



Université Ibn Khaldoun –Tiaret  
Annexe de Médecine  
Année universitaire 2025-2026



Welcome to the Faculty of Medicine  
- Tiaret



## Cours de sémiologie Etudiants de 3ème année MEDECINE Unité d'Enseignement Intégrée 04: UEI 04

# EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Dr. N.SAMSAR

Maitre assistante

Service d'Hépto-Gastro-Entérologie

CHU ORAN

LE 08/04/2026

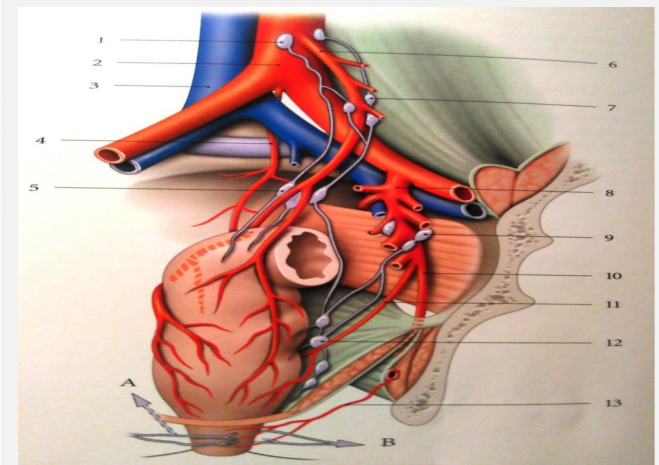
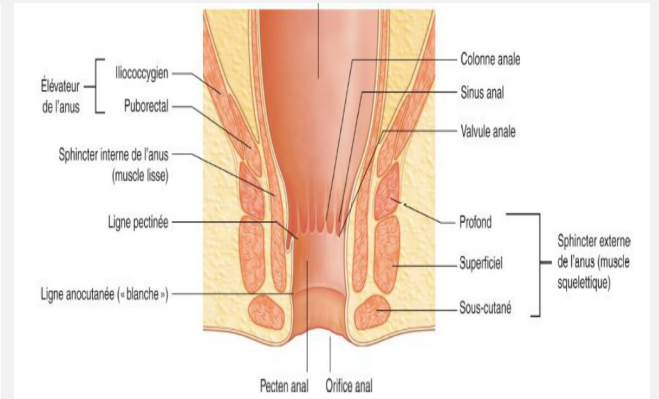
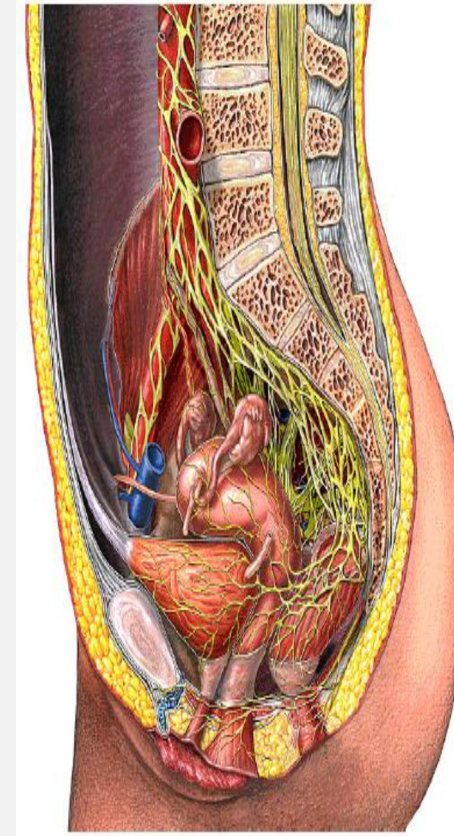
# INTRODUCTION

- l'examen proctologique consiste à examiner le périnée, l'anus et éventuellement le rectum. Cet examen est indispensable pour expliquer des symptômes, poser un diagnostic et proposer un traitement adapté, ce que ne permet pas un simple interrogatoire.
- Cet examen peut être réalisé par tout médecin.
- L'examen proctologique est rapide et généralement indolore.

# EXAMEN PROCTOLOGIQUE : EN QUOI CONSISTE-T-IL ?

- L'examen proctologique permet de diagnostiquer différents troubles de la région anorectale.
- L'examen est divisé en plusieurs étapes et n'est pas douloureux. Plus le patient est détendu, moins il se sent mal à l'aise. Si le patient est détendu, le médecin est en mesure d'examiner plus facilement la zone et donc de poser un diagnostic précis.
- En cas de problèmes pouvant entraver l'examen, par exemple en présence d'une fissure anale aiguë et douloureuse, le médecin ne peut effectuer que certaines étapes de l'examen. L'exploration rectale sera réalisée dans un deuxième temps, après la disparition des symptômes.

DR.SAMSAR



# DEROULEMENT DE L'EXAMEN(1)

- ❖ Plus précisément, l'examen proctologique comprend les 5 étapes suivantes, le plus souvent en position dite « genu pectorale » :
  - inspection de la région ano-périnéale ;
  - déplissement des plis radiés de la marge anale ;
  - toucher ano-rectal ;
  - examen du canal anal par anoscopie ;
  - +/- examen du rectum par rectoscopie au tube rigide



## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (2)

- **ANAMNÈSE** : avant de commencer l'examen proprement dit, le médecin procède à une anamnèse, un entretien approfondi avec le patient.
- Pendant cette phase, le spécialiste demande au patient :
- de décrire les symptômes et les troubles dont il souffre ;
- quand les symptômes sont apparus et à quelle fréquence ils se manifestent ;
- tout antécédent familial en matière de problèmes anorectaux ;
- des informations sur les éventuelles thérapies ou interventions chirurgicales auxquelles le patient a déjà eu recours pour le problème en question.

## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (3)

- L'examen anorectal ou proctologique se fait chez un sujet déshabillé sur un plan dur (table d'examen).
- Le choix de la position du patient dépend des habitudes du médecin :
- **1- Le sujet en décubitus latéral gauche :**
- les genoux fléchis sur les cuisses tenus par les mains du patient et les cuisses fléchies sur le tronc.
- Cette position permet de mieux explorer la face postérieure et les latérales du rectum → d'un tumeur rectale +++++.
- **2- Le patient en position genu-pectoral :**
- Le tronc reposant sur les genoux, la poitrine s'appuyant sur le plan de la table, la tête et les épaules reposant sur la table d'examen.
- Cette position permet de mieux explorer la face antérieure du rectum → explore la prostate ( volume et consistance).



## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (4)

- 3- Le patient en décubitus dorsal :
- Les cuisses fléchies sur le tronc, les genoux repliés , tenus par le malade ou bien les jambes fléchies et les poings sous les fesses.
- Cette position permet de mieux explorer la face antérieure du rectum et le cul de sac de Douglas→ explore la prostate ( volume et consistance) ++++.
- 4- Le patient en position debout , penché en avant, les coudes sur la table d'examen.

## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (5)

- **Inspection** de la région périanale pour détecter tout problème visible de l'extérieur.
- Le médecin, les mains gantées, commencera par regarder l'anus en écartant les fesses. Pour bien voir il déplissera les plis radiés de l'anus qui peuvent par exemple cacher une fissure .
- Il peut demander au patient de pousser comme si il allait à la selle afin de faire sortir des hémorroïdes internes (prolapsus hémorroïdaire) ou pour rechercher un prolapsus du rectum.
- Le médecin effectue une première inspection non invasive et identifie les problèmes déjà visibles sur la peau externe. Après la phase d'observation et en fonction des symptômes du patient, le spécialiste évalue s'il est possible de passer aux étapes suivantes.



## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (6)

- **Palpation :**
- le médecin introduit doucement son index ganté et lubrifié dans le canal anal, puis plus haut dans le rectum
- De la marge anale : à la recherche d'une tuméfaction, induration, douleur.
- **Toucher rectal :** doit être expliqué au patient !
- Normalement indolore.
- Palpation des parois du canal anal, parois du bas rectum, de la prostate chez l'homme et du col utérin chez la femme.
- Il faut évaluer les points suivants :
- Résistance du sphincter interne, Longueur du canal anal ,Aspérités des parois anales et rectales, présence de selles ou pas ? Presence du sang ou pas sur le doigtier?
- Palpation des aires inguinales à la recherche d'ADP non physiologiques.

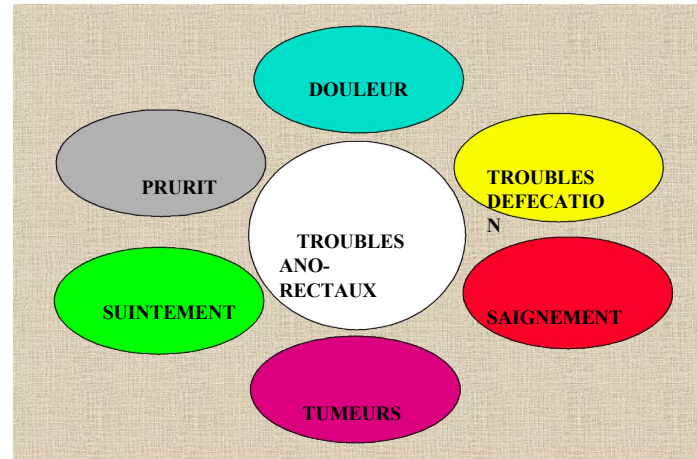


## DEROULEMENT DE L'EXAMEN (7)

- L'étape suivante est **l'anuscopie** pratiquée avec un spéculum pour anus (. Cet examen permet de voir le canal anal où l'on trouve les hémorroïdes internes et le bas du rectum.
- Enfin, selon le même principe, une rectoscopie à l'aide d'un tube rigide plus long peut compléter l'examen et visualiser le rectum de façon indolore. Cet examen peut être complété par un examen gynécologique chez la femme et si nécessaire par un examen clinique plus général.
- Ces examens ne sont normalement pas douloureux. Toutefois certaines pathologies (fissure anale par exemple) peuvent les rendre pénibles, le médecin adaptera son examen à votre cas.



# PROCTOLOGIE DANS LA VRAI VIE



## URGENCES PROCTOLOGIQUES

- Fissures anales
- Pathologies hémorroïdaires
- Thromboses hémorroïdaires
- Abscesses ano-rectaux et fistules para-anales
- Kystes sacro coccygien

## PROCTOLOGIE D'URGENCE EN UN COUP D'ŒIL

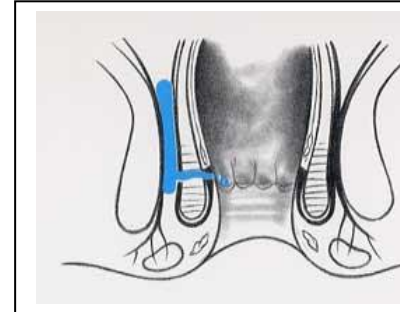
### 1) Fissure anale



Symptômes : Douleur aiguë, brutale, violente, sensation de brûlure interne, déclenchée par les selles puis calmée en 15 - 30 minutes, puis reprise lancinante. Rectorragie minime, constipation.

Examen clinique : Marisque, contracture anale douloureuse souvent hémorroïdes associées.

### 2) Abscès intra-mural du rectum



Symptômes : Douleur ano-périnéale progressive devenant atroce, lancinante, pulsatile, insomniante, souvent rétention d'urines associée chez l'homme, syndrome septique éventuel.

Examen clinique : Anus béant, parfois écoulement purulent, au TR: tuméfaction rectale localisée atrocement douloureuse.

Biologie : NFS, CRP Echographie endo-rectale ou CT

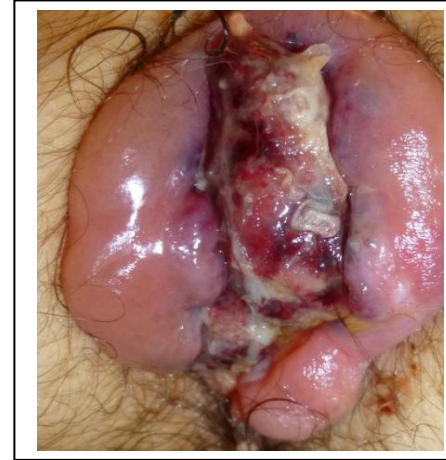
### 3) Thrombose hémorroïdaire externe



Symptômes : Douleur aiguë brutale.

Examen clinique : Tuméfaction bleuâtre, unique, localisée sur la marge anale, douloureuse, dure au toucher.

### 4) Prolapsus hémorroïdaire thrombosé



Symptômes : Douleur aiguë brutale, position assise impossible.

Examen clinique : Déformation de plus d'un tiers de la circonférence par une zone oedématiée et inflammatoire contenant de nombreux nodules bleuâtres douloureux.

### 5) Abcès fessier ou péri-anal



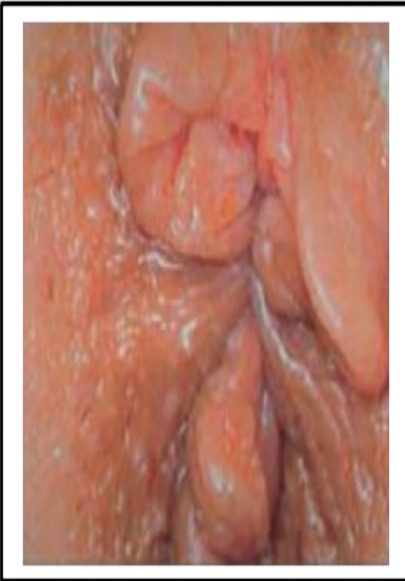
Symptômes : Douleur progressive, lancinante,

Examen clinique : Syndrome septique, tuméfaction inflammatoire tendue et très douloureuse localisée sur le versant cutané de l'anus ou à distance sur le périnée, de la fesse ou de l'ischion.

Le diagnostic et la bonne prise en charge de cet abcès sont importants pour éviter une évolution (**souvent mortelle**) vers une fasciite nécrosante périnéale, la gangrène de Fournier.



## 6) Marisque ou Hémorroïde externe



Marisque = transformation fibreuse d'une hémorroïde.

Clinique : souple, indolore, non ulcérée

Traitement :

Stade 1-2 -> TTT conservateur.

Stade 3-4 quand taille ++ -> TTT chirurgical.

## 7) Kyste pilonidal ou kyste sacro-coccygien (KSC)



Lésion kystique, développée à la partie haute des fesses, et contenant des poils et des follicules pileux.

Si abcès : simple évacuation dans un premier temps, puis exérèse du kyste dans un second temps lorsque celui-ci est bien vide.

L'excision laisse une cavité plus ou moins grande selon la taille du kyste. Habituellement les berges ne sont pas rapprochées car cela peut être la source de récurrence, on laisse la plaie restante en cicatrisation dirigée.