 : Les moyens du diagnostic dans notre série

6. DIAGNOSTIC RETENU

Au terme d'examen proctologique et les examens complémentaires 6 pathologies proctologiques étaient diagnostiqués chez 41 cas dans notre série.

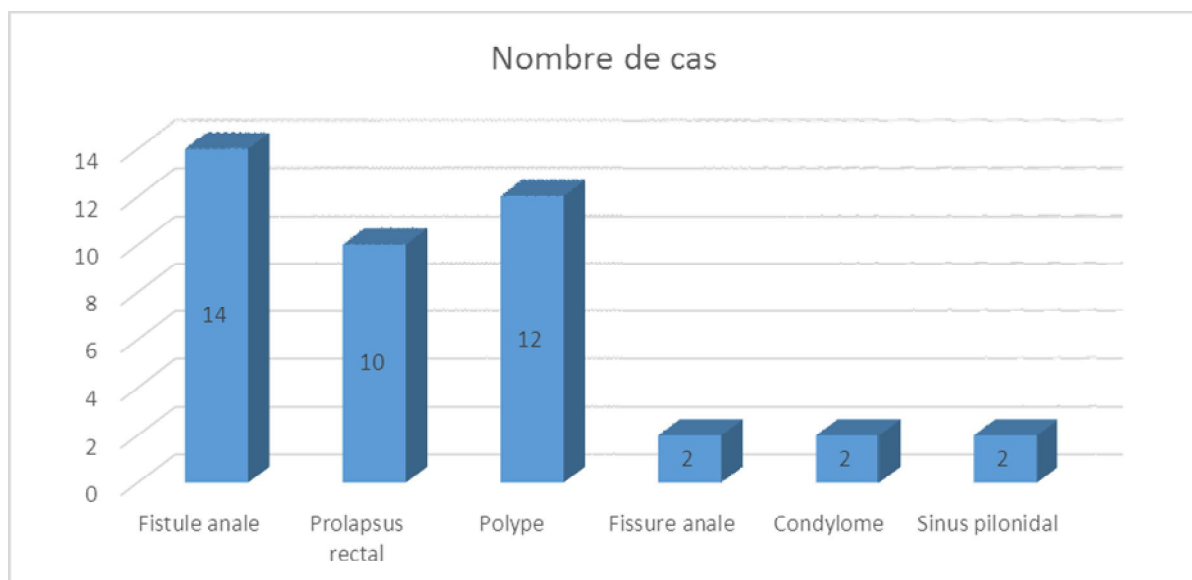


Figure 16 : Les différentes pathologies anorectales dans notre série

6.1. Fistules anales

Les cas de fistules représentaient l'étiologie la plus fréquente, diagnostiqués chez 14 (34,1%) de nos patients.

6.2. polypes rectaux

Les polypes dans notre série étaient au nombre de 12 (soit 29,3%), ils étaient de type juvénile dans 100% des cas.

6.3. Prolapsus rectal

Concernant le prolapsus rectal, qui était retrouvé chez 10 enfants (soit 24,4%).

6.4. fissure anale

Par ailleurs, 4,9% de nos malades présentaient une fissure anale, celle-ci était généralement secondaire à une constipation.

6.5. Condylomes

2 enfant soit (4,9%) présentait des condylomes. En revanche, aucun signe en faveur d'un abus sexuel n'a pu être étiqueté.

6.6. Sinus ou Kyste pilonidal

Le sinus pilonidal était retrouvé chez 2 enfants (soit 4,9%).

7. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Une hospitalisation était indiquée chez seulement 4 patients (9,9%) dont 2 avaient un sinus pilonidal, 2 polypes rectaux. Tous les autres ont été pris en charge en ambulatoire.

Le traitement dépendait bien évidemment de l'étiologie.

Pour les 12 cas de polypes notés dans notre série, une polypectomie endoscopique a eu lieu chez 9 d'entre eux (75 %), tandis que les trois autres ont nécessité un traitement chirurgical.

Pour les cas de fistule anale 9 enfants soit (64,3%) ont bénéficié d'une «Fistulotomie » les 4 autres ont bénéficié d'une « Fistulectomie », tandis qu'un cas avait drainé et traité par ATB.

Concernant le prolapsus rectal : 6(60%) cas ont bénéficié d'une sclérothérapie (infiltration du sérum hypertonique) seule, un cas, d'emblée d'un cerclage et les trois autres ont été traités par l'association des deux méthodes.

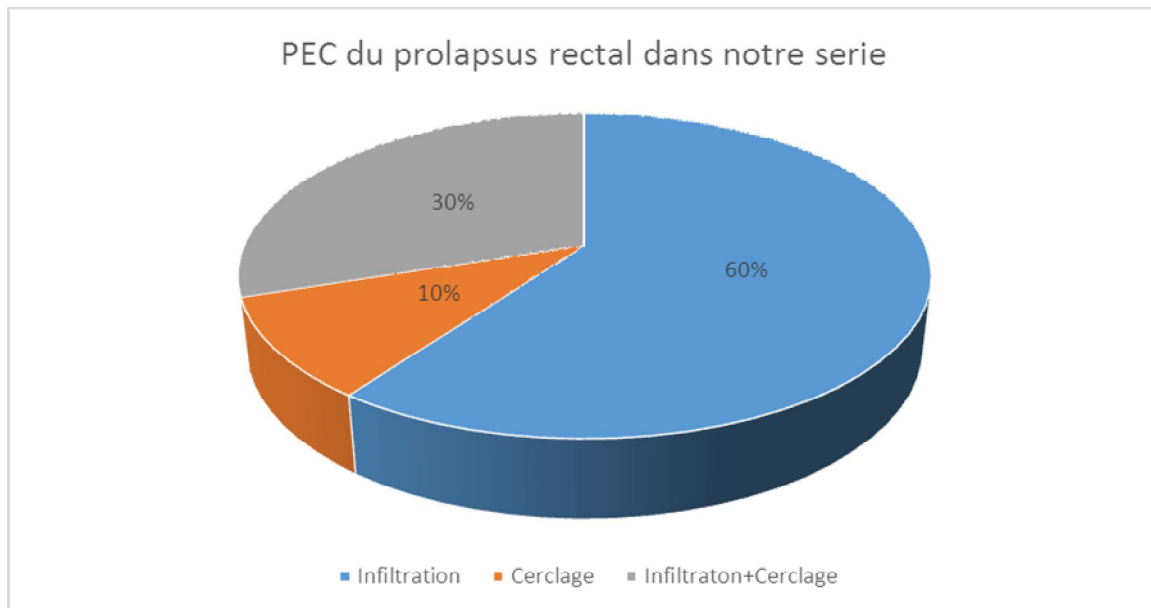


Figure 16' : Les moyens thérapeutiques du PR dans notre série.

- 2 cas de sinus pilonidal ont bénéficié du drainage, excision et soins locaux.
- Un cas de fissure anale a été mis sous un traitement local d'hydrocortisone crème, l'autre cas a été bénéficié d'une excision de la fissure.
- L'un des deux condylomes a été réséqué chirurgicalement, l'autre a été traité par l'électrocoagulation.
- Un traitement médical à base d'une antibiothérapie a été mis chez 2 malades, d'une corticothérapie locale chez un autre. Un traitement laxatif a été mis chez 2 patients ayant une constipation.

Tableau 4: Moyens de prise en charge thérapeutique de nos patients

		Nombre de cas	Pourcentage
Hospitalisation		4	9,9 %
Traitement Médicale	ATB	2	4,9 %
	Corticoïdes	1	2,4 %
	Laxatifs	2	4,9 %
	Infiltration	9	22 %
Cerclage		4	9,9 %
Polypectomie endoscopique		9	22 %
Ablation chirurgicale de polypes		3	7,3 %
Fistulotomie		9	22 %
Fistulectomie		4	9,9 %
Excision		3	7,3 %
Electrocoagulation		1	2,4 %

8. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE:

Dans notre série, une étude anatomo-pathologique a été réalisée chez 13 de nos patients soit 31,7 %. Dont 12 cas il s'agissait de la pièce opératoire d'un polype rectal réséqué chirurgicalement ou par endoscopie. Les résultats seraient à 100% en faveur d'un polype juvénile.

Une étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire du trajet fistuleux réséqué est revenue normal sans signes histologiques de malignité.

9. EVOLUTION:

Dans notre étude, l'évolution était marquée par la survenue d'une récurrence d'un prolapsus rectal dans 1 cas contre une évolution favorable chez 39 malades avec une disparition de la symptomatologie initiale. Un seul cas s'est présenté avec une complication, il s'agissait d'une fistulisation chronique d'une fistule traité médicalement (observation N°7).

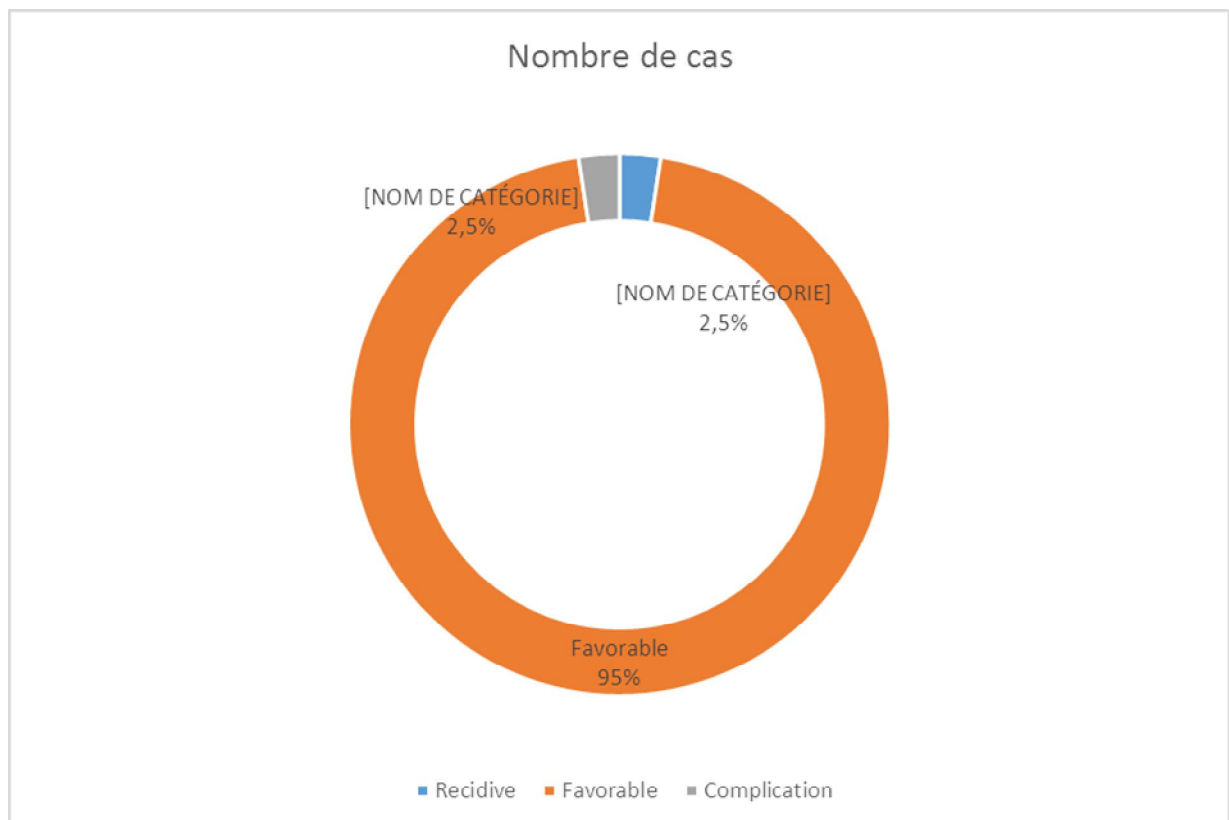


Figure 17 : Evolution de notre population étudiée.

DISCUSSION



1. PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATHOLOGIES ANORECTALES.

1.1.L'âge

L'âge de découverte des pathologies anorectales chez l'enfant est variable d'une pathologie à l'autre.

1.1.1. PR

L'âge moyen de notre étude de 6,7 ans.

Tableau 5: REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE MOYEN ET LES AUTEURS

Auteurs	Effectif	Age moyen
B.Antao, Royaume, Uni 2005 [39]	49	2,6 ans
Ahmed. Lasheen, Egypte 2002 [40]	42	3,5 ans
AMADOU BOGOLA, Mali 2007 [21]	60	3,2 ans
Notre étude	10	6,7 ans

1.1.2. Polype rectal

La répartition des âges montre que les polypes sont exceptionnels avant un an, deviennent plus fréquents après deux ans pour atteindre une fréquence maximale entre quatre et huit ans[22]. **Dans notre étude les polypes s'observent entre 1 et 12 ans.**

1.1.3. Fistule anale

Une étude faite à l'Hôpital d'enfants, Tunis, Ariana, TUNISIE concernant 78 patients ayant une fistule anale durant une période de 10 ans. L'âge moyen était de 30,7 mois [23].

Dans notre série l'âge moyen est de 54,3 mois.

1.1.4. Fissure anale

La fissure anale est une pathologie fréquente surtout chez l'enfant âgé entre 1 à 3ans[14].**Dans notre étude 2 enfants présentaient une fissure. Le 1er a 9 mois et le 2em a 18mois.**

1.1.5. Sinus pilonidal

Selon les données de la littérature, le sinus pilonidal touche en général des personnes âgées entre 16 et 40 ans. Cette lésion est exceptionnelle chez l'enfant et après 40 ans. Néanmoins ITZHAK et COLL ont rapporté 25 cas de sinus pilonidal chez des enfants de 1 mois à 14 ans [24]. Dans les 14 cas étudié par Dr Arda IS, l'IMC de huit patients (57,1 %) ont été considérés en surpoids et obèses. Quatre des six valeurs normales des patients de poids étaient juste en dessous de la limite supérieure de la normale. Ensemble, ces résultats sont la preuve que l'IMC élevé est un facteur de risque significatif pour le développement du sinus pilonidal chez les adolescents. [44]. **En ce qui concerne notre étude l'âge moyen est de 14 ans.**

1.1.6. Condylomes

Les condylomes anaux constituent un motif fréquent de consultation mais leur incidence de survenue est difficile à évaluer en raison des données épidémiologiques limitées. **L'âge moyen de nos cas de condylome est de 4 ans.**

1.2. Le sexe :

1.2.1. PR

Tableau 6: REPARTITION DU PR SELON LE SEXE

Auteurs	Effectif	Sexe ratio
B.Antao, RoyaumeUni 2005 [39]	49	1,04 H/F
Ahmed. Lasheen Egypte 2002 [40]	42	1,1 H/F
AMADOU BOGOLA, Mali 2007 [21]	60	1,06 H/F
Notre étude	10	9 H /F

Le prolapsus rectal de l'enfant est une pathologie qui atteint aussi bien le garçon que la fille. Ainsi dans toutes les séries, la proportion des garçons ne diffère pas de celle des filles [21]. **Dans notre série d'étude le sexe masculin est le plus touché.**

1.2.2. Polype rectal :

Le polype rectal est de fréquence équivalente dans les deux sexes dans notre étude avec une sex-ratio de 1 (6 garçons/6 filles). Il s'agit à 100% de polypes juvéniles.

La répartition des polypes chez l'enfant selon le sexe, est à prédominance masculine pour la plupart des auteurs.

Tableau 7: REPARTITION DES POLYPES RECTAUX SELON LE SEXE

Séries	Lieu	Population étudiée	Année	Sexratio H/F
Etude Fès [22]	Maroc - Fès	49	2012	1,33
Notre etude	Maroc-Rabat	12	2014	1

1.2.3. Fistule anale :

En matière de fistule anale la littérature rapporte une prédominance masculine avec un sexratio à 14,6 (73 garçons pour 5 filles) [23].**Dans notre étude tous les patients sont de sexe masculin.**

1.2.4. Fissure anale

La littérature note une prédominance du sexe féminin [40] [41] (63 % des cas de Duhamel) [14]. **Dans notre série tous les patients sont de sexe masculin.**

1.2.5. Sinus pilonidal

La prédominance masculine est nette dans la littérature avec des proportions variant de 75% à 95%. Chez la fille, cette affection apparaît 3 à 4 ans plus tôt que chez l'homme car la puberté féminine entraîne un développement précoce de la pilosité [24].

Dans notre étude le sinus pilonidal est de fréquence équivalente dans les deux sexes dans notre étude le sexe ratio est de 1.

1.2.6. Condylomes

Les condylomes anaux constituent un motif fréquent de consultation mais leur incidence de survenue est difficile à évaluer en raison des données épidémiologiques limitées.

1.3. La fréquence : [15]

La fréquence relative des pathologies anorectales de l'enfant dans leur ensemble est difficile à établir. Une étude de dix ans à l'hôpital juif de Brooklyn a été réalisée par le Dr. SAUL SCHAPIRO pour l'étude spéciale de proctologie pédiatrique. Un programme de coopération entre ce ministère et le département pédiatrique a permis d'examiner 547 enfants dont les résultats en comparaison avec notre étude sont notés dans le tableau suivant [15] :

Tableau 8: Comparaison des résultats de l'examen proctologique dans notre étude et l'étude de Dr.SAUL SCHAPIRO [15]

	Fistule anale	Prolapsus rectal	Polype	Fissure anale	condylome	Sinus pilonidal	Nombre total des cas
Etude de SAUL SCHAPIRO	12(2,2%)	65(11,9%)	72(13,2%)	87(16%)	2(0,4%)	6(1,1%)	547
Notre étude	14(34,1%)	10(24,4%)	9(22 %)	2(4,9 %)	2(4,9 %)	2(4,9 %)	41

2. ETUDE CLINIQUE [14, 15]

Une consultation proctologiques ressemble beaucoup à n'importe quelle autre démarche médicale à suivre : elle comprend un enregistrement des antécédents médicaux du patient, l'examen général et local et divers examens complémentaires .Nombreux diagnostics proctologiques peuvent être faits sur la base des antécédents médicaux et résultats locaux sans le recours à toutes les procédures complexes ou de longues durées [15]

2.1. Histoire médicale

La première étape consiste à demander aux parents de décrire la nature exacte de la plainte, en particulier les circonstances dans lesquelles il a eu lieu et la nature des symptômes qui ont conduit à rechercher un traitement. Il est important d'interroger le patient au sujet des pertes de sang, décharge, incontinence, irritation anale, douleur périnéale, diarrhée, constipation, ou d'un faux besoin. Les informations sur les antécédents personnels du patient, ainsi que sur toutes les conditions proctologiques ou générales complètent le dossier. Enfin, il faut rechercher des antécédents familiaux dans le but de déterminer la présence d'une condition héréditaire. [15]

Dans notre série, 6 patients soit 14,6 % des cas étudiés ont présenté des antécédents significatifs pour notre étude. un antécédent personnel de fistule anale a été rapporté dans deux cas. La notion de mucoviscidose a été retrouvée chez un seul malade, un autre présentait une constipation chronique, et un autre avait un prolapsus rectal, L'un des enfants est suivi pour Syndrome de Nonaan et cardiopathie Dans les antécédents familiaux de nos patients, nous avons noté que la mère d'un enfant était suivie pour un syndrome de Peutz-Jeghers.

2.2. Examen général

Tous les examens proctologiques commencent avec une rapide inspection visant à déterminer des changements dans l'état de santé général du patient ou des symptômes associés. Une attention particulière est accordée à l'appareil digestif, à la peau, aux muqueuses et au système urogénital. Un examen du système nerveux peut-être indiqué, par exemple, chez les patients ayant des problèmes de continence[15] . **L'examen général de tous nos malades était normal.**

2.3. Examen proctologique

Il est absolument essentiel d'expliquer aux parents, au préalable, tous les aspects de l'examen proctologiques.

Cela comprend les phases suivantes:

- Inspection et palpation.
- Toucher rectal.
- Endoscopie. [15]

❖ Préparation

Quel que soit le signe d'appel justifiant l'examen proctologique, la préparation du rectum est adaptée à l'âge de l'enfant. La veille au soir et le jour de l'examen, un lavement évacuateur est fait, soit à l'eau tiédie (100 ml pour les enfants de moins de 2 ans, 250 ml pour les enfants de 2 à 4 ans, 500 ml à 750 ml pour les enfants de 4 à 9 ans, 750 ml au moins au-delà de 10 ans), soit de phosphate mono et disodique (Normacol-Lavement® : 60 ml de 4 à 7 ans ; 130 ml au-delà de 7 ans). [14]

L'obtention d'un climat de confiance, la description en termes adaptés de l'examen envisagé autorise sa pratique en ambulatoire, sans prémédication. [14]

❖ La position d'examen de l'enfant

✓ Nourrisson

Un nourrisson s'examine en décubitus dorsal, cuisses fléchies sur l'abdomen. Le déplissement de la marge anale est particulièrement aisé. Le canal anal, par simple traction latérale, ainsi éversé, est alors accessible sans anoscopie. [15]

✓ Chez l'enfant

Les enfants de moins de 7 ans sont examinés sur une table de Bensaude, solidement maintenus en décubitus ventral, l'abdomen étant placé en regard de l'orifice ménagé dans le plan de la table. [14]

Dans cette position, l'anus et la marge anale sont inspectés sous un bon éclairage en dépliant les plis radiés. Chez le jeune enfant, une traction modérée amène l'éversion de la muqueuse du canal anal et fait apparaître la ligne ano-cutanée et les cryptes de Morgagni. La région sacro-coccygienne, la vulve et la base du scrotum sont aussi examinées. L'index ganté mais non lubrifié palpe les tissus péri-anaux, périnéaux et sacro-coccygiens à la recherche de masses, indurations et/ou points sensibles. [14]

L'examen retrouve les principes de base de l'adulte (genou pectoral). La position genou pectoral permet une excellente inspection des régions périnéales, sacrées et postérieures sans aucune aides spécialisées. Le patient se met à genoux, le tronc penché vers l'avant et pris en charge par les avant-bras. [15]

2.3.1. Inspection et palpation

L'examen proctologique commence par une inspection rapide mais complète de l'anus, la région périanale et le périnée adjacent. Toutes les anomalies sont notées, en particulier la présence de tissu cicatriciel, tous orifices anormaux, ulcérations, lésions cutanées, œdèmes ou prolapsus. **Dans notre série l'inspection seule permet le diagnostic chez 83 % de nos cas.**

Contrairement à l'inspection, la palpation de la marge anale et les pôles antérieurs et postérieurs n'implique pas en reculant les plis rayonnants. L'induration d'une piste fistuleuse sensible, qui peut être suspectée par son orifice extérieur ou peut-être même être totalement aveugle et ainsi déterminée uniquement par la sensation du doigt examinateur. L'induration peut généralement être censée se trouver au-dessus de la lésion, au moins en partie. Au pôle postérieur, une petite infiltration peut présenter un prolongement à la peau d'une fissure infectée. Dans la région antérieure, il faut se garder de confondre une piste fistuleuse avec l'induration linéaire du raphé médian de la base du scrotum. [15]

2.3.2. TR

Un examen simple qui n'exige plus qu'un doigtier ou un gant et un gel lubrifiant. Il devrait toujours être réalisé lors d'enquêtes sur un problème proctologique. Un examen efficace fournit des informations de premier ordre concernant la morphologie et le contenu de l'anus ou du rectum et de l'état des organes adjacents. Il permet également de constater l'état

des structures neuromusculaires impliquées dans le mécanisme de continence à examiner. Ses seules contre-indications sont, dans certains cas, certaines lésions aiguës douloureuses de l'anus. À noter que le toucher rectal est toujours possible chez le grand enfant. Un anus de nouveau-né accepte, volontiers, une pulpe d'auriculaire adulte. Après lubrification, l'index ou l'auriculaire chez le nourrisson est placé à l'orifice anal et introduit en douceur. Le tonus du sphincter anal est apprécié lors de l'insertion. [15]

L'index couvert et lubrifié est inséré doucement dans l'anus dans le sens anatomique du canal anal, le long d'un axe vers l'ombilic en position gynécologique. Il convient de distinguer six endroits au cours de l'examen rectal :

- La lumière intestinale (anale et rectale) : présence éventuelle d'excréments, de sang ou d'un corps étranger.
- Mur (muqueuse et mur entier) : lésions palpables, comme un polype, une tumeur, une inflammation diffuse de la muqueuse, une ulcération ou une zone indurée.
- Derrière le rectum : à travers la paroi rectale, il est possible de ressentir la concavité du sacrum et du coccyx et ainsi découvrir des anomalies osseuses, adénopathies situées dans la graisse de péri-rectal, ou parfois des tumeurs.
- Plancher pelvien : l'incontinence anale dépend du bon fonctionnement d'un double mécanisme l'écharpe puborectal, peut être palpée par un examen bidigital, l'index qui pousse le muscle puborectal, tandis que le pouce est amené à y répondre par voie externe. La contraction volontaire peut être testée en demandant au patient de contracter les muscles anaux. La transition entre les muscles du sphincter interne et externe peut également être palpée lors du retrait de l'index après avoir terminé l'examen rectal. Cet examen permet donc au médecin de noter le tonus au repos, la présence ou absence de contractions volontaires et le réflexe de toux. De cette façon, il est parfois possible de révéler des indurations ou gonflements qui sont généralement dus à des abcès.

- Devant le rectum (la région de l'utérus chez la fille et la prostate chez le garçon) : la présence, la cohérence et la morphologie de toutes lésions de ces deux organes peuvent être inspectées à travers la paroi rectale.

- Au-dessus du rectum : La palpation du cul de sac de Douglas permet un contact direct avec le contenu du péritoine, qui est douloureux dans certaines circonstances, ainsi qu'avec les organes génitaux internes chez les femelles. Un segment intestinal, par exemple, une diverticulite ou la maladie de Crohn, peuvent être également palpées. [15]

Dans notre série 25 patients soit 61 % des cas étudiés avaient bénéficié d'un Toucher rectal(TR) : TR normal chez 21 patients soit 51 % des cas étudiés.

TR a objectivé un polype rectal chez 4 enfants dans notre série.

2.3.3. Anuscopie et rectosigmoidoscopie :

Pour l'examen de l'anus et du canal anal, deux jeux d'anuscopie sont utilisés : un de petit calibre (15 mm), l'autre de 20 mm. Pour la rectoscopie, deux jeux de rectoscope rigide sont nécessaires : l'un de 15 mm de calibre utilisé jusqu'à l'âge de 4 ans, l'autre de 20 mm de calibre est utilisé au-dessus de 4 ans. Seuls les tubes de 15 à 25 cm sont utilisés chez l'enfant. L'anuscopie ou le rectoscope munis de leur mandrin à bout rond sont introduits dans l'axe longitudinal du canal anal. Le canal anal franchi, le tube est poussé en légère bascule postérieure vers le sacrum. Au-dessous de 18 mois, l'absence d'angulation franche entre le rectum et le sigmoïde autorise la progression de l'instrument muni de son mandrin jusque dans le sigmoïde. Au-delà de 2 ans, le passage du coude sigmoïdien situé à 12 ou 15 cm au plus de la marge anale nécessite une bascule antérieure. En cas de difficulté, la progression se fait, mandrin retiré, sous contrôle de la vue. Le sigmoïde et le rectum sont explorés par retrait circonférentiel de l'extrémité du rectoscope. Si nécessaire, des biopsies sont faites sous contrôle de la vue à l'aide de pinces à mors coupants. Ces biopsies portent sur la face postérieure du rectum, en dessous de la ligne de réflexion péritonéale qui correspond à la valvule supérieure de Houston, ou sur une autre valvule. [14]

Dans la pratique, la plupart des pédiatres se contentent de réaliser une simple anoscopie. Pour l'examen du rectum, l'usage de fibroscopes est privilégié. Les industriels n'ont malheureusement pas développé de coloscopes adaptés au petit enfant et a fortiori au nourrisson. Il faut donc recourir à des gastrosopes fins. Leur relative rigidité ne permet que le seul examen du rectosigmoïde. [14]

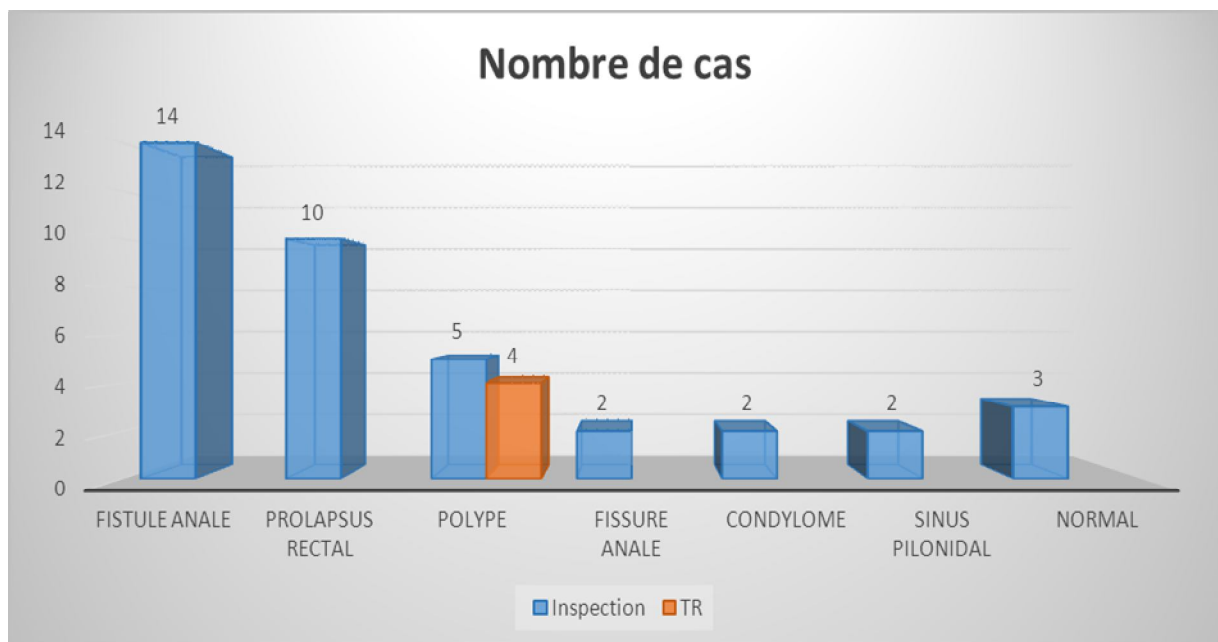


Figure 18 : Résultats de l'examen proctologique dans notre série

3. PATHOLOGIES ANORECTALES ACQUISES :

3.1. Polypes rectaux .

La fréquence réelle des polypes reste imprécise variant de 2 à 30 % des consultants de proctologie infantile.

Exceptionnels avant 1 an, les polypes s'observent essentiellement entre 2 et 10 ans avec une prédominance masculine ; tous les groupes ethniques sont affectés. Il s'agit pratiquement toujours de polypes juvéniles. **Dans notre étude les polypes s'observent entre 1 et 12 ans avec une sex-ratio de 1 (6 garçons/6 filles), Il s'agit à 100% de polypes juvéniles.**

Macroscopiquement, le polype juvénile est une masse arrondie à surface lisse, luisante, rouge vif, saignant parfois au contact. Sessiles au début, la plupart des polypes sont en fait pédiculés. Le pédicule, parfois amputé du corps du polype spontanément éliminé, est le plus souvent fin, de coloration rose pâle, identique à celle de la muqueuse normale ; sa base d'implantation est toujours plus large que son extrémité distale. Sur la tranche de section du polype de nombreux microkystes remplis de mucus apparaissent. [17]

Le polype juvénile associe des formations glandulaires kystiques et un chorion inflammatoire comportant des lymphocytes, des plasmocytes et parfois de nombreux éosinophiles. Les tubes glandulaires, remplis de mucus, sont de taille variée, souvent dilatés et sinueux ; ils sont tapissés par un épithélium cylindrique bien différencié avec de nombreuses cellules caliciformes, sans aucune anomalie cellulaire, ni excès de mitose. La surface du polype juvénile est tantôt recouverte par une assise continue de cellules cylindriques et mucosécrétantes, tantôt abrasée. L'infiltrat inflammatoire du chorion est souvent associé à des ruptures glandulaires et/ou aux ulcérations superficielles et comporte alors des polynucléaires neutrophiles. Le polype juvénile peut se nécroser et être confondu avec un pseudopolype inflammatoire. Le chorion ne contient pas de contingent musculaire lisse majeur comme cela est observé dans le polype de Peutz-Jeghers. [17]

Le signe révélateur est dominé par la survenue de rectorragies récidivantes évoluant dans 55 % des cas depuis plus de 3 mois. L'hémorragie faite de sang rouge lors de la défécation enrobant et/ou suivant la selle est le plus souvent minime. Il peut arriver que l'élimination spontanée du polype entraîne une anémie. Le plus souvent isolées, les rectorragies peuvent être associées à l'un des signes suivants : douleurs abdominales, diarrhée ou émission de glaires transparentes ou jaunâtres, extériorisation à l'anus d'un polype rectal ou sigmoïdien à long pédicule (à différencier du déroulement de la muqueuse en doigt de gant du prolapsus muqueux anorectal). Il est exceptionnel que le polype se révèle par une invagination intestinale aiguë [17]. **Dans notre série les rectorragies étaient présentes chez 10 enfants ayant un polype soit 83%.**

Les polypes bas situés sont perçus au toucher rectal comme une masse ferme, élastique, mobilisable sur la paroi rectale sans que le doigt puisse lui imposer de grand déplacement. **L'examen proctologique était pathologique dans 9 cas :**

- **L'inspection de la région anale avait montré 5 polypes se prolabant par l'anus.**
- **TR a objectivé un polype rectal chez 4 enfants dans notre série.**

La rectoscopie au tube rigide ne détecte que les polypes rectaux. L'utilisation d'un rectosigmoïdofibroscope en ambulatoire sans prémédication explore la totalité du rectosigmoïde où siègent 70 % des polypes. [17]

Cinq enfants (12,2%) dans notre série ont bénéficié d'une rectosigmoidoscopie.

L'insuffisance du lavement baryté conventionnel a bien été établie chez l'adulte et justifie le recours au lavement baryté en double contraste. Tout comme la coloscopie, il nécessite une préparation colique parfaite. Les polypes sessiles dessinent : de face, une image cerclée ; de trois quarts, un ovale plus ou moins complet ; de profil, une image dense hémisphérique. Les polypes pédiculés réalisent : de face, une image de cible dont le centre, plus clair, correspond au pédicule ; de trois quarts une image de cible excentrée ; de profil, la baryte circonscrit le cercle de la tête du polype et le pédicule.

En réalité, seule la coloscopie totale est à même de déceler le ou les polypes, d'en préciser le nombre, le siège, l'aspect. [17]

Le siège préférentiel des polypes demeure le rectosigmoïde : 74,5 % pour les 274 polypes dénombrés chez les 183 enfants de notre série. Les polypes sont le plus souvent uniques (73 %), parfois multiples. L'aspect macroscopique ne préjuge pas de la nature histologique du polype. Les prélèvements biopsiques trop superficiels ne rendent pas compte de la structure générale du polype, et seule l'étude anatomopathologique de la totalité du ou des polypes réséqués autorise des conclusions définitives.

En pratique, devant des rectorragies récidivantes, en l'absence de lésions anales, nous proposons la conduite suivante : rectosigmoïdoscopie première en ambulatoire. En cas de polype, exérèse avec examen anatomopathologique. S'il s'agit de polype juvénile, seule la récurrence des rectorragies conduit à réaliser une coloscopie totale. En l'absence de polype, décision de coloscopie totale sous réserve que les rectorragies évoluent depuis au moins 3 mois. A défaut, un délai de 3 mois est exigé afin d'apporter la preuve de la permanence des rectorragies. Cet intervalle de temps peut être mis à profit pour faire un lavement baryté en double contraste. [17]

3.2. Prolapsus rectal

Le prolapsus rectal (PR) est une affection bénigne du jeune enfant qui se définit par l'issue de la paroi rectale évaginée, par l'anus. Il est limité à la muqueuse rectale dans 95 à 98 % des cas. Il peut comprendre, dans les formes évoluées, toute la paroi rectale (PR total). [18]

- Le prolapsus rectal muqueux est fréquent et résulte de l'extériorisation de la muqueuse seule.
- Alors que le prolapsus rectal total est plus rare et résulte de l'extériorisation de toutes les tuniques de la paroi rectale. [19]

Dans notre série le prolapsus rectal était retrouvé chez 10 enfants (soit 24,4%).

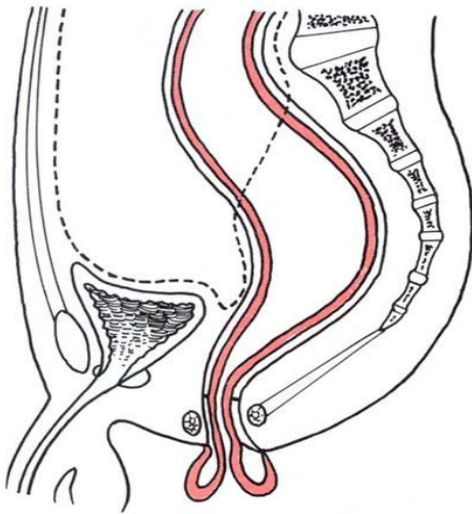


Figure 19 : Prolapsus rectal Muqueux [18]

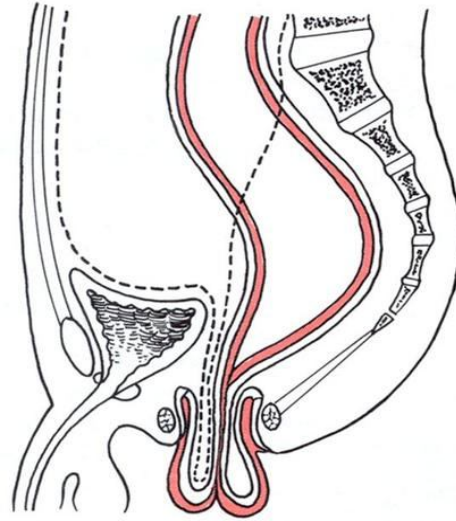


Figure 20 : Prolapsus rectal Total [18]

Sur le plan étiologique il faut distinguer les facteurs favorisants et les facteurs étiologiques vrais.

❖ Facteurs favorisants

Facteurs favorisants sont d'ordre anatomique et comportent donc : la mauvaise fixation du rectum en avant à des organes génitaux encore peu développés ; la laxité de l'attache de la muqueuse rectale à la musculature. Ceci est particulièrement vrai au-delà de la première année de vie, période où le nourrisson perd une quantité importante de graisse. Ces tissus de soutien seraient alors moins efficaces (Duhamel) ; la verticalité du sacrum ; l'absence de cap rectal ; une immaturité des récepteurs de l'ampoule et du canal anal entraînant une mauvaise coordination de la défécation. [18]

❖ Facteurs étiologiques [18]

✓ Constipation

C'est la cause la plus fréquente, dans les pays occidentaux, des prolapsus rectaux de l'enfant. La station prolongée sur le pot qui l'accompagne, des efforts de poussées abdominales entraînent le prolapsus de la muqueuse rectale qui est alors ressenti comme un

corps étranger et qui renforce encore les effets d'exonération (Zempsky et Rozenstein). **Dans notre étude, la constipation était présente chez 4 enfants sur 10.**

✓ Diarrhée

C'est la cause la plus fréquemment retrouvée dans les pays en voie de développement. Ainsi, Fehri et coll. retrouvent un épisode diarrhéique aigu dans les antécédents immédiats de 144 enfants sur une série de 260 prolapsus rectaux. **Dans notre série la diarrhée n'a été notée que chez un seul patient.**

✓ Mucoviscidose

Le prolapsus rectal est une manifestation classique au cours de la mucoviscidose : dans certaines séries, c'est le premier signe évocateur dans 18 à 23 % des cas. **la mucoviscidose était présente chez un enfant sur 10.**

✓ Affection entraînant une exacerbation des poussées abdominales

La constatation d'un PR, parfois très précoce, n'est pas exceptionnelle en cas d'extrophie vésicale avant fermeture de la plaque vésicale. De même, une lithiase vésicale (Lauschke), une tumeur pelvienne, certaines toux chroniques ou aiguës, peuvent s'accompagner d'un PR.

✓ Défauts de soutien de la paroi rectale

Les myéloméningocèles (Blodgett), les agénésies sacrées sont une cause non exceptionnelle de prolapsus rectal (11 % de la série de Zempsky et Rosenstein). De même, dans les affections du tissu conjonctif et élastique (Marfan, Ehlers-Danlos), le prolapsus rectal serait plus fréquent (Marshman).

On peut en rapprocher les dénervations rectales (après chirurgie pour maladie de Hirschsprung par exemple). Enfin, quelques cas de prolapsus rectaux dans les formes courtes de maladie de Hirschsprung ont été rapportés.

Cliniquement quand le prolapsus est extériorisé, le diagnostic en est facile : il s'agit d'un boudin cylindrique extériorisé à l'anus, présentant souvent des plis radiés convergents vers la marge anale. Sa longueur est le plus souvent réduite à 1 ou 2 cm en cas de prolapsus

muqueux. Les seuls diagnostics différentiels sont l'invagination intestinale aiguë prolapsée à l'anus et le polype rectal. **Ceci rejoint les résultats de notre étude puisque tous les enfants ayant un prolapsus présentaient un boudin cylindrique extériorisé à l'anus.**

Dans le premier cas, le contexte clinique, l'examen, retrouvant un sillon entre le boudin d'invagination et l'anus, permettent aisément de trancher. Le polype rectal, peut, lui-même, être une cause de prolapsus rectal (Lamesch), (Saul); là encore l'examen clinique (toucher rectal) permettra aisément de reconnaître le polype. [18]

La distinction entre prolapsus muqueux simple et prolapsus rectal (ou anorectal complet) est le plus souvent aisée. En cas de prolapsus complet, il existe, le plus souvent, des plis circulaires témoignant de la contraction des fibres musculaires. Le segment intestinal extériorisé est plus important en cas de prolapsus rectal complet et souvent est incurvé en arrière par le méso. Rappelons enfin que la forme complète est exceptionnelle chez le jeune enfant.

Si le prolapsus a été réduit spontanément, ou par l'entourage, et s'il ne veut pas se reproduire par une station éventuellement prolongée sur le pot, il faudra se contenter de l'histoire clinique et de la recherche d'un facteur déclenchant. [18]

Après avoir affirmé le diagnostic, l'examen clinique devra rechercher des facteurs favorisants et étiologiques. Dans la grande majorité des cas, la cause est évidente : constipation avec station prolongée sur le pot, diarrhée. C'est essentiellement chez l'enfant plus grand (au-delà de 5 ans) que l'examen clinique devra être complété par des examens complémentaires à la recherche d'un déficit neurologique médullaire ou d'une anomalie anatomique : peritonographie pour visualiser un cul-de-sac de Douglas trop profond, radio graphie du sacrum à la recherche d'une agénésie sacrée, defecographie (Mahieu) et, éventuellement, étude électromyographie du périnée (Mackle, Suzuki).

Enfin, il ne faut pas omettre, au moindre doute, même et surtout chez un jeune enfant, de faire pratiquer un test de la sueur pour éliminer définitivement une mucoviscidose.

Les complications sont rares : l'étranglement est nié par certains, retrouvé par d'autres. La rectite ne suppure jamais, l'hémorragie n'est jamais abondante. [18]

3.3. Abscès et fistules anales

Abscès et fistules, bien plus rares que chez l'adulte, s'observent plus souvent chez le garçon que la fille, avant 2 ans dans la moitié des cas, particulièrement dans les 6 premiers mois de vie. La recherche d'une pathologie associée sous-jacente (déficit immunitaire, chirurgie rectale antérieure, maladie de Crohn), retrouvée dans environ un quart des cas dans une série récente, est indispensable [42]. **Les cas de fistules représentaient l'étiologie la plus fréquente dans notre étude, diagnostiqués chez 14 (34,1%) de nos patients.**

Regroupent de nombreuses situations cliniques et étiologiques, Dominées par :

❖ Les abscesses et fistules anales primitives [42].

Les abscesses et fistules anales primitives qui sont 2 aspects différents d'une même pathologie résultant l'infection d'une glande d'Hermann et Desfosse (s'abouche dans crypte de la ligne pectinée). L'abcès se forme dans l'espace inter-sphinctérien et s'étend : soit le long de la couche longitudinale de l'ampoule rectale, soit à travers les sphincters pour s'ouvrir à la peau Il existe plusieurs types de fistule anale : Figure 21

- Inter sphinctérien (1 Fig 21)
- Trans-sphinctérien (2 Fig 21)
- Extra-sphinctérien (3 Fig 21)
- Sous-muqueux (4 Fig 21)

a. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet direct [42].

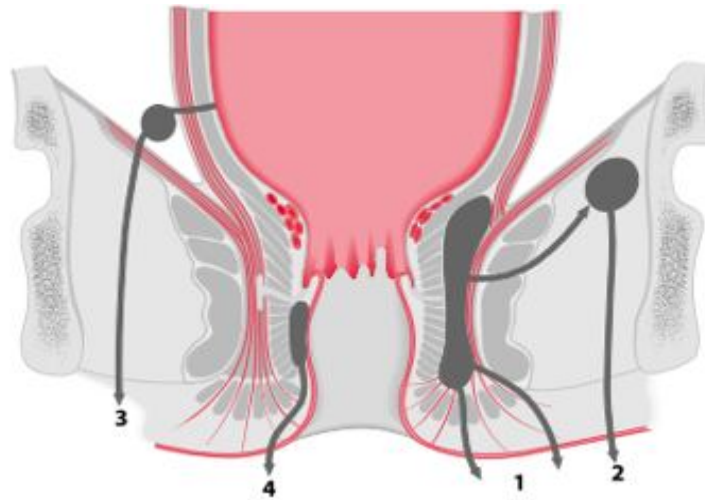
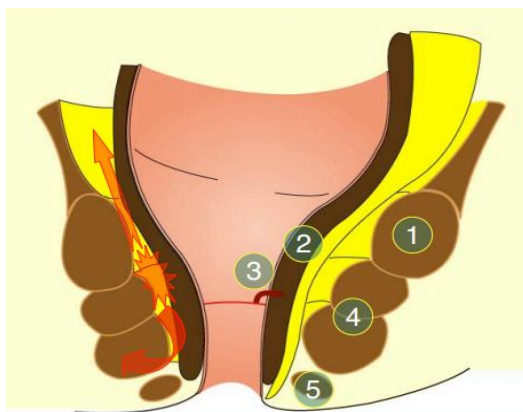


Figure 21 : Les différents types de fistules anales primitives [32]

b. Abcès inter-sphinctérien avec fistule à trajet complexe [42].

- ✓ Abcès et fistules dont le trajet entre orifice interne et externe n'est pas direct.
- ✓ Fistules en fer à cheval (partent d'une crypte et s'ouvrent par 2 orifices externes).
- ✓ Fistules en Y ou en T (partent d'une crypte et s'ouvrent par 2 orifices, 1 interne et 1 externe).
- ✓ Abcès en spirale (cheminent autour du rectum).
- ✓ Sont le reflet de lésions négligées ou mal traitées.



1. Muscle puborectal
2. Sphincter interne lisse
3. Glandes d'Hermann Desfosses
4. Sphincter externe strié (faisceaux profonds)
5. Sphincter externe strié (faisceau superficiel)

Figure 22 : Anatomie de la région anorectale [42]



Figure 23,24 : Abscès inter-sphinctérien avec fistule à trajet complexe [42]

c. Abcès et fistules de la marge anale [42].

Abcès avec fistules inter-sphinctériennes ou trans-sphinctériennes superficielles ++++

Très largement majoritaires chez l'enfant (50% < 1 an) 90% garçons.

-Au stade d'abcès : Tuméfaction rouge et douloureuse proche de la marge anale, le plus souvent antérolatérale.

-Au stade de fistule organisée : Petit orifice pouvant laisser suinter du pus.

❖ Abcès et fistules de la maladie de Crohn [42].

Inaugurales dans 25% des maladies de Crohn. Surviennent plus tardivement (8 – 10 ans). Elles sont souvent complexes et multiples. Leur évolution torpide et récidivante. Le traitement de la maladie de Crohn est suffisant mais parfois parage nécessaire.

❖ L'ecthyma gangrenosum [42].

C'est une infection cutanée grave à *Pseudomonas aeruginosa*, surviennent chez enfants immunodéprimés (hémopathies, déficits immunitaires). Les ulcérations périnéales à fond nécrotique pratiquement sans pus entourées d'un halo inflammatoire. Le traitement est basé sur l'antibiothérapie IV en urgence +/- parages chirurgicaux si nécessaire.

❖ Cellulites péri-anales à streptocoque [42].

Infection à streptocoque hémolytique du groupe A (prélèvement périnaux, pharynx). C'est une lésion partant de l'anus et s'étendant dans la région perianale sur 2 – 3 cm, l'érythème rouge vif, à limites nettes, parfois associé à un œdème ou un suintement, parfois extension périnéale si négligée. Le traitement à base d'amoxicilline ou macrolide pendant 15j.

Une tuméfaction douloureuse, en particulier lors de la défécation, rouge, luisante, déformant l'anus, effaçant les plis radiés, en est le premier signe. Apparu en quelques jours en un point quelconque de la marge, mais plus souvent à proximité des raphés, l'abcès, lorsqu'il fluctue, est évacué chirurgicalement sous anesthésie générale. Après drainage, la récurrence de l'abcès et/ou la survenue d'une fistule ano-cutanée s'observe dans au moins un quart des cas. Seul l'orifice superficiel de la fistule est visible. Petit, entouré d'une aréole inflammatoire donnant issue à du pus, l'orifice externe se ferme temporairement mais ne guérit jamais spontanément. Le palper repère le trajet fistuleux qui chemine vers le canal anal. [32].

3.4. Fissure anale [40] ; [41], [14]

La fissure anale est une pathologie fréquente surtout chez l'enfant âgé entre 1 à 3ans et de sexe féminin (63 % des cas de Duhamel). La physiopathologie est multifactorielle, faisant intervenir une constipation, un facteur traumatique et une hypertonie anale de repos [40].

Sa symptomatologie est dominée par des proctalgies survenant exclusivement pendant l'exonération et aggravant la constipation (appréhension de la selle), et des rectorragies souvent mineures visibles sur la selle ou les couches [41]. **4,9% de nos malades présentaient une fissure anale qui était généralement secondaire à une constipation.**

Le diagnostic en est très facile par le déplissage soigneux de la marge anale qui montre une ulcération qui a une forme en raquette dans les 2/3 des cas, sinon linéaire ou arrondie. Son siège est généralement médian et antérieur chez l'enfant. Parfois un bourgeon charnu de cicatrisation d'anciennes fissures est mis en évidence [41]. **Dans notre série, les deux cas de fissures anales étaient diagnostiqués par un simple**

examen proctologique, le 1er était linéaire de siège antérieur alors que l'autre était de siège médian en raquette à 8h.



Figure 25 : Fissure anale chez un nourrisson [42]

La fissure anale peut être un symptôme de la maladie de Crohn, elle est le plus souvent surinfectée, se révélant sous la forme d'un abcès sous-fissuraire puis intersphinctérien, d'évolution torpide et de localisation latérale atypique [40]. Les fissures traumatiques (sévices) sont généralement multiples, profondes, remontant au-delà du canal anal avec une localisation aberrante (non situées sur le raphé antérieur ou postérieur) [41].

3.5. Condylomes

Les condylomes anaux constituent un motif fréquent de consultation mais leur incidence de survenue est difficile à évaluer en raison des données épidémiologiques limitées.

Ils sont dus aux papillomavirus humains HPV, les types les plus incriminés sont : HPV 6, 11, 2 et plus rarement HPV 27 et 57. La responsabilité des génotypes fortement oncogènes 16 et 18 n'a été démontrée que dans quelques cas [20].

Il existe trois modes de transmission [20]:

- Vertical de la mère à l'enfant principalement lors du passage à travers la filière génitale au moment de l'accouchement. Les lésions apparaissent surtout avant l'âge de trois mois.
- Horizontal : soit par auto-contamination à partir des verrues digitales, soit par hétéro-contamination par des verrues digitales d'une personne prenant en charge l'enfant lors des gestes de la vie courante (bain / change).
- Sexuel: l'abus sexuel est certain quand il y a une infection sexuellement transmissible associée ou des traumatismes génitaux (ecchymoses, lacération de l'hymen).

Sur le plan clinique, on note trois aspects :

- Les condylomes acuminés ou végétations vénériennes : sont les lésions les plus fréquentes. Elles sont exophytiques, blanchâtres, papillomateuses, hérissées de multiples excroissances (figure1). Elles sont souvent multiples, confluant parfois en nappes.
- Les condylomes papuleux : sont des lésions papuleuses pigmentées, rouges ou leucoplasiques, volontiers atypiques, le plus souvent associées à des HPV oncogènes.
- Les condylomes plans : ils apparaissent sous forme de macules blanches de dimension et de nombre variable. [20].

Dans notre étude 2 enfants (soit 4,9%) présentaient des condylomes. En revanche, aucun signe en faveur d'un abus sexuel n'a pu être étiqueté.

Le diagnostic positif est clinique, on a recours à une biopsie avec étude histologique, dans les cas atypiques et/ou résistance thérapeutique.

Les techniques de typage virologique ne sont utilisées que dans le cadre des travaux de recherche. Les sérologies à la recherche d'infections liées à l'hépatite B, HIV et syphilis (VDRL /TPHA) sont systématiquement demandées. L'examen endocanalaire anal n'est pas systématiquement indiqué sauf chez les immunodéprimés majeurs à la recherche de lésion endocanalaire associée. [20].

La prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée. On dispose de traitements physiques, chimiques, chirurgicaux qui peuvent être associés ou se succéder.

En effet, aucun traitement ne permet aujourd'hui l'éradication du virus. L'objectif thérapeutique se résume donc à la destruction pure et simple des lésions visibles par diverses méthodes, aucune d'entre elles n'ayant fait la preuve de sa supériorité à long terme par rapport aux autres.

Le virus ne pouvant être éliminé de façon définitive, et pouvant persister en zone péri-lésionnelle, les récurrences sont fréquentes.

La prévention repose sur un examen locorégional complet afin de détecter les condylomes de petite taille, de les traiter et de diminuer le risque de rechute. [20].

3.6. Sinus pilonidal

La maladie pilonidale, encore appelée kyste ou sinus pilonidal, est une infection aiguë ou chronique intéressant le plus souvent la région sacrococcygienne. Il s'agit d'une affection fréquente, qui doit être évoquée devant toute suppuration du pli interfessier. Le terme de kyste sacrococcygien doit en revanche être proscrit puisqu'il n'existe pas de lien avec le sacrum ou le coccyx, celui de fistule sacrococcygienne également dans la mesure où cette suppuration de la région anale n'atteint jamais le canal anal.

Mayo en a rapporté le premier cas en 1833 et Anderson en 1847 avait dénommé cette affection *Hair extracted from an ulcer*.

C'est Hodges qui en 1880 lui donna le nom de maladie pilonidale car l'on trouve habituellement des poils dans la cavité kystique.

Sa bénignité contraste avec l'importance de sa morbidité et de son risque de récidive, tant il est vrai qu'aujourd'hui encore il n'existe aucun traitement idéal malgré la diversité des techniques proposées [33].

 tiologie

L'obésité du patient est souvent soulignée. L'épaisseur de la graisse sous-cutanée sacrococcygienne et un indice de masse corporelle (BMI)  lev  seraient des facteurs de risque de la maladie pilonidale.

Le fait que cette affection soit observée essentiellement à l'âge de la puberté suggère un rôle des hormones sexuelles sur les glandes pilos bac es. D'autres facteurs favorisants sont à prendre en compte, comme le manque d'hygiène et surtout les frottements répétés. [29]

Il n'y a pas d'hypothèse étiopathogénique univoque concernant la maladie pilonidale [29] et plusieurs théories ont été avancées pour expliquer la formation des kystes pilonidaux:

-la théorie de formation congénitale : des résidus embryonnaires du canal médullaire forment des inclusions dermiques lors de la fermeture du raphé médian. Les glandes pilos bac es sont alors réactivées lors de la puberté par les hormones sexuelles. On retrouve en effet des poils qui sont indiscutablement d'origine pubienne lors de certaines excisions ; [43]

-la théorie de formation acquise : un trouble de la croissance d'un follicule pileux accumulant de la kératine à sa racine va provoquer une distension ainsi que les mouvements des fesses vont aider à la pénétration du poil. Celui-ci forme alors un granulome à corps étranger pouvant s'infecter et évoluer vers l'abcès; [43]

-la théorie de formation mixte : la coupe histologique au niveau de la ligne médiane dans le sillon interfessier montre une invagination de l'épithélium de surface (composante congénitale) dans laquelle les poils peuvent pénétrer et entraîner une réaction de type granulome à corps étranger, qui peut secondairement s'infecter (composante acquise). Il n'y a pas d'épithélium bordant le KSC, et celui-ci contient des poils libres et pas de follicule pileux.

À noter que les poils peuvent également provenir de la tête ou d'autres personnes (par exemple coiffeurs, tondeurs de moutons, entre autres) et s'implanter dans les plis interdigitaux, l'ombilic, le creux axillaire ou les moignons après amputation. [43]

Symptômes : Celles-ci commencent par la formation d'un abcès. Au stade chronique, écoulement purulent constante ou intermittente des tracts fistule est observée [33].

3.7. Hémorroïdes [34]

Par contraste avec les adultes chez lesquels les hémorroïdes sont une maladie fréquente, les hémorroïdes sont peu fréquentes chez les enfants. Le coussin hémorroïdaire interne est une partie de l'organe de la continence et conduit à des hémorroïdes manifestes si les vaisseaux veineux s'étendent dans le canal anal et sont poussés vers l'extérieur [34].

Signification clinique

- Hémorroïdes d'enfance entraînent des plaintes mineures de la région anale et rarement thrombose aiguë ou saignement.
- Hémorroïdes signent peut-être de l'hypertension portale. Dans ce cas, l'hémorragie sévère est observée occasionnellement. [34]

Présentation clinique

Les hémorroïdes sont à reconnaître si elles provoquent une hémorragie sur la surface des selles, papier hygiénique ou sous-vêtements ou deviennent visibles en raison de l'augmentation de la taille. L'inspection anale réalisée en raison de symptômes anaux (complaintes anales) ou d'antécédents d'hémorragies basses illustre les hémorroïdes. Phlébectasie concernent soit les veines externes avec écoulement hors de la veine cave inférieure ou la veines internes avec écoulement vers la veine porte. Les hémorroïdes internes seulement à l'effort en grade 1 et spontanément dans les grades 2,3 et plus. La thrombose est très douloureuse et se manifeste comme une proéminence, bleu foncé, et un nœud dur. [34]

Traitement et pronostic

La chirurgie est limitée à l'incision d'un nœud de varices thrombotique douloureux et à étancher du sang en cas d'hémorragie abondante. Le traitement non opératoire comprend des émollients fécaux, bains de siège, et par anesthésie locale.

Le pronostic dépend de la cause des hémorroïdes et de l'adhésion des parents et de l'enfant pour le traitement local [34].

3.8. Traumatismes anorectaux [36]

Les traumatismes anorectaux sont d'étiologie et de gravité variables. Le pronostic immédiat est dominé par l'existence d'une perforation rectale intrapéritonéale, le pronostic à court terme est essentiellement infectieux et le pronostic à long terme lié au retentissement du traumatisme sur la continence anale. [35]

Le traumatisme rectal chez les patients pédiatriques survient généralement par l'un des deux mécanismes. Le premier est par le biais d'un traumatisme pénétrant après une blessure de l'empalement accidentel ou, parfois, après un coup de feu. Le second, et le plus fréquent, se produit à la suite d'un abus sexuel. La pénétration du pénis, du doigt dans la région ano-rectale ou d'un autre instrument, peut causer des saignements ou des ecchymoses. La présentation clinique plus courante est celle de lacération stellaire chronique de l'anus avec œdème [36].

Les condylomes périanaux sont une séquelle commune en cas d'abus sexuels. Un interrogatoire minutieux peut révéler qu'un membre masculin de la famille immédiate a des condylomes péniens. Toutefois, jusqu'à 25 % de mâles porteurs du virus du papillome humain dans l'urètre n'ont aucune preuve externe du virus [36].

Le patient avec une blessure accidentelle à l'anus est habituellement vu immédiatement après que l'incident se produit. Une histoire précise et cohérente du mécanisme de blessure est critique. L'abus sexuel est suspecté lorsqu'une histoire incohérente du mécanisme de blessure est inélucidée. Comme pour les autres formes d'abus sexuels impliquant la pénétration génitale chez les patientes ou les manipulations chez les patients masculins, il est souvent

difficile d'obtenir une histoire adéquate de la victime en raison de la crainte des représailles, ou de culpabilité. Les blessures inexpliquées au rectum doivent être considérées comme une manifestation d'abus sexuels, jusqu'à preuve du contraire et doivent être examinées par les autorités appropriées des services sociaux [36].

L'enfant qui a une lésion rectale traumatique aiguë est souvent difficile à examiner adéquatement, en raison de l'inconfort associé. La pénétration d'un corps étranger avec empalement, nécessite généralement un examen rectal et une sigmoïdoscopie sous anesthésie générale [36].

Une urétrographie rétrograde et / ou une cystourethrographie devrait être obtenue quand il y a soupçon de blessure urétrale et / ou de la vessie.

Même si un enfant qui est agressé sexuellement et qui a des condylomes ou des lacérations de nature plus chroniques, peut être examiné éveillé. Mais on préfère l'examiner en utilisant une anesthésie générale pour faire une évaluation complète de la nature et de l'étendue de la blessure et de procéder avec un traitement chirurgical, lorsque cela est nécessaire. Des photographies doivent être prises pour documenter l'ampleur des résultats à des fins médico-légales [36].

4. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

4.1. Les moyens médicaux:

4.1.1. Le Prolapsus rectal : [18]

Deux méthodes thérapeutiques, éventuellement complémentaires, peuvent être utilisées : les règles hygiéno-diététiques, les injections sclérosantes

❖ Règles hygiéno-diététiques :

Elles suffisent, à elles seules, dans la grande majorité des cas, à assurer la guérison définitive du prolapsus. Elles comprennent :

- ✓ La réduction manuelle du prolapsus faite sans difficulté par simple pression, il conviendra de l'enseigner à la famille ;
- ✓ La contention, assurée par le serrage des fesses, par des bandes adhésives dans l'intervalle des défécations ;
- ✓ Surtout, la lutte contre les troubles du transit intestinal soit en traitant une constipation, soit en traitant une diarrhée. On en rapprochera le traitement de la dénutrition éventuellement présente
- ✓ Enfin, il importe d'enseigner aux parents la nécessité d'une surveillance attentive de l'exonération ; celle-ci devant se faire à heures régulières en évitant les stations prolongées sur le pot. Certains auteurs proposent une exonération en décubitus latéral (nixon), d'autres, une exonération sur un siège, haut situé, afin d'éviter l'hyperflexion des cuisses sur le bassin [18].

❖ Injections sclérosantes

Le but des injections sclérosantes est de fixer la muqueuse au plan profond de la paroi rectale. Divers produits ont été proposés en tant qu'agents sclérosants. En France, l'agent le plus souvent utilisé est le chlorhydrate double de quinine-urée à 5 %. Dans les pays anglo-saxons, le sérum salé hypertonique a pu être proposé. **Dans notre étude, 9 enfants sur 10**

(soit 90%) ont bénéficié d'une sclérothérapie. Le produit utilisé est le sérum salé hypertonique à 10%.

Les injections sclérosantes peuvent être réalisées au niveau de la sous-muqueuse ou en extrarectal selon les cas. Le plus souvent, l'injection est faite en sous-muqueux. Ces injections sous-muqueuses peuvent être faites par voie endoanale ou par voie externe en se guidant d'un doigt endorectal. Les injections sont faites dans les trois cadrans horaires en décalant chaque point d'injection de 2 heures lors de chaque série. Il s'agit, pour nous, de la technique de choix. Le plus souvent, trois séries d'injections sclérosantes, espacées de dix jours environ, sont réalisées [18]. **Dans notre étude les injections sont espacées de 15 jours.**

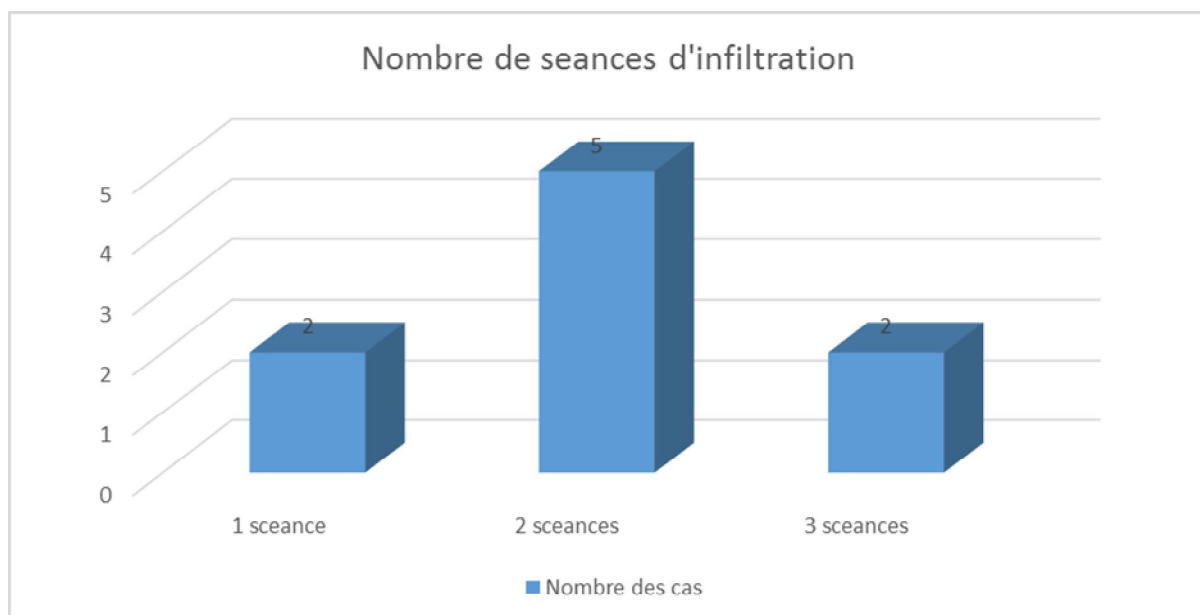


Figure 26: Nombre de séances d'injection du SS9% dans notre série

Les complications sont rares et le plus souvent bénignes : suppuration anale et périanale, escarres, sclérose périanale. Ces injections sclérosantes sous-muqueuses sont aisément réalisées en hôpital de jour. Les injections périrectales ne sont plus guère pratiquées [18].

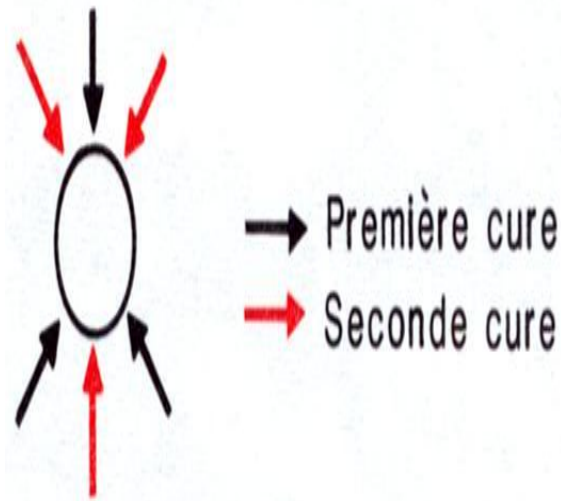


Figure 27: Les cadrans horaires d'injection [18]

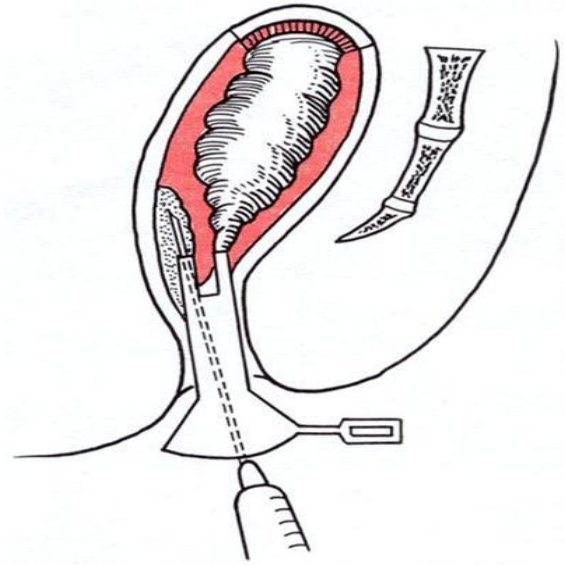


Figure 28: Injection endorectale [18]

4.1.2. abcès et fistule anale :

L'antibiothérapie à visée curative est inefficace, elle peut parfois freiner momentanément l'évolution, mais probablement aussi favoriser la diffusion à bas bruit de la suppuration et la création de diverticule en cas d'utilisation trop longue ou très fréquente [41]. **Dans notre série, un enfant a été traité par antibiothérapie à visée curative ce qui a permis l'évolution vers la fistulisation chronique.** un traitement étiologique en cas de maladie de Crohn est basé sur l'emploi de drogues à action anti-inflammatoires locale (aminosalicylates) ou générale (corticoïdes), et éventuellement immunosuppressive (azathioprine, méthotrexate, ciclosporine) [41]

4.1.3. Polype rectale

Le traitement des polypes est exclusivement chirurgical, en cas d'une anémie importante la mise en condition du malade vise à le stabiliser sur le plan hémodynamique et la correction d'une éventuelle anémie [22].

4.1.4. Fissure anale

Le traitement est essentiellement médical :

❖ Traitement médical non spécifique

Envisagé en première intention, il associe une régularisation du transit (alimentation riche en fibres, laxatifs osmotiques, mucilages), le recours à des bains de siège, l'utilisation d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires, l'application intracanalair de gel anesthésiant avec le doigt. Ceci suffit à guérir plus de la moitié des états préfissuraires et des fissures jeunes. [26].

Nos deux cas de fissure ont bénéficié d'un traitement laxatif. L'un des deux a été traité par des anti-inflammatoires à base de corticoïdes locaux.

❖ Traitement médical spécifique

✓ Topiques locaux : Ils sont habituellement peu efficaces. L'addition de tous désinfectants aux bains de siège est inutile et peut parfois induire des réactions locales inopportunes.

✓ Infiltration sous-fissuraire : L'anesthésie locale, autour et sous la fissure, est susceptible de calmer momentanément la douleur. Elle permet aussi un examen proctologique complet. Elle permet aussi une dilatation douce qui peut être salutaire, pour effacer la douleur. L'infiltration sous-fissuraire à la quinine-urée est souvent très efficace pour soulager et éventuellement guérir une fissure jeune, à condition d'y adjoindre les règles diététiques déjà citées. Elle a été décriée du fait de ses risques infectieux. Il faut savoir la limiter aux fissures aiguës et ne pas la répéter. Tout traitement local ou général en dehors de l'injection est totalement inefficace pour guérir une fissure chronique. [26]

4.1.5. Condylomes : [20]

La prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée. On dispose de traitements physiques, chimiques, chirurgicaux qui peuvent être associés ou se succéder.

L'abstention est justifiée vu la possibilité d'une guérison spontanée des verrues génitales et anales en deux ans en moyenne.

Les traitements chimiques

➤ Fluorouracile

Il s'agit d'un antimétabolite principalement utilisé sur les lésions vulvaires et ne gardent que des indications très limitées au cours des lésions périanales. Le produit entraîne un érythème en 1 à 3 semaines suivi de phénomènes nécrotiques à l'origine d'ulcérations volontiers douloureuses [20].

➤ Acide trichloracétique

Il est plus efficace sur le versant muqueux que sur le versant cutané. Il détruit rapidement l'épithélium en altérant les cellules. Il s'utilise en application locale avec un coton-tige 1 à 2 fois par semaine pendant trois semaines. Il peut être responsable de douleurs et d'ulcérations locales avec cicatrisation ralentie [20].

➤ Podophyllotoxine

L'extrait des racines de podophyllum connu sous le nom de podophylline contient des substances mutagènes qui contre-indiquent son utilisation chez la femme enceinte et l'enfant. En revanche, la podophyllotoxine, composant actif de la podophylline, n'a pas cette toxicité et peut être employée sous forme de gel dilué à 0,5% (Condylone®). La revue de la littérature n'a retrouvé qu'une seule étude pédiatrique, réalisée chez 17 jeunes enfants, sur l'application biquotidienne de Condylone®, 3 jours consécutifs chaque semaine (avec début progressif), pendant au maximum 4 mois. Dans cette étude ouverte, une résolution des condylomes avait été obtenue dans 15 cas sur 17, sans récurrences dans les deux années suivantes. La tolérance était imparfaite avec des sensations de brûlure dans deux tiers des cas, plus rarement des douleurs, un érythème local et un œdème.

Traitements immunomodulateurs à base d'interférons ou Imiquimod (Aldara®) n'ont pas d'activité antivirale directe. Ils stimulent la production des cytokines capables d'inhiber la réplication virale [20].

Les traitements antiviraux : A l'heure actuelle on ne dispose pas de traitement antiviral efficace sur les papillomavirus [20].

4.1.6. Sinus pilonidal :

Il Consiste en la désinfection locale par des antiseptiques ainsi qu'une prescription d'antibiotiques (anti-anaérobies et anti-staphylococciques) par voie générale.

Cependant, le traitement médical qui contrôle partiellement une poussée infectieuse suppurative, ne fait généralement que stabiliser voir ralentir la maladie par la constitution d'un tissu de fibrose locale obligeant au sacrifice d'une zone d'exérèse plus large. [30] [31]

4.2. Les moyens chirurgicaux :

4.2.1. Le prolapsus rectal :

Les techniques proposées sont les suivantes.

-L'électrocoagulation linéaire de la muqueuse rectale a été proposée par Hight et coll en 1982. Il s'agit, pour ces auteurs, d'une technique de première indication pour les enfants présentant un prolapsus rectal récidivant malgré un traitement médical correct. Après une préparation rectale soigneuse, impliquant une hospitalisation préopératoire de quelques jours, sous anesthésie générale, le prolapsus muqueux est reproduit par tractions douces sur la muqueuse rectale. Une cautérisation longitudinale de la muqueuse et de la sous-muqueuse est ensuite réalisée au niveau de ce prolapsus. Les complications postopératoires pour ces auteurs sont minimales : rectorragies transitoires, légère sténose péri-ano-rectale ayant nécessité des séances de dilatations, récurrence du prolapsus chez 5 des 102 patients ainsi traités, nécessitant une seconde intervention identique toujours efficace pour ces auteurs. [18].

-Le cerclage de l'anus selon la méthode de Thiersch, comporte la réduction du diamètre anal par un fil non résorbable. Les complications fréquentes : sténose, rupture des fils, douleurs à la défécation, constipation opiniâtre [18]. **Parmi les 10 cas de prolapsus rectal dans notre série, 4 ont subi un cerclage.**

Le méchage rétrorectal selon Lockhart-Mummery, vise à assurer une sclérose rétrorectale fixant le rectum à la concavité sacrée. Ce méchage rétrorectal est réalisé par une incision précoccygienne avec dissection de l'espace rétrorectal jusqu'au niveau du promontoire. Cet espace est ensuite comblé par des mèches qui seront retirées progressivement. L'inconvénient de cette technique est l'exposition à des complications infectieuses et la lenteur de la cicatrisation de la plaie opératoire. Néanmoins, sa simplicité et son efficacité en font l'indication de choix pour de nombreux auteurs dans les pays en voie de développement, après échec des traitements médicaux et d'éventuelles injections sclérosantes [18].

-La myographie des releveurs est associée à une fixation sacrée du rectum (Graham) : par voie sacrée après résection du coccyx et dissection du rectum, on réalise une plastie postérieure des releveurs et une fixation directe du rectum à l'aponévrose présacrée (Chino) [18].

-La suspension du rectum selon la technique de Orr-Loygue-Carbonnet est réalisée par

➤ **Voie abdominale.** C'est la technique de choix des prolapsus rectaux de l'adulte ou du sujet âgé. Le matériel utilisé pour assurer la fixation du rectum au promontoire est variable selon les auteurs : bandelettes de Nylon, segments d'aponévrose des droits, etc. [18].

➤ **La voie d'abord coelioscopique** est connue pour ses avantages à court terme en chirurgie colorectale= diminution de la douleur postopératoire, de la durée d'hospitalisation, du temps de réhabilitation et de l'arrêt de l'activité [45].

Le traitement du prolapsus rectal par voie coelioscopique est une alternative aux techniques réalisées par laparotomie.

Au-delà de la technique de fixation du rectum et de la voie d'abord, la question essentielle posée par les rectopexies abdominales a longtemps été celle de la préservation ou non des ligaments latéraux du rectum, La technique de rectopexie par laparoscopie a totalement épargné cette confusion vue sa simplicité puisqu'elle ne met pas en danger ces ligaments ils sont préservés et restent intacts[45].

Cette technique permet de fixer le rectum latéralement à l'aponévrose du muscle psoas, et grâce au grossissement apporté par le système optique cette fixation est facilitée. Les nerfs des plexus hypogastriques sont plus facilement individualisés et préservés.

Le repositionnement du rectum dans la concavité pelvienne est assuré par suture simple au fil (par quatre points séparés) [45].

La laparoscopie est aussi efficace et moins invasive. Les auteurs rapportent une technique nouvelle de rectopexie au psoas par laparoscopie. Il s'agit de 11 cas de prolapsus rectal résistant au traitement conservateur sur une période de 6 ans allant de janvier 2001 à

décembre 2007. L'âge moyen est de 9,2 ans (4 ans-15 ans) : 7 garçons et 4 filles. Tous ont bénéficié d'un traitement conservateur au préalable. [46].

Les suites opératoires étaient simples, la durée d'hospitalisation était de 24 heures. Tous les malades ont bien évolué et aucun n'a récidivé après 6 ans de recul. Le traitement laparoscopique du prolapsus rectal chez l'enfant semble être une technique simple, efficace et donne de très bons résultats [45].

4.2.2. abcès et fistule anale :

La pierre angulaire du traitement de l'abcès ano-rectal est le drainage chirurgical dirigé de la cavité abcédée. La recherche du trajet fistuleux d'amont ne doit se faire que dans la deuxième phase, celle du traitement de la fistule ano-rectale.

Le but du traitement de la fistule ano-rectale est l'excision du tractus fibreux et la suppression de l'orifice primaire. Il préservera un maximum de muscle sphincter, cherchant à éviter à tout prix la survenue d'une incontinence post-opératoire par section musculaire. Les traitements les plus pratiqués sont la fistulotomie, la fistulectomie, le lambeau d'avancement et l'encollage fistulaire en fonction du type de fistule rencontré. [48]

• Mise à plat ou fistulotomie : Le trajet fistuleux est mis à plat à partir de l'orifice externe, jusqu'à l'orifice interne, en sectionnant tous les plans : peau, muqueuse, tissu cellulaire et éléments sphinctériens. Une dissection soigneuse, associée à un curetage du trajet, permet une chirurgie exsangue et un traitement en un temps. La cicatrisation doit être surveillée soigneusement ; elle va se faire à partir des berges de la plaie. L'inconvénient de cette technique est le risque d'incontinence, lorsque la fistule est haute donc le sacrifice sphinctérien important [48]. **Dans notre étude, une fistulotomie a eu lieu chez 9 malades de ceux présentant des fistules anales (64,3% des cas).**

• La fistulectomie est l'excision complète de l'ensemble du trajet fistuleux et de son orifice primaire. Le revêtement cutané qui couvre la fistule est excisé avec le cordon fistuleux et la guérison se fait per secundam. Le muscle sphincter est incisé à minima et peut être reconstruit par suture directe en cas de nécessité. Cette technique s'applique aux fistules les

plus distales, c'est-à-dire les fistules périnéales, intersphinctériennes ou transsphinctériennes distales. Cette intervention est pratiquée ambulatoirement et en anesthésie locale [48]. **Concernant les 5 cas restants dans notre série, 4(soit 28,6 %) ont bénéficié d'une fistulectomie, tandis qu'un cas a été drainé et traité par ATB.**

- Encollage des fistules L'utilisation de colles biologiques à base de fibrine ayant pour but l'obturation du trajet fistuleux, apparaît comme une alternative intéressante et innovante. La colle de fibrine est injectée de l'orifice secondaire vers l'orifice primaire après irritation mécanique (brosse, fils) ou chimique (nitrate d'argent liquide) du trajet afin de détruire toute épithélialisation de la fistule. Le volume injecté varie de 2 à 3ml selon la fistule. L'obturation du trajet fistuleux par la colle biologique serait due à la formation d'un réseau de fibrine solide et adhérente, secondairement colonisé par le tissu conjonctif. [47]

- Technique du lambeau rectal ou Procédé du rideau : Le trajet est réséqué jusqu'au muscle et au niveau du rectum, on abaisse un lambeau muco-musculaire pour recouvrir l'orifice primaire. L'intervention se décompose comme suit : Une excision de l'orifice primaire et la fermeture de l'orifice correspondant au niveau du sphincter par du matériel résorbable. Une excision du trajet extra-musculaire, entre la peau et le muscle sphinctérien. Le recouvrement de la plaie canalaire par un lambeau sain de muqueuse rectale, qui isole la zone associée, de la lumière canalaire. Les principales variantes de cette technique sont : l'association ou non d'un drainage du trajet externe, une suture simple de l'orifice interne, l'abaissement plus ou moins bas du lambeau muqueux [49].

4.2.3. Polype rectale :

Actuellement, la polypectomie endoscopique constitue le traitement de base de tous les polypes rectocoliques. **Dans notre étude, une polypectomie endoscopique a eu lieu chez 9 malades d'entre ceux présentant des polypes (75 % des cas).** La résection endoscopique est faite au moyen d'une anse qui traverse le canal opérateur et sur laquelle est appliqué un courant de haute fréquence dont l'intensité doit être contrôlée au préalable. Avec de fortes puissances, la chaleur entraîne une sortie brutale de l'eau des cellules qui explosent. Ceci correspond à la section. Avec des puissances

plus faibles, la chaleur induit une sortie douce de l'eau des cellules créant une coagulation. Une préparation colique de mauvaise qualité (présence de résidus fécaloïdes) contre-indique l'électrorésection endoscopique du fait de la possibilité de concentrations potentiellement explosives d'hydrogène et de méthane. [25].

Les polypes pédiculés dont la taille n'excède pas 3 à 4 cm sont réséqués à l'anse diathermique. Il est nécessaire de disposer d'anses à polypectomie de taille adaptée à la dimension du polype à réséquer. Après repérage et exposition du polype et de son pédicule de telle sorte qu'il se positionne à 5 h, l'anse est manœuvrée de manière à coiffer le polype puis à enserrer le pédicule près de la tête et à distance de la base d'implantation. Cette précaution limite le risque de perforation et autorise en cas de saignement la strangulation du pédicule restant plus près de la paroi. Après résection, le polype est récupéré à l'aide d'une pince tripode à corps étranger [25].

Les petits polypes sessiles (5 mm au plus) sont réséqués à l'anse diathermique de petite taille avec ou sans picot après les avoir strangulés puis attirés dans la lumière, créant ainsi un pédicule muqueux qui protège la paroi dont la mobilisation en bloc signerait la capture. Les très petits polypes sessiles (3 mm de diamètre au plus) sont enlevés par certains à l'aide d'une pince diathermique qui requiert l'utilisation de courant de faible puissance (10 à 15 W) pendant 1 à 2 secondes. Si un fragment de polype persiste après l'électrorésection, il est impératif de s'abstenir de toute coagulation complémentaire. Cette technique est contre indiquée en cas de thrombopathies ou de traitement par aspirine ou AINS et lorsque les polypes siègent dans le côlon droit. Certains experts la proscrivent en raison du risque de perforation secondaire par coagulation transmurale [25].

La mucosectomie endoscopique consiste à injecter, à l'aide d'une aiguille à sclérose, du sérum physiologique (de 5 à 10 ml, voire plus) sous le polype. Il est ainsi surélevé et séparé de la sous-muqueuse, autorisant la mise en place d'une anse à polypectomie. Le recours à une anse à picots facilite l'accrochage à la muqueuse au pourtour du polype surélevé. Cette technique concerne les polypes sessiles de taille

limitée. Lors de l'injection sous-muqueuse, l'absence de surélévation du polype signe une extension de la lésion à la musculuse et justifie son exérèse chirurgicale. Il s'agit d'une éventualité exceptionnelle en pédiatrie [25].

La technique de polypectomie par fragments est utilisée lorsque l'anse à polypectomie ne peut enserrer le polype. L'anse est placée sur une des berges du polype. Le polype est réséqué, morceau par morceau, jusqu'à son extrémité opposée. Une coloration de surface par l'indigo carmin est conseillée afin de s'assurer au mieux du caractère complet de l'exérèse. Si besoin, la résection peut être complétée par une coagulation au plasma argon. La récupération de l'ensemble des fragments réséqués est essentielle. Elle est facilitée par l'utilisation des « anses paniers » [25]. Les complications de la polypectomie endoscopique sont de deux types : l'hémorragie et la perforation.

4.2.4. Fissure anale :

Le traitement chirurgical est exceptionnel, il se voit surtout chez l'adulte ou le grand enfant

❖ Dilatation anale

Proposée par Récamier en 1838 elle peut se faire de façon digitale ou instrumentale. Aveugle et non standardisable, elle expose soit à un risque important d'échec (dilatation insuffisante), soit à un taux d'incontinence anale séquellaire allant jusqu'à 25 % (dilatation excessive avec ruptures multiples du sphincter interne. [26]

Les techniques validées dans la littérature font intervenir une sphinctérotomie du sphincter interne, dont le but est de diminuer l'hypertonie. La guérison définitive est obtenue dans 90% des cas. Deux écoles s'opposent, mais en fait les indications des deux techniques ne sont pas tout à fait identiques. [28]

❖ La sphinctérotomie latérale, à ciel ouvert ou fermé

Consiste à sectionner une partie du sphincter interne à gauche ou à droite. C'est un geste rapide, simple, peu invalidant, mais qui ne permet pas une étude histologique de la fissure. [28]

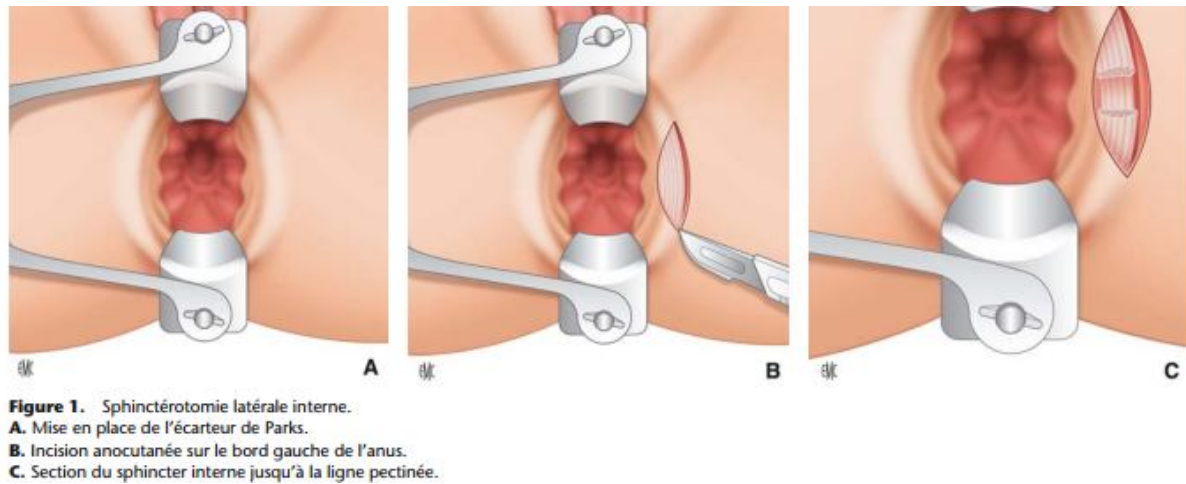


Figure 29: La sphinctérotomie latérale interne [26]

❖ La fissurectomie

Avec sphinctérotomie dans le lit de la fissure, consiste en l'exérèse du socle fissuraire et de ses bords, permettant de faire une étude histologique, suivie d'une section précise du sphincter interne à vue, sur la commissure postérieure. Une éventuelle anoplastie peut être associée, consistant à abaisser à la peau un petit lambeau de muqueuse rectale. Elle diminue les douleurs post-opératoires et favorise la cicatrisation. [28].

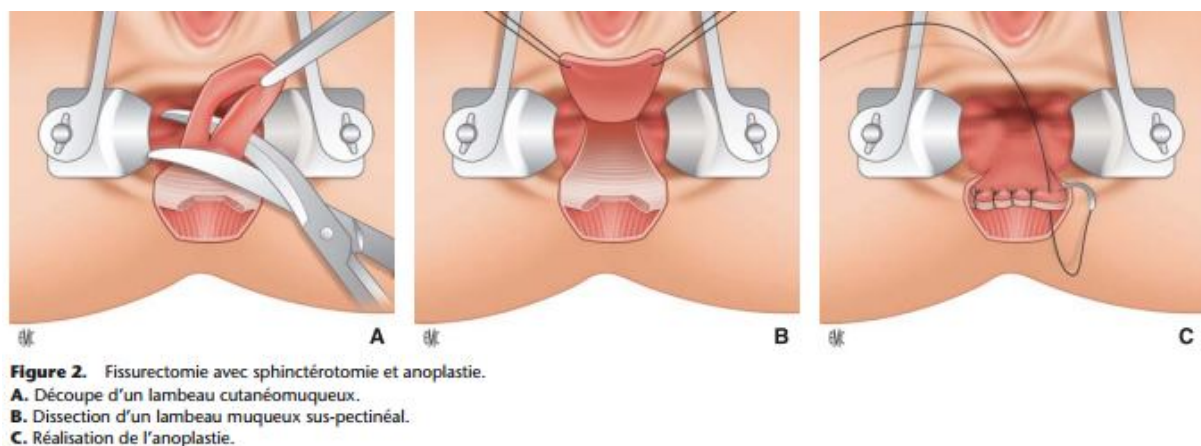


Figure 30: La fissurectomie avec sphinctérotomie et anoplastie [26]

4.2.5. Condylomes :

❖ Les traitements physiques et chirurgicaux :

➤ Cryothérapie par liquide

Appliqué au coton-tige ou au spray, c'est le traitement le plus couramment utilisé. Il est responsable de douleur locale pour laquelle l'anesthésie locale par crème est peu efficace. Par ailleurs, le nombre de séances, l'intervalle entre les séances, la durée de l'application d'azote, ne sont pas connus. Après application, il peut se produire une phlyctène sérosanglante dans les 72 heures.

Ce traitement est simple à réaliser et à renouveler en consultation externe, mais se peut se révéler traumatisant chez le petit enfant. [20]

➤ Electrocoagulation

Elle est intéressante en cas de lésions profuses ; dans les structures non équipées de laser. Les résultats sont opérateurs dépendants. Elle nécessite une anesthésie locale (lésions externes), voire anesthésie générale (lésions étendues ou multifocales). Les vapeurs contiennent de l'ADN viral. Le Shaving permet une analyse histologique. [20]

➤ Vaporisation au laser CO2

Il ne se démarque pas des autres méthodes. Son intérêt : maîtriser la profondeur de la destruction ; l'anesthésie locale est indispensable, voire une anesthésie générale (lésions profuses ou multifocales). Il nécessite une bonne expérience du thérapeute (risques cicatriciels). Ses indications : les lésions externes et les lésions endocanalaire internes sous contrôle visuel. [20]

➤ L'excision chirurgicale

L'excision chirurgicale est rarement de première intention ; elle peut être justifiée devant une lésion isolée ou si une anesthésie est indiquée pour d'autres localisations.

Elle permet l'ablation de toute ou une partie des lésions, complétant le traitement avec une autre technique. Elle peut être intéressante en cas de doute diagnostique (histologie). [20]. **Dans notre étude, l'électrocoagulation a eu lieu chez un enfant, l'autre a bénéficié d'une excision chirurgicale.**

4.2.6. Sinus pilonidal :

❖ Méthodes conservatrices

La mise à plat

En période d'abcédation aiguë, elle permet de soulager rapidement le malade et de programmer un geste curateur ultérieur. Elle peut être réalisée sous anesthésie générale ou sous anesthésie locale (utilisant de la xylocaïne adrénalinée tamponnée injectée de façon très périphérique par rapport à la zone abcédée), le malade étant installé en décubitus latéral.

Après une incision linéaire de 2 à 3 cm de long ou l'excision d'une pastille cutanée, le pus est évacué et la cavité kystique est soigneusement lavée et curetée. Une mèche hémostatique est laissée en place, seul un flash antibiotique est de mise puisqu'il s'agit d'une suppuration superficielle collectée.

La cicatrisation nécessite des pansements quotidiens, éventuellement des curetages itératifs, et un rasage régulier des berges de la plaie. Elle est obtenue en 4 à 6 semaines et aboutit à une guérison définitive dans 50 % à 60 % des cas. Si l'on associe au simple drainage de l'abcès un curetage soigneux de la cavité, le taux de récurrence passe alors à 10 % [29]

Le drainage filiforme

Imaginé par Boulay et repris par Lombard-Platet, il s'agit d'un procédé en deux temps qui peut être appliqué aussi bien aux suppurations aiguës qu'aux formes chroniques et qui reproduit la tactique opératoire utilisée dans les fistules anales.

Après agrandissement des orifices cutanés, cathétérisme et curetage des différents trajets, un drainage filiforme élastique est introduit par l'orifice primaire et extériorisé à la partie la plus déclive de la cavité sur la ligne médiane. S'il existe des orifices secondaires, d'autres drainages peuvent être mis en place.

Ce drainage favorise la réduction de volume de la cavité kystique, la superficialisation et éventuellement l'épithélialisation des trajets fistuleux. Il n'entraîne qu'une gêne modérée, n'entrave aucunement l'activité, et doit être laissé en place 6 à 8 semaines. Au terme de ce délai, il est tout d'abord réalisé sous anesthésie locale une mise à plat des trajets secondaires pour terminer par la mise à plat du trajet principal, avec curetage du fond du kyste et excision d'une tranche cutanée de manière à laisser la cavité largement ouverte. La cicatrisation par seconde intention va survenir dans un délai de 3 à 4 semaines et nécessite une surveillance attentive et éventuellement des curetages répétés du fond du kyste.

Le taux de récurrence à long terme de cette technique demeure cependant inconnu.

On peut également, après avoir réalisé cette mise à plat, marsupialiser le kyste en suturant par des points séparés résorbables le bord libre de la peau au fond du sinus dont le socle fibreux a été préservé. Cette technique permet de couvrir le tissu cellulaire sous-cutané et de réduire la perte de substance à cicatrifier. Elle a l'avantage de raccourcir le délai de cicatrisation, avec un taux de récurrence à court terme de 6 %. [29]

La technique de LORD et MILLARD.

Sous anesthésie locale et après rasage, le malade étant couché sur le ventre, le (ou les) orifice(s) cutané(s) est (sont) agrandi(s) par excision d'une collerette de peau. Puis la cavité est curetée et éventuellement brossée pour évacuer totalement tous les débris et les poils, et les orifices sont laissés largement ouverts.

Cette technique nécessite en général plusieurs séances, la cicatrisation est obtenue en 4 à 6 semaines et le taux de rechutes varie de 9 % à 30 % à 2 ans.

À cette technique de curetage et de brossage, on peut adjoindre I311, après avoir soigneusement protégé la peau par une couche épaisse de vaseline pour éviter tout risque de brûlure, l'injection locale avec une aiguille à bout rond de 0,5 à 2 ml d'acide phénique qui est laissé en place 1 à 2 minutes puis réaspiré. Un nouveau curetage est ensuite réalisé. Le délai de cicatrisation est là encore de 4 à 6 semaines, avec un taux de rechutes de 6 % à 35 %.

Plus récemment a été proposée l'utilisation d'une colle biologique. [29]

❖ Méthodes d'excision

Il s'agit d'une excision monobloc, emportant tous les orifices fistuleux jusqu'au fascia pré sacré et circonscrivant à distance ces pertuis. Cela aboutit à une vaste perte de substance dans le pli inter fessier qui sera soit laissée en cicatrice dirigée (ou cicatrice en seconde intention ou encore à ciel ouvert) soit couverte par une plastie locale.

Autres procédés : excision-suture et plasties

Des techniques plus complexes de chirurgie plastique ont été proposées :

✓ Plastie par un lambeau rhomboïdal de rotation (Fig. 31)

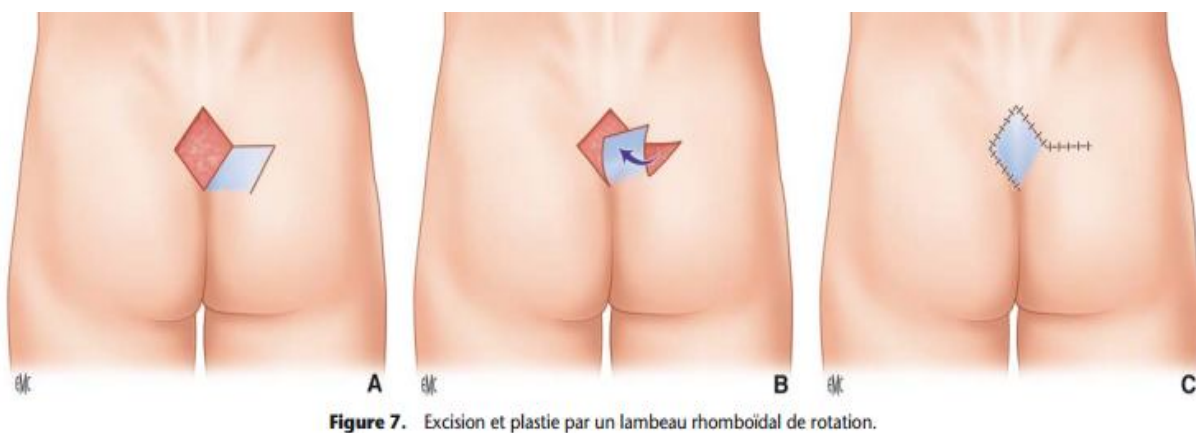


Figure 31: Excision et plastie par un lambeau rhomboïdal de rotation [29]

✓ plastie en Z (Fig. 32)

Taillant sur chaque berge un lambeau angulaire qui, après interversion et suture, aboutit à une cicatrice en zig-zag. La direction du pli fessier devient transversale, peu favorable aux récurrences mais parfois gênante au plan statique et esthétique. [29]

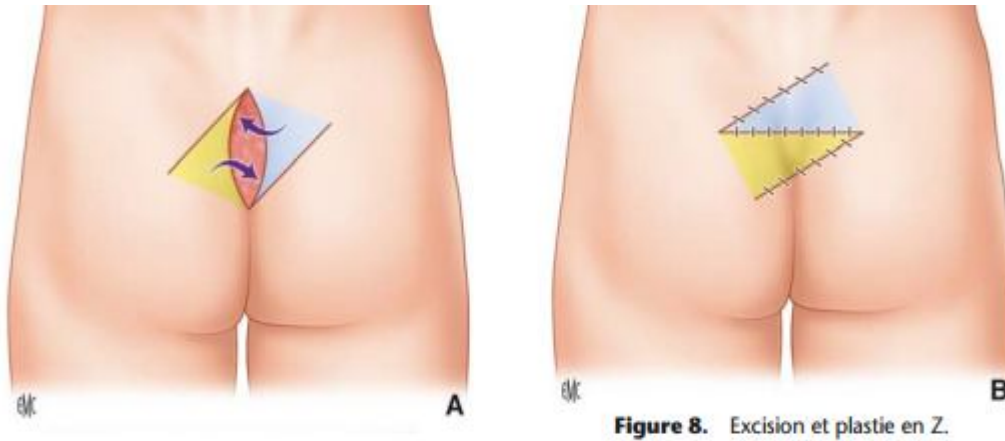


Figure 32: Excision et plastie en Z [29]

✓ Plastie losangique

Plastie losangique de Limberg ou plastie de Dufourmentel en V-Y

Après une excision elliptique prenant radicalement en bloc le sinus, ses trajets fistuleux et le tissu endommagé, le lambeau unilatéral en V est utilisé pour couvrir le défaut. En cas de perte de substance supérieure à 10 centimètres de large, il est nécessaire d'utiliser un lambeau bilatéral.

Une large bande de ce lambeau est désépithélialisée et son bord libre est plié en bas créant une double couche de tissu désépithélialisée qui est suturée à quelques centimètres de la ligne médiane à la fesse contre-latérale, créant ainsi deux couches de tissu au milieu et transformant le pli inter fessier en un sillon peu profond (combler le sillon par retournement de la graisse sous cutanée et une suture latéralisée après désépithélialisation partielle du lambeau). Les fils seront ôtés au 15^{ème} jour. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 4 à 5 jours. [24]

CONCLUSION



L'approche de la proctologie infantile implique de bien connaître les particularités et les spécificités de la pathologie pédiatrique, sous peine de risquer de rencontrer de grandes difficultés techniques ou de commettre de fâcheux impairs diagnostiques et/ou thérapeutiques.

Si la proctologie infantile doit sa filiation à la proctologie de l'adulte, si, comme chez l'adulte, la partie terminale du tube digestif peut exciper d'une pathologie très spécifique, elle présente cependant, en pédiatrie, des aspects originaux ou caractéristiques, souvent différents de son homologue adulte.

Les affections anorectales, dont la plainte principale est souvent une douleur, sont fréquentes et peuvent être très pénibles. . Il s'agit de modifications de la peau périnéale, troubles acquis tels que des fissures anales, fistules, abcès, prolapsus de polypes et certaines des causes de saignement rectal. En examinant ces patients, il est important d'obtenir une anamnèse complète se concentrant sur les événements qui ont conduit à ces affections

L'examen physique général comprend celui de la région anorectale avec inspection externe, toucher rectal et anoscopie, celle-ci permettant la visualisation directe du canal anal. La douleur est souvent trop forte et empêche alors l'anoscopie sans anesthésie ; certains patients peuvent même requérir une anesthésie générale.

Chacune des étapes diagnostique, technique et thérapeutique comporte des risques d'erreurs d'analyse si elles sont faites au seul regard de l'expérience proctologique adulte, d'autant que la terminologie utilisée en proctologie infantile a souvent repris celle de l'adulte, alors même que les causes et/ou conséquences en sont bien différentes et cet aspect " sémantique " est souvent source de confusions.

L'approche proctologique pédiatrique, loin d'être une simple "réduction" de la proctologie adulte, implique une prise en compte de données physiopathologiques très spécifiques : c'est seulement grâce à une telle attitude que pourront être évitées des méconnaissances diagnostiques, des confusions nosologiques et des thérapeutiques inadaptées.

RESUMES



RESUME

Titre : Pathologies anorectales acquises chez l'enfant à propos de 41 cas.

Auteur : ANASS RAHAOUI.

Mots-clés : Pathologies-anorectales-acquises-enfant

Les pathologies anorectales acquises sont des affections bénignes, fréquemment rencontrées en pratique quotidienne. Un examen proctologique complet permet de faire le diagnostic.

Notre étude rétrospective, descriptive porte sur 41 enfants qui ont été pris en charge au niveau du service de Chirurgie Pédiatrique A de l'Hôpital d'Enfants de Rabat. Cette étude ayant été étalée sur une période de 6 ans de Janvier 2008 jusqu'à Décembre 2014.

Le but de notre étude est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des pathologies anorectales acquises.

Les patients colligés dans cette étude sont au nombre de 41 (32 garçons et 09 filles), soit un sexe ratio de 3,5. Ils sont âgés entre 7mois et 14 ans. (Moyenne 5,8 ans).

Les principales pathologies anorectales étaient : la fistule anale (14 cas soit 34,1%), le polype juvénile du rectum (12 cas soit 29,3%) et le prolapsus rectal (10 cas soit 24,4%). Les autres affections anorectales représentaient 14,7% des cas, soit principalement, la fissure anale (02 cas soit 4,9%), le condylome anal (2 cas soit 4,9%) et le sinus pilonidal (02 cas soit 4,9%). Les principaux motifs de consultation étaient les masses (39%), la douleur anale et perianale (31,7%), Les suintements ou écoulements anaux (31,7%) et les rectorragies (24,4%).

Un traitement médical à base d'une antibiothérapie a été mis chez 2 malades, d'une corticothérapie locale chez un autre. Un traitement laxatif a été indiqué chez 2 patients. Une polypectomie endoscopique a eu lieu chez 9 cas et une ablation chirurgicale de polypes chez trois autres. 9 enfants ont bénéficié d'une fistulotomie et 4 autres d'une fistulectomie.

9 enfants ont subi une sclérothérapie et 4 un cerclage. 3 excisions sont réalisées et 1 cas d'électrocoagulation.

SUMMARY

Title : acquired anorectal diseases in childhood about 41 cases.

Author : ANASS RAHAOUI.

Keywords: Diseases-Anorectal-acquired-child

The acquired anorectal diseases are considered benign , they are frequently encountered in daily practice. A complete proctological examination allows the diagnosis in most cases.

Our retrospective and descriptive study focuses on 41 children with acquired anorectal pathology that were supported at the Pediatric Surgery Department A of the Children's Hospital in Rabat. This study was spread over a period of 6 years from January 2008 until December 2014.

The aim of our study was to analyze the epidemiologic, diagnostic and therapeutic characteristics of anorectal diseases acquired.

Patients collected in this study are among 41 (32 boys and 09 girls), so a sex ratio of 3.5. They are aged between 7 months 14 years. (Average 5.8 years).

The main anorectal diseases were: anal fistula (14 cases or 34.1%), the juvenile polyp of the rectum (12 cases or 29.3%) and rectal prolapse (10 cases or 24.4%). Other anorectal disorders represented 14.7% of cases, mainly anal fissure (02 cases or 4.9%), anal warts (2 cases or 4.9%) and pilonidal sinus (02 cases or 4, 9%). The main reasons for consultation were the masses (39%), anal and perianal pain (31.7%), seeps or anal discharge (31.7%) and rectal bleeding (24.4%).

Hospitalization was indicated in 4 other .All patients were cared for as outpatients.

Medical treatment with antibiotics was put in 2 patients, a local corticosteroid in another. Laxative therapy was reported in 2 patients. Endoscopic polypectomy occurred in 9 cases and surgery to remove polyps in three others. 9 children received fistulotomy and 4 other fistulectomy. 9 children underwent sclerotherapy, and 4 cerclage. 3 excisions are performed and 1 case of electrocoagulation.

ملخص

العنوان: علم الأمراض الشرجية المكتسبة في الطفولة عن 41 حالة

من طرف: انس الرحاوي

الكلمات الرئيسية: الأمراض؛ الشرجية؛ المكتسبة؛ الطفل

تعتبر الأمراض الشرجية المكتسبة حميدة، وكثيرا ما ووجهت في الممارسة اليومية. الفحص الكامل المستقيم يسمح التشخيص في معظم الحالات.

لدينا دراسة وصفية رجعية لدى 41 حالة من الأمراض الشرجية المكتسبة التي تم دعمها في قسم جراحة الأطفال في مستشفى الأطفال بالرباط على مدى 6 سنوات خلال الفترة من يناير 2008 وحتى ديسمبر 2014. الهدف من عملنا هذا هو: دراسة الجوانب الوبائية السريرية والعلاجية للأمراض الشرجية المكتسبة. الحالات التي تم جمعها في هذه الدراسة هي 41 حالة (32 من الفتيان و9 من الفتيات) بمعدل جنسي 3.5 تراوحت اعمارهم بين 7 أشهر و14 سنة (متوسط العمر 5.8 سنوات).

وكانت الأمراض الشرجية الرئيسية: الناسور الشرجي (14 حالة أو 34.1٪)، وسليلة الأحداث المستقيم (12 حالة أو 29.3٪) وهبوط المستقيم (10 حالات أو 24.4٪). وتمثل الاضطرابات الشرجية الأخرى 14.7٪ من الحالات، وخاصة (02 حالات أو 4.9٪)، والثآليل الشرجية (2 الحالات أو 4.9٪) والكيسة الشعرية (02 حالات أو 4.9٪)، الشق الشرجي (9٪)

وكانت الأسباب الرئيسية الكتل (39٪)، وألم الشرج (31.7٪)، التسرب أو التصريف الشرجي (31.7٪) والنزيف المعوي (24.4٪)

استدعت 4 حالات الإقامة بالمستشفى للعلاج بينما البقية لم تستدع الا تدخل عيادات خارجية . تم العلاج بالمضادات الحيوية لمريضين، كورتيكوثيرابي محلية عند آخر. وعلاج ملين لمريضين حدث استئصال السليلة بالمنظار في 9 حالات وعملية جراحية لإزالة السليلة لثلاثة أطفال.

9 اطفال استفادوا من بضع الناسور و4 آخرين من استئصال الناسور.

9 اطفال استفادوا من التصليب و 4 من الربط

3 عمليات استئصال اجريت و عملية تخثير كهربائية واحدة

FICHE D'EXPLOITATION PROCTOLOGIE (Annexe 1)

Nom et Prénom :

N° du dossier :

Date d'entrée :

date de sortie :

Identité : Age :

Sexe :

Motif d'admission :

ATCDs : Personnels :

- Prise répétée de température

-Pathologie préexistante : ☐Maladie coéliquaue ☐Allergie ☐ mucoviscidose
☐ Constipation ☐MICI ☐Autres :.....

-Prise médicamenteuse :

-chirurgie Anorectale : ☐MAR ☐Fissure ☐Fistule anale ☐PR
☐ Pathologie tumorale ☐Hémorroïdes
☐Autres :.....

Familiaux : Cas similaires

Clinique

Signes clinique :

-Rectorragies : ☐oui ☐non

-Syndrome rectale : ☐Emission afécale ☐Ténesme ☐épreinte ☐Faux besoins

-Douleur : ☐oui ☐non

-constipation : ☐oui ☐non

-diarrhées : ☐oui ☐non

-Prurit : ☐oui ☐non

-Masse(s) : ☐oui ☐non

-Autres:.....

Examen clinique :

- Inspection de la marge anale : ☐Fissure ☐Fistule ☐Polype ☐PR ☐Hemorroides ext ☐ Normale

-Toucher Rectale : ☐Masse ☐Rectorragie ☐Normal ☐Autres :.....

Biologie:

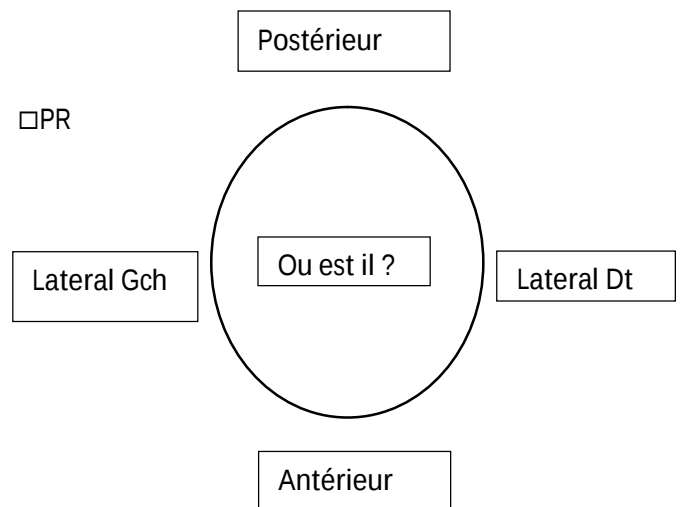
NFS :- Hb :(VGM : ; CCMH :) - GB : (L : ; N : ; E :) - Plq :
 Ionog : - urée : - créat : -Na+ : - k+ : -Protidémie :
 TP : TCK : VS :
 Parasitologie des selles : Coproculture :
 Autres :

Examens complémentaires:

-anuscopie :
 -rectoscopie à tube rigide:.....
 -colonoscopie :
 -Echographie endorectale :
 -Manométrie anorectale :
 -Autres :

Diagnostic retenu :

- ☐ Fissure anale ☐ Fistule anale ☐ Abscès ☐ PR
☐ Traumatisme AR ☐ Sinus pilonidal
☐ Hémorroïdes : Interne (grade 1 2 3 4)
 Externe (Thrombose ☐ oui ☐ Non)
 Les Deux
☐ Masse(s) :
☐ Autres :



TRAITEMENT :

-Hospitalisation : ☐ oui ☐ Non

-Traitement Médical : ☐ ATB ☐ Cortico ☐ Immunosuppresseur

☐ Autres :

-Intervention Endoscopique :

-Intervention chirurgicale :

Evolution :

-Favorable : ☐ oui ☐ non

-Récidives : ☐ oui ☐ non

-Complications:

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] **ROUVIERE :**
Anatomie humaine= Anatomie du rectum p 421-431
- [2] **A.DELMAS :**
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle.Edition Masson 2002
- [3] **MICHEL.L.BOUCHOUCHA :**
Physiologie et étude de la compliance du rectum et sphincter anal,
Encyclopedie med-chir : gastro-entéro, Edition 1998
- [4] **J.TORTORA et B.DERRICKSON:**
Principles of anatomy and physiology « Adaptation française de
M.FOREST et L.MARTIN » chapitre 24, Edition Deboeck 2007
- [5] **GOD LEWSKI G., PRUDHOMME M. :**
Embryology and anatomy of the rectum. Basis of surgery. Sur clin.North Am
2000;80;319,343.
- [6] **FAUCHERON JL. :**
Anatomie chirurgicale des nerfs du pelvis, Ann chir 1999 ;53 ;985-989
- [7] **WEXNER S., MARCIO NJ.:**
Colorectal physiological tests= use or abuse of technology?
Eur J Surgery 1994; 160;167-74
- [8] **DOLK A. , BRODEN G, HOLMSTROM B. :**
Slow transit of the colon associated with severe constipation. A clinical and
physiological study. Dis. Colon rectum 1990;33;786-90
- [9] **JP LECHAUX :**
Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet. EMC app. Digestif 40-
710;2002;12p

- [10] **SAXENA AK., METZELDER ML:**
Laparoscopic suture rectopexy for rectal prolapsed in 22 month old girl. Sur, laparosc.endosc. percutan, tech. 14; 33-34
- [11] **R.VILLET,A.GROSSETI:**
Physiologie et pathologie de la défécation EMC 300-A15
- [12] **MARSHMANN D, PERCY J :**
Relationship with joint mobility.Aust.N.Z.J.Surgery ;57-827-829
- [13] **DOERSHUCK C.F, BOAT T.F.:**
Nelson's textbook of pediatrics. 12th edition WB Saunders, ed, 1983, p1097
Discussion
- [14] **J.F. MOUGENOT :**
ASPECTS PARTICULIERS DE LA PROCTOLOGIE INFANTILE.
www.proktos.com
- [15] **SAUL SCHAPIRO, M.D.:**
THE PROCTOLOGIC EXAMINATION OF INFANTS AND CHILDREN The
Journal of Pediatrics, Volume 32, Issue 5, May 1948, Pages 543-552
- [16] **LAGRANGE, MARC.**
1997. Pratique quotidienne en proctologie. Montrouge, France: John Libbey
Eurotext.Pages 87-88
- [17] **ANNE MUNCK, JEAN-FRANÇOIS MOUGENOT, SYLVIANE
OLSCHWANG, MICHEL PEUCHMAUR.**
Polypes et polyposes des enfants. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 1998;1-0
[Article 4-018-Y-20].

[18] Y AIGRAIN, A EL GHONEIMI.

Prolapsus rectal de l'enfant. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 1992:1-0
[Article 4-018-P-50].

[19] S. GHORBEL, T. CHOUIKH, H. YENGUI, A. CHARIEG, F. NOUIRA, B. CHAOUACHI

Place de la sclérothérapie dans le traitement du prolapsus rectal récidivant de l'enfant
journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 26, Issue 3, June 2013, Pages 157-160

[20] ASMAA LAKHDISSI

Thèse : Condylomes anaux chez l'enfant 2012

[21] AMADOU BOGOLA

Thèse : Prolapsus rectal dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du chu
Gabriel Toure 2008

[22] EL RIFAI CHERINE

Thèse : POLYPES RECTO-COLIQUES DE L'ENFANT Fès 2013

[23] A. SELLAMI, A. CHARIEG, N. SARRAY, F. NOUIRA, R. BOULMA, S. GHORBEL, B. CHAOUECHI

Abcès péri-anal et fistule anale chez l'enfant tunis. Archives de Pédiatrie Volume 17,
Issue 6, Supplement 1, June 2010, Pages 111

[24] AMINE SLAOUI

These : Le sinus pilonidal Rabat 2014

[25] JF. MOUGENOT, C. FAURE, O. GOULET.

Endoscopie digestive. Encycl Méd Chir Pédiatrie, 4-017-A-05, Gastro-entérologie, 9-013-B-07, 2001, 26 p.

[26] ROGER LOMBARD-PLATET, XAVIER BARTH.

Fissure anale. EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif 1995:1-0 [Article 40-700].

[27] MONNEUSE O., BARTH X.

Traitement chirurgical des fissures anales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-700, 2011.

[28] JEAN-LUC FAUCHERON

La fissure anale. Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble. www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE

[29] BARTH X., TISSOT E., MONNEUSE O

Traitement chirurgical de la maladie pilonidale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-692, 2010

[30] SOULLARD J, CONTOU J F

La maladie pilonidale. Coloproctologie (Paris Masson), 1983 :324-330

[31] FLAMEIN.R, SLIM.K, GRANDJEAN.J.P

Chirurgie du sinus pilonidal : Quelle technique choisir. Annales de chirurgie, 130,205 : 573-576.

[32] RISTO J. RINTALA, LEIF OLSEN

Pediatric Surgery Digest 2009, pp 451-502 Anorectal Diseases

[33] A. F. SCHÄRLI

Surgery of Anorectal Diseases 1990, pp 287-304 Pediatric Proctology

[34] PROF. EM. GEORGES L. KAISER

Symptoms and Signs in Pediatric Surgery 2012, pp 385-406 Lower Gastrointestinal Bleeding

- [35] **NICOLAS LEMARCHAND ,KATIA FELLOUS**
Traumatismes anorectaux,Ency Medico Chir [9-079-A-10]
- [36] **CASEY M. CALKINS, MD • KEITH T. OLDHAM**
ACQUIRED ANORECTAL DISORDERS. Ashcraft's Pediatric Surgery (Fifth edition), 2010, Pages 502-507
- [37] **V. DE PARADES, J.-D. ZEITOUN, Z. DAHMANI, E. PARNAUD**
La fistule anale cryptoglandulaire Gastroentérologie Clinique et Biologique, Volume 34, Issue 1, January 2010, Pages 48-60
- [38] **OUMAR TOURE**
These : etude des fistules anales primaires dans les services de chirurgie generale et pediatrique du chu Gabriel Toure. à propos de 64 cas, 2006
- [39] **ANTAO B., M.R.C.S., V.BRADLEY, M.B.CH.B., J. P.ROBERTS, F.R.C.S.(PAED),. R. SHAWIS, F.R.C.S.**
Management of Rectal Prolapse in Children Dis. Colon Rectum American 2005;48: 1620-1625.
- [40] **AHMED E. LASHEEN CLOSED RECTOSACROPEXY FOR RECTAL PROLAPSE IN CHILDREN**
Surg Today Egypt (2003) 33:642-644.
- [41] **V. DE PARADES ET C. PARISOT.**
Fissure anale. Encyclopédie Médico Chirurgicale, Gastroentérologie Clinique et Biologique Vol 31, N° 11 - novembre 2007 pp. 985-992
- [42] **P-Y. MURE.**
Pathologie ano-rectale acquise. Encyclopédie Médico Chirurgicale, DESC 2007

[43] D SOUDAN

Côlon & Rectum , Novembre 2011, Volume 5, Issue 4, pp 307-313

[44] ARDA IS, GÜNEY LH, SEVMIS S, HIÇSONMEZ A

High body mass index as a possible risk factor for pilonidal sinus disease in adolescents. 2005;29:469-71.

[45] MAHA MOKRIM

Thèse : Le traitement laparoscopique du prolapsus rectal chez l'enfant à propos de 14 cas au sein du service des urgences chirurgicales pédiatriques du Pr Ettayebi

[46] M. BELAHCEN, F. CHAMI, M. ERRAJI, M. KISRA, F. ETTAYEBI

Prolapsus rectal de l'enfant : une nouvelle technique de rectopexie par voie laparoscopique. Le journal de Cœlio-chirurgie - N° 80 - Décembre 2011

[47] JURCZAK F, LARIDON J Y, RAFFAITIN PH, POUSSET JP.

Colle biologique dans les fistules anales : à Propos de 31 patients. Ann Chir 2004 ; 129 :286 – 289.

[48] GUILLAUME ZUFFEREYA, KAREL SKALA, ROLAND CHAUTEMS, BRUNO ROCHE

Suppurations et fistules ano-rectales Schweiz Med Forum 2005;5:851–857

[49] LOMBARD-PLATET R, BARTH X, ANDEREGGEN V

Suppuration de la région anale. Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales. Généralités-Appareil digestif, 40-690, 1993

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأنا أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأنا أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي الأول.
- وأنا لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأنا أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأنا أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأنا أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأنا أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأنا لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس – الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 25

سنة : 2015

الأمراض الشرجية المكتسبة عند الأطفال

بصدد 41 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد: أنس الرحاوي

المزاد في 05 يونيو 1988 بالقصر الكبير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الأمراض – الشرجية – المكتسبة – الطفل.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد نجيب بنحماموش

أستاذ في جراحة الأطفال

مشرف

السيد: منير كسرى

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: مبارك عبد الحق

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: رشيد أولحيان

أستاذ مبرز في جراحة الأطفال

أعضاء

السيد: علاء القريشي

أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش