

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TOURNU Géraldine Pamela Ernestine

Née le 30 mai 1984 à Paris 16^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 10 septembre 2015

**Evaluation de la part de la proctologie en médecine
générale : étude nationale prospective**

Président de thèse : Professeur DRAY Xavier

Directeurs de thèse : Docteur ABRAMOWITZ Laurent

Professeur AUBERT Jean-Pierre

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TOURNU Géraldine Pamela Ernestine

Née le 30 mai 1984 à Paris 16^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 10 septembre 2015

**Evaluation de la part de la proctologie en médecine
générale : étude nationale prospective**

Président de thèse : Professeur DRAY Xavier

Directeurs de thèse : Docteur ABRAMOWITZ Laurent

Professeur AUBERT Jean-Pierre

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon Président de thèse, le Professeur Xavier DRAY,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous fais part de l'expression de mon plus grand respect.

A mes directeurs de thèse, le Docteur Laurent ABRAMOWITZ et le Professeur Jean-Pierre AUBERT,

Vous m'avez initiée à la recherche en médecine et m'y avez donnée goût. Je vous remercie de vos conseils avisés, de votre disponibilité et de vos encouragements durant ces trois années ponctuées de péripéties. Ce travail enfin abouti, je suis heureuse de le partager avec vous.

Au Professeur Benoît COFFIN,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Julien GELLY,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Aux Docteur Cédric LAOUENAN et Docteur Camille COUFFIGNAL,

Mes sincères remerciements pour votre aide précieuse dans l'élaboration et l'analyse statistique de ce travail.

Aux médecins généralistes et proctologues investigateurs de l'étude,

Je vous remercie de votre participation et de votre contribution à la réalisation de cette étude.

Aux médecins du Cabinet Condorcet, Valérie Douillard, Marina Lavigne, Thomas Tarjus et Bernard Jomier,

Merci de m'avoir fait découvrir une médecine juste et humaine. Vous m'avez soutenue lors de mes premiers pas dans le monde de la médecine générale et je vous en suis infiniment reconnaissante. Merci de votre confiance et de votre amitié.

Aux médecins et aux paramédicaux rencontrés tout au long de mon parcours,

Qui m'ont guidé dans l'apprentissage de mon métier.

A mes parents,

Pour votre soutien infaillible durant toutes ces années. Je ne vous remercierai jamais assez.

A mon frère Charles,

Pour tout ce qu'on a partagé depuis notre enfance et à nos moments à venir.

A mes amis,

Pour ces moments passés ensemble, sur les bancs de la faculté, aux chevets des patients ou ailleurs. A Pauline, pour ces 9 années d'études partagées, le meilleur est encore devant nous. Je te remercie de ton amitié.

A Jules,

Merci pour ton soutien, ta patience, tes maintes relectures. C'est à toi que je dédie cette thèse. Merci pour ton Amour.

A ma fille Daphné,

Ma plus belle réussite.

« One pill makes you larger
And one pill makes you small
And the ones that mother gives you
Don't do anything at all
Go ask Alice »

Jefferson Airplane
White Rabbit, 1967

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
INDEX DES TABLEAUX.....	6
INDEX DES FIGURES.....	6
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
1. Les pathologies anales	8
2. Les pathologies anales en médecine générale.....	11
3. Le principe de médecine préventive dans le cadre des pathologies anales.....	14
OBJECTIF DE LA THESE.....	18
METHODOLOGIE	19
1. Schéma de l'étude.....	19
2. Déroulement de l'étude	20
3. Critères d'évaluation	21
4. Analyse statistique	23
5. Gestion des données et aspects éthiques.....	24
RESULTATS.....	26
1. Population incluse	26
2. Prévalence des symptômes anaux	27
3. Examen clinique proctologique.....	32
4. Les pathologies anales diagnostiquées par le généraliste	34
5. Traitements	35
6. Consultation chez le spécialiste proctologue.....	35
7. Formation	36
DISCUSSION	37
1. Principaux résultats	37
2. Forces et limites de l'étude	38
3. Données de la littérature	39
4. Implications	42

CONCLUSION	44
ANNEXES.....	45
1. Annexe 1 : Note d'information pour les patients	45
2. Annexe 2 : Auto-questionnaire patient	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
RESUME	53

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. Prévalence des symptômes anaux et démarche diagnostique.....	29
Tableau 2. Prévalence d'une diarrhée et/ou d'une constipation selon la présence d'un symptôme anal.....	30

INDEX DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux des médecins généralistes participants et des patients présélectionnés	26
Figure 2. Diagramme de flux des patients	28
Figure 3. Douleur anale évaluée sur une échelle numérique de 0 à 10	31
Figure 4. Gêne anale évaluée sur une échelle numérique de 0 à 10.....	31
Figure 5. Proportion de diagnostics selon la réalisation de l'examen clinique.....	32
Figure 6. Proportion de diagnostics selon le symptôme rapporté	35
Figure 7. Impact de la formation médicale	36

ABREVIATIONS

e-CRF : electronic Case Report Form

IST : Infection sexuellement transmissible

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

1. Les pathologies anales

a. Epidémiologie des pathologies anales

L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner. Les études existantes ont pour la plupart recherché la présence de symptômes anaux ou de pathologies anales par simple interrogatoire sans contrôle clinique systématique. De ce fait leurs résultats présentent de grandes variations.

L'étude la plus récente concernant la population générale est américaine et remonte à 1995. Elle était réalisée par interrogatoire téléphonique aléatoire, chez 102 individus âgés de 21 à 65 ans, habitant la région de Joliet, dans l'Illinois. Elle retrouvait une prévalence des symptômes anaux de 20%, sans en préciser la pathologie anale sous-jacente ¹.

L'épidémiologie est mieux connue chez certaines populations. Chez les patients infectés par le VIH, une étude française menée à l'hôpital Bichat en 2003 retrouvait une prévalence des pathologies anales de 44%. Les condylomes anaux et les pathologies hémorroïdaires étaient les étiologies les plus fréquentes ². Une étude américaine rétrospective plus ancienne de 1986, avant la trithérapie, avait retrouvé une prévalence des symptômes anaux de 34% chez les patients infectés par le VIH. Les pathologies retrouvées le plus fréquemment par ordre décroissant étaient les condylomes, les ulcérations, la maladie hémorroïdaire, les fistules, les fissures, les abcès et les néoplasies anales ³.

D'autres études épidémiologiques se sont intéressées à la prévalence de pathologies anales spécifiques. Concernant la maladie hémorroïdaire, la prévalence aux Etats-Unis dans la population générale varie de 4,4% d'après l'étude de Johanson et Sonnenberg de 1990 ⁴, à 12,8% selon l'étude de LeClere et al. de 1989 ⁵. Plus de 50% de la population âgée de plus de 50 ans aurait souffert de maladie hémorroïdaire dans sa vie ⁶. Chez la femme enceinte, une étude réalisée à l'hôpital Bichat en 2003 retrouvait à l'examen proctologique de 165 femmes une prévalence des pathologies hémorroïdaires de 7,9% pendant le dernier trimestre de grossesse et de 20% dans le post-partum immédiat ⁷.

Quant aux fissures anales, la seule étude dans la population générale datant de moins de 30 ans est une étude américaine rétrospective unicentrique sur 6 ans, qui a évalué leur incidence annuelle à 0,11%⁸. Les auteurs estiment donc que le risque de souffrir dans sa vie d'une fissure anale est de 7,8%. Chez la femme enceinte la prévalence est bien plus élevée, la même étude de 2003 réalisée à l'hôpital Bichat mettait en évidence 1,2% de fissures anales pendant le dernier trimestre de grossesse et 15,2 % durant le post-partum immédiat⁷.

b. Diagnostic des pathologies anales

La plupart des pathologies anales ne nécessitent pas d'exploration complémentaire, les diagnostics se posent le plus souvent par l'interrogatoire associé à l'examen clinique, notamment pour la fissure anale, la maladie hémorroïdaire⁹, la fistule anale, l'abcès anal ou les pathologies dermatologiques. Quant au cancer anal, un simple examen clinique permet de le dépister.

L'examen clinique proctologique se réalise sur une table d'examen « classique », en décubitus latéral gauche ou en position genu-pectorale¹⁰, aucune position n'étant considérée comme plus gênante pour les patients¹¹. Le premier temps de l'examen est l'observation de l'anus, qui s'effectue en dépliant les plis radiés, permettant d'observer une fissure, une pathologie dermatologique, une fistule, une tuméfaction, une thrombose hémorroïdaire, un condylome¹⁰. Il faut demander au patient de « pousser » pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales comme des hémorroïdes internes qui se prolabent, une tuméfaction ou un prolapsus rectal^{10,12}.

Le deuxième temps de l'examen comprend la palpation du bord de l'anus et un toucher anorectal, à la recherche d'une anomalie telle une tuméfaction, une douleur ou un orifice interne de fistule anale. Ce toucher permet également d'évaluer le tonus des sphincters anaux.

La troisième étape est l'anuscopie, permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal, une fissure endo-canalair, un cancer endo-canalair et le bas rectum. Une rectoscopie permet de visualiser le rectum et peut être réalisée au cabinet, mais cela demande parfois une préparation par lavement évacuateur¹³.

c. Prise en charge des pathologies anales

Les spécialistes prescrivent souvent un traitement médical non spécifique en première intention pour les pathologies les plus courantes notamment la maladie hémorroïdaire ⁹, la fissure anale ¹⁴ et certaines pathologies dermatologiques. La mise en œuvre est facile avec une bonne efficacité et une certaine innocuité. Par exemple pour les fissures anales aiguës, une prise en charge médicamenteuse d'au moins trois semaines permet la cicatrisation dans 50% des cas ^{15,16}. Pour les pathologies hémorroïdaires et les fissures anales, le traitement médical non spécifique de première intention comporte au choix un traitement antalgique par voie orale, une régularisation du transit par une alimentation supplémentée en fibres avec l'administration de laxatifs ¹⁷, une application de topiques locaux lubrifiants (crème et suppositoire) ¹⁸. Pour les pathologies dermatologiques, il s'agit de mesures hygiéno-diététiques et de traitements locaux divers.

Un traitement médical spécifique peut être proposé plutôt en deuxième intention, en raison d'effets secondaires potentiellement néfastes et d'une efficacité transitoire, comme pour les dérivés nitrés ¹⁴, les inhibiteurs calciques et la toxine botulique par exemple ¹⁹. Il n'existe pas de consensus en France concernant ces traitements de deuxième intention, cependant ils peuvent parfois permettre d'éviter la chirurgie.

Enfin, il existe des traitements instrumentaux et chirurgicaux. Pour les hémorroïdes, les traitements instrumentaux sont réalisés pendant la consultation spécialisée : sclérose, électrocoagulation ou ligature élastique. Ils sont indiqués dans les hémorroïdes chroniques entraînant la procidence ou des saignements ^{9,17}. La chirurgie est nécessaire d'emblée en cas de prolapsus hémorroïdaire de grade 4 ou après échec d'un traitement instrumental ^{17,18}. Pour les fissures anales, la chirurgie est indiquée en cas de fissure anale infectée, suspecte de néoplasie, aiguë hyperalgique non contrôlée par le traitement médical, ou les fissures anales chroniques après échec du traitement médical ¹⁴. La chirurgie permet une guérison durable ^{16,20,21}, à un taux élevé de 96 à 100% ²², mais avec un risque d'incontinence anale pouvant atteindre 10 à 40% ¹⁶. Bien sûr pour certaines pathologies anales, par exemple l'abcès anal, le prolapsus rectal ou les condylomes anaux volumineux, le traitement est d'emblée chirurgical.

2. Les pathologies anales en médecine générale

a. Epidémiologie en médecine générale

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies anales semble appropriée au vu de leur prévalence à priori importante dans la population générale et de leur accessibilité à un traitement médical simple de première intention. Pourtant les données épidémiologiques concernant les pathologies anales sont pauvres en médecine générale. Il s'agit surtout d'études évaluant les symptômes anaux décrits par les patients, sans qu'un examen clinique ne soit réalisé et sans réelle identification de l'étiologie.

Une étude française réalisée en 2004, par Pigot et al., a évalué la prévalence des symptômes anaux, non pas chez les patients tout-venant mais chez les patients consultant leur généraliste pour un problème proctologique. Parmi les 18 000 généralistes sollicités, 1484 avaient accepté de participer et 161 avaient effectivement participé. Huit cent trente et un patients ont été recrutés. Les symptômes relevés par le médecin à l'interrogatoire étaient par ordre de fréquence une douleur anale (47,7%), un saignement anal (37,4%), un œdème anal (26,1%) et un prurit anal (23,8%)²³.

Une autre étude française rétrospective de 2006 de Siproudhis et al., avec la participation d'un institut de sondage national, a étudié un échantillon de 7196 patients représentatifs de la population française. Il s'agissait d'un auto-questionnaire recherchant les 10 plaintes anorectales les plus fréquentes. Dans cet échantillon 40,5% avaient eu une plainte anorectale lors des 12 derniers mois, un prurit anal (53%), une difficulté d'exonération (50%), une défécation douloureuse (49%), une rectorragie (47%), une émission incontrôlée de gaz (40%), une défécation perçue comme insatisfaisante (33%), une tuméfaction anale (30%), une douleur anale indépendante de la défécation (28%), un suintement anal (19%) et une incontinence fécale (17%)²⁴.

L'étude la plus récente publiée en 2014 et a évalué la prévalence des pathologies anales en médecine générale²⁵. Sur 1079 patients ayant consulté leur généraliste en France entre février et septembre 2010, le taux de consultation spontanée pour symptômes anaux était de 2%, alors qu'après un interrogatoire systématique de tous les patients, le taux de symptômes anaux était en fait de 14,2%. Ces symptômes étaient variés, saignement anal (32%), douleur anale (30,7%), prurit anal (22,2%), tuméfaction anale (21,6%), suintement

anal (14,4%) et fuite anale (14,4%). A partir de ces symptômes, les diagnostics posés par les généralistes étaient une maladie hémorroïdaire (48,4%), une fissure anale (9,2%), une pathologie dermatologique (7,2%), une suppuration anale (1,3%) et une pathologie fonctionnelle de type constipation, diarrhée ou incontinence anale (32,7%).

b. Le médecin généraliste face aux pathologies anales

Le diagnostic des pathologies anales est basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique proctologique. Cet examen anal est faisable dans un cabinet de médecine générale. La seule limite pour la réalisation d'une anoscopie est de posséder un speculum, unique ou jetable, et d'avoir été formé à son usage, mais elle ne nécessite pas de préparation particulière par le patient. Le plus souvent, un examen de la marge anale et un toucher rectal suffisent pour porter la plupart des diagnostics et proposer une prise en charge, sans nécessité d'adresser le patient à un spécialiste. Selon Pfenninger, en dehors d'une pathologie néoplasique, 90% des plaintes anorectales pourraient être prises en charge par le généraliste au cabinet ¹³. Effectivement, le traitement médical non spécifique est indiqué en première intention, il est efficace et sa prescription est réalisable par le généraliste.

Si la faisabilité de la prise en charge par le généraliste ne pose pas de problème, il en est autrement de son acceptabilité par les professionnels. L'examen proctologique serait rarement effectué par le généraliste. Dans une étude réalisée en France, parmi des patients consultant leur généraliste et se plaignant de symptômes anaux, seuls 60% d'entre eux avaient bénéficié d'un examen de la marge anale, 32% d'un toucher rectal et 2% d'une anoscopie. Chez 35% des patients le diagnostic étiologique avait été posé à partir des données de l'interrogatoire sans examen clinique ²⁵.

Une étude australienne a évalué l'acceptabilité des médecins à réaliser un toucher rectal, dans le cadre du dépistage du cancer anal chez des patients infectés par le VIH. Il s'agissait de médecins généralistes et d'infectiologues. Alors que 86% d'entre eux estimaient important, voire très important de dépister le cancer anal, seuls 22% le pratiquaient de manière courante ²⁶. Les principales raisons évoquées étaient l'absence de recommandations, l'absence d'étude dans la littérature en terme d'impact sur la morbidité

et la mortalité, le manque de connaissances et de confiance dans la pratique du geste, la gêne d'en parler avec le patient et la peur d'embarrasser le patient.

Un travail réalisé à Londres en 1988 par Springall et Todd a étudié les pratiques des généralistes. Sur une série de 300 patients ayant des symptômes digestifs ou anaux adressés par leur généraliste au spécialiste, 31% n'avaient pas été examinés, un toucher rectal a été pratiqué dans 48% des cas, alors qu'un diagnostic n'a été donné que dans 51% des cas ²⁷. Selon une autre étude datant de 1990 évaluant les pratiques de généralistes en Angleterre, les raisons de non réalisation d'un toucher rectal face à des symptômes anorectaux ou urinaires étaient : la réticence des patients, la notion de répétition de l'examen par un proctologue et le manque de temps. Ces facteurs de risque touchaient surtout les généralistes peu formés à la proctologie ou les jeunes diplômés ²⁸.

Outre l'acceptabilité de cet examen par les généralistes, il apparaît que les patients ne déclarent pas spontanément leurs symptômes anaux. Dans l'étude de 2014 sur la prévalence des pathologies anales en médecine générale, le taux de consultation spontanée pour ces symptômes était de 2%, alors qu'après un interrogatoire systématique de tous les patients, le taux de symptômes anaux était de 14,2% ²⁵. On peut supposer qu'il s'agit d'un sujet tabou, touchant une partie intime du corps. Les patients associent généralement les symptômes anaux à une crise hémorroïdaire ²⁹, une pathologie banale et bénigne à leurs yeux, dans notre expérience ils ont fréquemment recours à l'automédication avant de consulter. Par exemple, selon une étude portant sur la prévalence des troubles de la défécation, la moitié des patients souffrant de constipation et deux tiers des patients souffrant d'incontinence anale n'avaient jamais consulté, alors que l'impact sur la qualité de vie était important ²⁴. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données sur l'acceptabilité de l'examen clinique proctologique par le patient, quand il est proposé par le généraliste.

c. Intérêt de l'examen clinique proctologique en cas de symptôme anal

Plusieurs études ont montré des taux d'erreurs diagnostiques significatifs par les généralistes concernant les maladies anorectales bénignes et l'importance d'une formation pratique ^{30,31}. Une meilleure prise en charge suppose la réalisation d'un interrogatoire couplé à un examen clinique proctologique. Or les généralistes pratiquent peu d'examens

proctologiques face à des plaintes anorectales. Sans l'examen clinique, le risque d'erreur diagnostique est important puisque les mêmes symptômes peuvent être communs à des pathologies différentes. Par exemple, les symptômes liés aux crises hémorroïdaires sont similaires à ceux d'autres pathologies anorectales. Les diagnostics différentiels doivent être connus : cancer anal, fissure anale, condylome anal, cancer colorectal, maladie inflammatoire digestive, abcès anopérinéale, marisque anale^{12,18}. Dans le cancer anal, la rectorragie est le symptôme annonciateur le plus fréquent, présent chez 45% des patients, la douleur anale et la tuméfaction anale chez 30%. Ces manifestations sont tardives et sont en rapport avec la taille et l'infiltration de la tumeur³². Ainsi, le diagnostic est souvent fait tardivement, ces symptômes étant en général attribués à une maladie hémorroïdaire.

En France, la formation théorique proctologique est limitée à un seul cours succinct dans le deuxième cycle des études médicales, intitulé « Pathologie hémorroïdaire » et la formation pratique est rarement acquise, les étudiants n'ayant pas facilement accès aux consultations proctologiques. Ainsi une étude a montré qu'après avoir réalisé un stage pratique dans une clinique colorectale, des étudiants posaient un bon diagnostic des pathologies anales dans 81% des cas, contre 43% pour les étudiants qui n'avaient eu qu'une formation théorique dans le cursus général³³. La connaissance de la prévalence des pathologies anales en médecine générale permettrait de sensibiliser le généraliste à ces pathologies sous-estimées qui ont pourtant un fort impact sur la qualité de vie du patient.

3. Le principe de médecine préventive dans le cadre des pathologies anales

a. Prévention en médecine générale

La consultation de médecine générale est un temps privilégié pour les actions de prévention. La prévention secondaire « a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, ceci recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour en faire disparaître les facteurs de risque »³⁴. Cette prévention est réalisée sous forme de dépistage si la pathologie est asymptomatique, ou sous forme de recherche systématique de symptômes si le patient

ne les déclare pas. Cette démarche ne répond pas à une demande explicite du patient, c'est le médecin qui prend l'initiative.

Deux exemples permettent d'illustrer la place du généraliste. Il participe aux dépistages organisés des cancers du sein, du col utérin et colorectal, ainsi qu'aux dépistages individuels du cancer de la prostate, du diabète de type 2 et des infections sexuellement transmissibles (IST). Il prévient également les complications de l'intoxication tabagique via le conseil minimal. Cette intervention brève et répétée vise à évaluer et à augmenter la motivation du fumeur au sevrage tabagique ³⁵.

b. Prévention et dépistage ciblés des pathologies anales

Dans certaines populations de patients les actions préventives des pathologies anales sont couramment effectuées.

La grossesse et le post-partum sont des périodes à risque de pathologies anales, en raison de l'hyperpression vasculaire, des modifications hormonales et surtout de la constipation ³⁶. Un tiers des femmes souffre de fissure anale et de thrombose hémorroïdaire externe en raison d'une grossesse ³⁷. Un accouchement traumatique (poids du bébé important, terme tardif, durée d'expulsion prolongée, déchirure des petites lèvres de la mère) et une constipation terminale en sont des facteurs favorisants ³⁸. Il est admis qu'il faut rechercher les symptômes anaux lors du suivi de grossesse et du post-partum ³⁸.

Chez le patient infecté par le VIH, la prévalence des condylomes anaux a été estimée à 31% dans une étude brésilienne récente ³⁹. En raison de leur fréquence il est recommandé de proposer un dépistage systématique pour diminuer le risque de développer un cancer anal⁴⁰. Tous les patients infectés par le VIH ont un risque augmenté de cancer épidermoïde du canal anal évalué à 29 fois celui de la population générale ⁴¹. Ce dépistage s'adresse aux hommes ayant des rapports sexuels anaux, aux femmes ayant une néoplasie intraépithéliale du col et chez tout patient ayant un antécédent de condylomes ano-génitaux. Il s'agit d'un examen proctologique annuel incluant un toucher rectal et une anoscopie ⁴⁰. Le rapport Yéni sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH publié en 2008 confirme cette attitude ⁴².

c. Le médecin généraliste comme acteur des soins de premier recours

Dans l'étude sur la prévalence des pathologies anales en médecine générale, alors que seulement 2% des patients consultaient spontanément pour des symptômes anaux, 14,2% s'en plaignaient après interrogatoire ²⁵. La prévalence paraît importante même en dehors des populations ciblées comme le VIH ou la parturiente. Il est du rôle du généraliste de considérer la réalité de cette prévalence non déclarée.

En raison de sa place dans le parcours de soin et de sa relation avec le malade, le généraliste est dans une position idéale pour rechercher les pathologies anales. Il tient une position primordiale dans le soin de premier recours. Selon l'article L. 1411-11 du Code de santé publique ⁴³, « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité [...]. Ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients [...], l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social [...]. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

Dans le cadre des pathologies anales, le médecin se doit d'être sensibilisé à leur sujet pour pouvoir les dépister de manière efficace et assurer leur prise en charge adéquate. Selon l'étude réalisée en médecine générale, 86% des patients ayant des symptômes anaux ne les déclarent pas au généraliste en consultation ²⁵.

Par ailleurs le généraliste est considéré comme le médecin de famille, avec lequel il existe une relation de confiance. Cette relation facilite une démarche diagnostique efficace concernant un sujet considéré comme tabou. Le médecin peut profiter de cette relation privilégiée pour proposer un dépistage et si besoin un examen clinique proctologique, pouvant être ressenti par le patient comme gênant voire humiliant, du fait de la nudité et de la position qu'il impose. D'ailleurs une étude française, portant sur 7196 individus représentatifs de la population générale, a révélé que les patients consultent plus souvent un généraliste qu'un spécialiste pour leurs plaintes anorectales ²⁴.

Le dépistage des pathologies anales n'est pourtant pas de pratique courante en médecine générale, hormis dans certains cas particuliers. Elles touchent une partie intime du corps, ce qui rend leur recherche difficilement acceptable par le patient et le médecin. La plupart des pathologies anales sont des maladies bénignes, mais en raison de symptômes non spécifiques, une recherche et une prise en charge adaptée est nécessaire pour ne pas ignorer des pathologies tumorales graves, ou éviter l'évolution de certaines lésions vers la chronicité.

OBJECTIF DE LA THESE

L'objectif de ce travail est de révéler la prévalence réelle des symptômes anaux par leur recherche systématique et d'évaluer la faisabilité de la prise en charge des pathologies anales par le médecin généraliste et l'acceptabilité par les patients.

METHODOLOGIE

1. Schéma de l'étude

a. Recrutement et formation des médecins généralistes

Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, prospective, nationale, réalisée sur 8 centres. Chaque centre était défini par un proctologue référent et son réseau de médecins généralistes, trois centres à Bordeaux (Dr Bouchard, Dr Juguet et Dr Laclotte), un centre à Monaco (Dr Higuéro), un centre à Nîmes (Dr De Faucal), deux centres à Paris (Dr Abramowitz et Dr Pillant) et un centre à Rennes (Dr Sénéjoux).

Pour chacun des proctologues, leurs médecins généralistes correspondants habituels ont été contactés par téléphone pour leur proposer de participer à l'étude. Les médecins remplaçants n'ont pas été recrutés. Un auto-questionnaire a été envoyé à tous les généralistes recrutés afin de recueillir des informations sur leur sexe, leur âge, leur spécialité, leur mode d'exercice et leur taux de consultation pédiatrique.

Préalablement à l'étude, une formation médicale sur les pathologies anales a été proposée à tous les généralistes. A l'aide d'un cours identique sur tous les centres, chaque proctologue référent, dans sa ville, a animé la formation pendant environ 2 heures. La participation des généralistes était volontaire, les généralistes n'ayant pas participé à l'étude devaient préciser le motif : une formation proctologique avait déjà été suivie, les horaires n'étaient pas convenables ou le manque de temps.

b. Population d'étude

Les généralistes devaient inclure leurs patients durant 2 demi-journées de consultation. A posteriori, à cause du faible taux de participation des médecins, il a été proposé à chaque participant d'inclure durant 2 demi-journées supplémentaires. Ainsi un médecin pouvait inclure au total sur 4 demi-journées de consultation.

Durant l'inclusion, les généralistes proposaient à tous leurs patients majeurs de participer à l'étude. Les patients vus au domicile et les patients ayant déjà participé à l'étude étaient

exclus. L'autorisation de relever des informations sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'étude et l'activité professionnelle était demandée auprès des patients refusant de participer à l'étude afin d'avoir ces informations sur la totalité des patients vus durant la période d'inclusion. La cause du refus de participer à l'étude était également recueillie. Une note d'information était distribuée aux patients en salle d'attente, elle précisait l'intérêt de l'étude, la confidentialité des informations recueillies, et la possibilité de demander les résultats de l'étude (Annexe 1).

2. Déroulement de l'étude

a. Consultation chez le médecin généraliste

Pour chaque patient, le généraliste remplissait un electronic Case Report Form (e-CRF) sur le site www.limesurvey.org/fr. Ce questionnaire en ligne était renseigné en temps réel par le praticien tout au long de la consultation.

Pour chaque patient inclus, la recherche des symptômes anaux dans le mois précédent était effectuée à l'aide d'un auto-questionnaire papier rempli en salle d'attente avant la consultation médicale (Annexe 2). La constipation et la diarrhée n'étaient pas considérées comme des symptômes anaux. Si le patient rapportait un symptôme anal, il devait préciser s'il s'agissait du motif de consultation, ainsi que la gêne et la douleur occasionnées par ce symptôme. Ces deux items étaient évalués par une échelle numérique, allant de 0 (aucune gêne, aucune douleur) à 10 (gêne ou douleur maximales).

Les patients sans symptôme anal sortaient de l'étude. Pour les autres, le généraliste précisait les symptômes anaux, recherchait d'éventuelles comorbidités (grossesse, post-partum, maladie inflammatoire de l'intestin, statut VIH) et proposait un examen clinique proctologique. L'examen proctologique comportait un examen de la marge anale et un toucher rectal, l'anuscopie était exclue. Si le généraliste ne proposait pas au moins l'un des deux temps de l'examen clinique il devait en préciser la cause. Par ailleurs, si le patient refusait l'examen clinique la cause était demandée.

Le ou les diagnostics retenus étaient relevés ainsi que le ou les traitements instaurés. Le généraliste notait le temps consacré à l'interrogatoire et à l'examen clinique proctologique.

Il était ensuite proposé aux patients ayant une plainte anale de consulter le proctologue référent du médecin généraliste. Si le patient refusait la consultation proctologique, il devait en préciser la cause.

b. Consultation chez le proctologue

Les proctologues s'organisaient pour accepter les patients dans les deux jours suivant leur demande de rendez-vous. Lorsque les proctologues référents accueillait un patient inclus dans l'étude, ils remplissaient un e-CRF sur le site www.limesurvey.org/fr. Le type d'examen clinique réalisé, le diagnostic établi, le ou les traitements instaurés étaient recueillis.

3. Critères d'évaluation

a. Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal était l'estimation de la prévalence des symptômes anaux chez les patients consultant un médecin généraliste. Un symptôme anal était défini par la présence dans le dernier mois d'une démangeaison anale, d'une douleur anale, d'une tuméfaction anale, d'un suintement anal, d'un saignement anal, d'une perte incontrôlée de selles ou de gaz ou d'un autre symptôme non défini à priori dont se plaignait le patient. Un patient pouvait avoir plusieurs symptômes anaux.

b. Critères d'évaluation secondaires

1) Intérêt de la recherche systématique des symptômes anaux

Nous avons comparé la prévalence des plaintes anales et la prévalence des symptômes anaux. La plainte anale était définie comme un symptôme anal spontanément révélé par le

patient et pour lequel il venait consulter son médecin. La prévalence des symptômes anaux correspondait à celle recueillie après interrogatoire ciblé du patient par le généraliste.

2) Prévalence des pathologies anales diagnostiquées par le généraliste

Les principales pathologies recherchées étaient une maladie hémorroïdaire, une fissure anale, un condylome, une autre IST anorectale, un abcès anal, une fistule anale, une incontinence anale, une suspicion de cancer anorectal, une pathologie dermatologique (eczéma, psoriasis) ou une pathologie anale non identifiée. Un patient pouvait avoir plusieurs pathologies anales.

3) Evaluation de l'acceptabilité de la prise en charge en médecine générale

Les causes de refus de l'examen par le médecin généraliste étaient recherchées parmi l'inconfort du médecin, la crainte de faire mal, le manque de compétence en proctologie, la peur d'embarrasser le patient, l'existence d'un autre motif de consultation prédominant ou une autre raison.

Les causes de refus de l'examen par le patient étaient recherchées parmi la gêne de l'examen, la crainte d'une douleur, la réalisation récente du même examen, la préférence du patient d'être examiné une seule fois par un spécialiste, les problèmes anaux considérés comme mineurs, le manque de temps à accorder au problème proctologique ou une autre raison.

4) Intérêt d'une formation médicale proctologique

Nous avons analysé le nombre d'examens cliniques réalisés et le nombre de diagnostics posés par les médecins ayant assisté à la formation en les comparant aux autres médecins.

5) Evaluation de la consultation proctologique

Nous avons recherché la concordance du diagnostic proposé par le généraliste et celui du proctologue.

4. Analyse statistique

a. Justification de la taille d'échantillon

L'étude étant descriptive, la taille de l'échantillon s'est basée sur un objectif pragmatique de capacité de recrutement des centres. Le nombre de sujets nécessaires a été basé sur le critère principal : la prévalence des symptômes anaux en médecine générale. Dans chacun des 8 centres recrutés pour l'étude, environ 15 médecins généralistes devaient être recrutés. Ils devaient proposer à l'ensemble de leurs patients vus au cours de 2 demi-journées de consultation de participer. Compte tenu du nombre moyen de 10 patients majeurs vus par demi-journée de consultation et d'une proportion de refus de participation des patients de 20% estimée à partir d'une étude précédente ²⁵, l'inclusion de 1920 patients était prévisible. D'après une étude précédente ²⁵, 14,2 % des patients présentaient un symptôme proctologique en ville. L'inclusion devait permettre d'estimer la prévalence de patients présentant un symptôme proctologique en ville avec une précision de 3%, intervalle de confiance à 95% de [12,5 ; 15,5].

Un centre parisien a été exclu avant le début de l'étude en raison de l'absence de médecins généralistes recrutés. Par ailleurs, en raison du faible taux de participation des médecins, il a été proposé à chaque participant d'inclure durant 2 demi-journées supplémentaires. Ainsi un médecin pouvait inclure au total sur 4 demi-journées de consultation.

b. Méthode d'analyse des données

L'analyse statistique a été effectuée au sein du service de Biostatistiques de l'hôpital Bichat. L'analyse a été réalisée chez l'ensemble des patients évaluables pour lesquels l'information du critère principal était disponible. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS (SAS Institut, Cary, NC). La distribution des variables quantitatives est exprimée par leur médiane avec l'étendue [espace interquartile] et les variables qualitatives sont exprimées sous forme d'effectif et de pourcentage. Pour comparer les distributions des variables quantitatives, nous avons utilisé le test non paramétrique de Wilcoxon et pour comparer les variables

qualitatives, un test du Chi². Le seuil de significativité des tests statistiques était défini par une valeur de $p < 0,05$.

Puisqu'il s'agissait d'une étude exploratoire descriptive, il n'y avait pas d'ajustement pour comparaisons multiples, il n'y avait pas d'analyse intermédiaire et il n'y avait pas d'imputation des données manquantes.

Le taux de concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et celui du proctologue a été mesuré par le calcul du coefficient Kappa (κ) dans le sous-groupe de patients ayant accepté la consultation chez le proctologue. La concordance était définie comme excellente si $\kappa \geq 0,75$, comme bonne si $0,4 < \kappa < 0,75$, comme faible si $\kappa \leq 0,4$.

5. Gestion des données et aspects éthiques

a. Modalités de recueil des données

Les données recueillies par les investigateurs généralistes et proctologues pendant leurs consultations ont été transcrites sur un e-CRF sur le site www.limesurvey.org/fr, à l'aide d'un mot de passe personnel. L'auto-questionnaire destiné au médecin généraliste était complété directement par celui-ci et renvoyé aux coordinateurs par courrier.

L'identité de chaque patient était rendue anonyme par un « code patient ». Ce code était noté sur le courrier adressant le patient au proctologue, permettant ainsi de relier les données issues des deux consultations pour un même patient.

Les données cliniques et thérapeutiques saisies via le serveur internet ont été transmises aux coordinateurs qui en ont organisé la saisie. Les données ont été centralisées en une base de données stockée sur un serveur hébergé dans le service de Biostatistiques de l'hôpital Bichat.

b. Aspects éthiques et légaux

Cette étude est de type observationnelle, elle n'entre ainsi pas dans le champ des recherches biomédicales. L'accord du Comité consultatif sur le traitement de l'information

en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) a été obtenu. L'accord du Comité de protection des personnes de Paris X a été obtenu.

En plus de la note d'information fournie à chaque patient, chaque investigateur a recueilli oralement la non opposition du patient pour participer à l'étude.

RESULTATS

1. Population incluse

Deux cent cinquante et un médecins généralistes ont été contactés par téléphone sur les 8 centres. Parmi ces médecins sollicités, 80 ont initialement accepté de participer et finalement 59 ont effectivement participé à l'étude. Aucun médecin généraliste d'un centre parisien n'a accepté de participer, l'étude s'est finalement déroulée sur 7 centres (Figure 1). Deux médecins du centre B ont été exclus pour erreur méthodologique, excluant 2 patients présélectionnés. Les médecins étaient âgés de 50 [42 ; 57] ans, 52,6% étaient des hommes (n = 30), 96,2% exerçaient en secteur 1 et 53,9% en cabinet de groupe, 38,5% étaient maîtres de stage. La proportion de pédiatrie dans leur consultation était de 20 [12,7 ; 30] %.

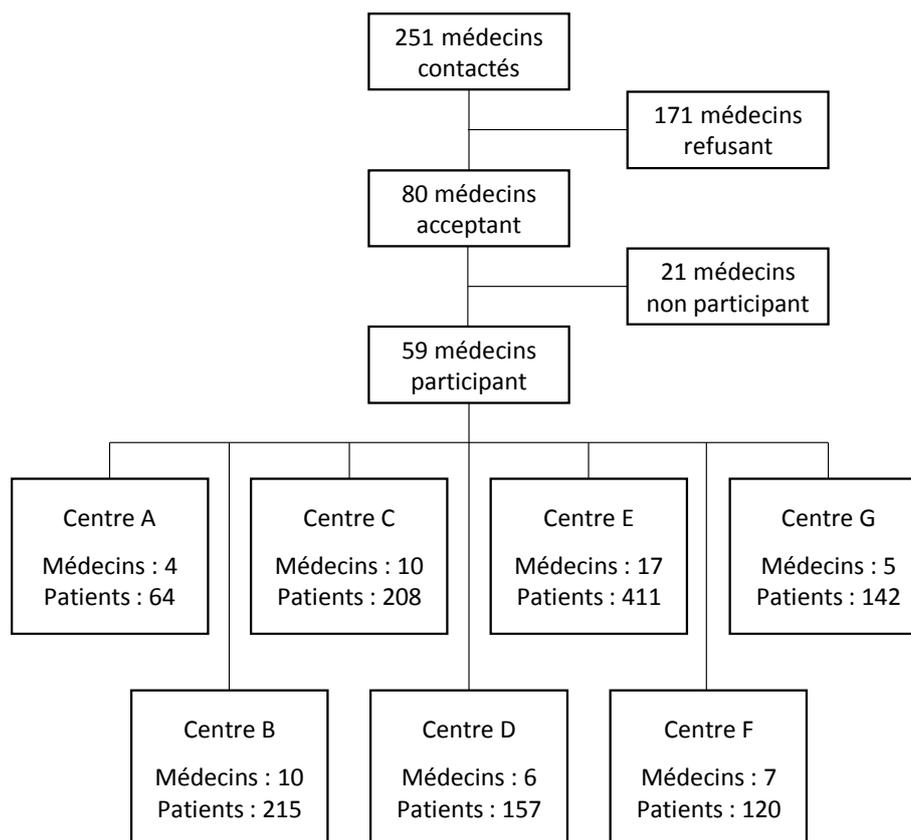


Figure 1. Diagramme de flux des médecins généralistes participants et des patients présélectionnés.

Les inclusions ont eu lieu d'octobre 2014 à avril 2015, 1315 patients ont été présélectionnés par les 57 généralistes. Chaque généraliste a inclus 19 [15 ; 29] patients. Soixante patients ont été exclus car les données de l'âge ou du sexe étaient manquantes. Sur les 1255 patients présélectionnés, 1061 (84,5%) ont accepté de participer à l'étude. Ils étaient âgés de 52 [37 ; 67] ans, 39% étaient des hommes (n = 414), 46% déclaraient avoir effectué un enseignement secondaire (primaire, collège, lycée), 37% des études supérieures de moins de 5 ans et 17% des études supérieures de plus de 5 ans, 4% étaient étudiants, 9% actifs et 41% inactifs (chômeurs et retraités).

Les 194 patients refusant de participer étaient comparables aux patients inclus en terme d'âge, de sexe, de niveau d'étude et d'activité professionnelle. Parmi ces patients, 43,8% déclaraient ne pas souffrir de l'anus, 12,4% trouvaient ce questionnaire « déplacé », 7,2% déclaraient souffrir d'une maladie de l'anus déjà prise en charge et 6,7% ne souhaitent pas que le médecin généraliste examine leur anus.

2. Prévalence des symptômes anaux

a. Critère d'évaluation principal

Après leur recherche systématique, 166 patients (15,6%) déclaraient avoir des symptômes anaux, dont 25 patients (2,3%) déclaraient qu'il s'agissait du motif de consultation. Donc 141 patients (13,3%) présentaient un symptôme anal qu'ils ne comptaient pas déclarer au médecin généraliste lors de la consultation. Les caractéristiques démographiques entre ces deux groupes n'étaient pas différentes. De même, cette proportion n'était pas différente entre les villes (Figure 2).

Parmi les 166 patients présentant un symptôme anal, seulement 15,1% consultaient spontanément pour ce motif. Une douleur anale ou une tuméfaction anale étaient associées à une plainte spontanée plus fréquente (respectivement 29,8%, $p < 0,001$ et 26,7%, $p = 0,01$), les autres symptômes n'étaient pas associés à une plainte spontanée ou une omission du symptôme (Tableau 1).

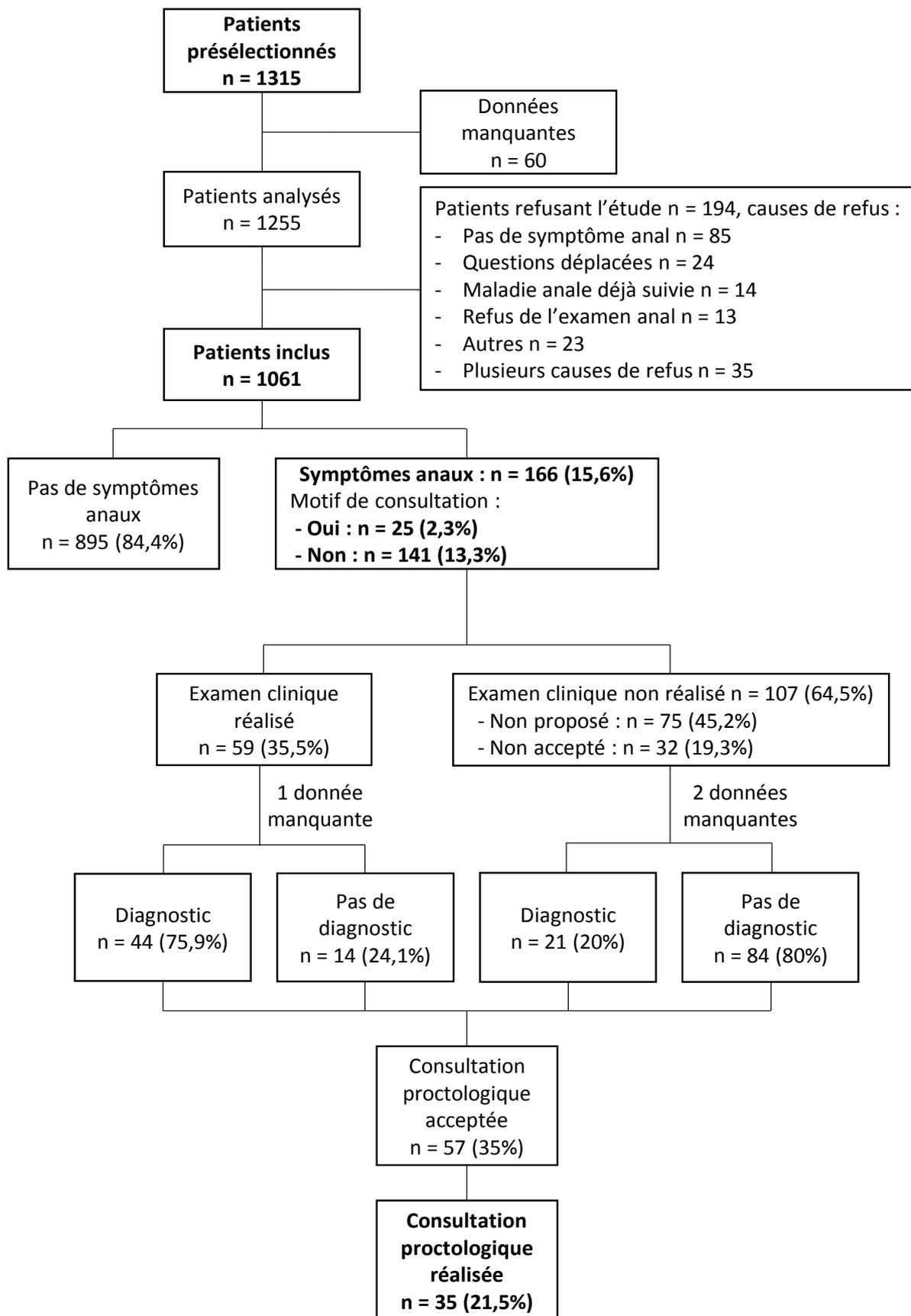


Figure 2. Diagramme de flux des patients.

b. Types de symptômes

Le symptôme anal le plus fréquent était un saignement anal (46,4%), il était présent en médiane 3,7 [2 ; 4] jours par mois. Les autres symptômes anaux sont rapportés dans le tableau 1, un même patient pouvait avoir plusieurs symptômes anaux.

Tableau 1. Prévalence des symptômes anaux et démarche diagnostique. Comparaison entre le groupe de patients consultant pour ce symptôme (« Motif de consultation ») et les autres (« Révélé à l'interrogatoire ») de la prévalence des symptômes et du nombre d'examens. Résultats exprimés en nombre absolu (pourcentage). Valeur de p par le test de Chi² comparant les deux groupes.

	Symptômes anaux totaux (n = 166)	Motif de consultation (n = 25)	Révélé à l'interrogatoire (n = 141)	Valeur de p
Symptôme anal				
Saignement	77 (46,4%)	13	64	0,66
Démangeaison	74 (44,6%)	11	63	1
Douleur	57 (34,3%)	17	40	<0,001
Tuméfaction	45 (27,1%)	12	33	0,01
Suintement	17 (10,2%)	1	16	0,47
Pertes incontrôlées	15 (9%)	3	12	0,70
Démarche diagnostique				
Proposition de l'examen	91	21	70	0,002
Acceptation de l'examen	59	20	39	< 0,001

c. Troubles du transit associés

Parmi les 1061 patients inclus, 249 présentaient soit une diarrhée (7,4%), soit une constipation (12%), soit une alternance des deux (4,2%).

Chez les 127 patients se plaignant de constipation, 50 (39,4%) souffraient d'un symptôme anal. De même chez les 44 patients se plaignant d'une alternance de diarrhée et de constipation, 22 (50%) souffraient d'un symptôme anal. Ces deux troubles du transit étaient associés à la présence d'un symptôme anal (Tableau 2). Les deux symptômes anaux associés à la constipation étaient une douleur anale ($p < 0,004$) et un suintement anal ($p = 0,048$).

Tableau 2. Prévalence d'une diarrhée et/ou d'une constipation selon la présence d'un symptôme anal. Résultats exprimés en nombre absolu (pourcentage). Valeur de p selon le test de Chi², comparant les deux groupes.

Trouble du transit	Patients avec symptôme anal (n = 166)	Patients sans symptôme anal (n = 895)	Valeur de p
Diarrhée	17 (10,2%)	61 (6,8%)	0,12
Constipation	50 (30,1%)	77 (8,6%)	< 0,001
Alternance	22 (13,3%)	22 (2,5%)	< 0,001

d. Douleur et gêne

La douleur et la gêne induites par les symptômes anaux étaient respectivement de 3,6 [1 ; 6] sur 10 et de 4,6 [3 ; 7] sur 10.

Les patients avec une plainte anale spontanée cotaient leur douleur à 6 [3 ; 8] sur 10 sur l'échelle numérique, contre 2 [1 ; 5] sur 10 chez les autres patients ($p = 0,001$) (Figure 3). De même leur gêne était significativement plus importante à 6 [4 ; 9] sur 10 contre 4 [2 ; 6] sur 10 ($p = 0,006$) (Figure 4).

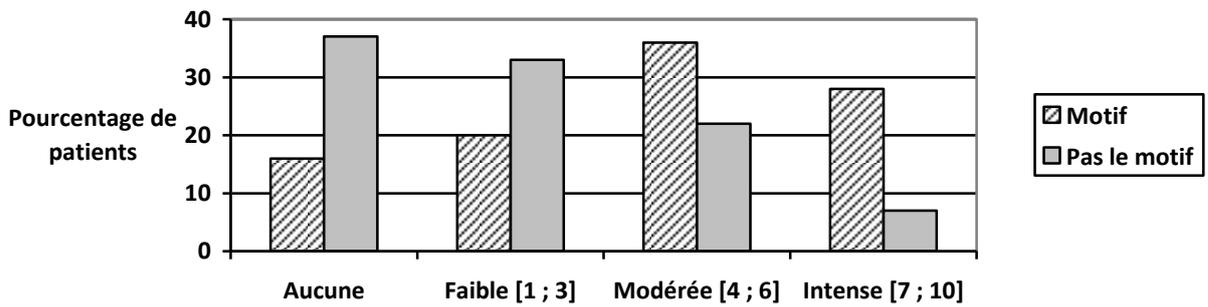


Figure 3. Douleur anale évaluée sur une échelle numérique de 0 à 10. Comparaison des patients « Motif » venus spontanément pour le symptôme anal et les patients « Pas le motif » qui ne consultaient pas pour ce symptôme.

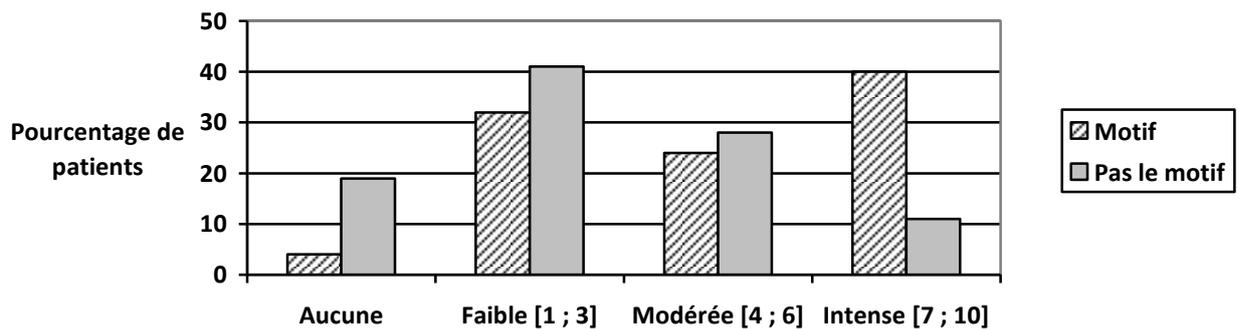


Figure 4. Gêne anale évaluée sur une échelle numérique de 0 à 10. Comparaison des patients « Motif » venus spontanément pour le symptôme anal et les patients « Pas le motif » qui ne consultaient pas pour ce symptôme.

e. Comorbidités

Parmi les 166 patients ayant un symptôme anal, 13 avaient une comorbidité renseignée. Il y avait 4 grossesses, 6 femmes en post-partum et 3 patients infectés par le VIH.

3. Examen clinique proctologique

a. Sa place dans la démarche diagnostique

Un diagnostic a été posé chez 65 patients (39,9%), les médecins n'ont pas diagnostiqué la pathologie anale chez 98 patients (60,1%). La réalisation de l'examen clinique était associée à un meilleur taux diagnostique de 76% contre 20% ($p < 0,001$) (Figure 5).

Le diagnostic de fissure anale était associé à la réalisation d'un examen clinique. Lorsque l'examen était réalisé, le taux de fissure anale était de 22,7% contre 0% lorsque l'examen n'était pas réalisé.

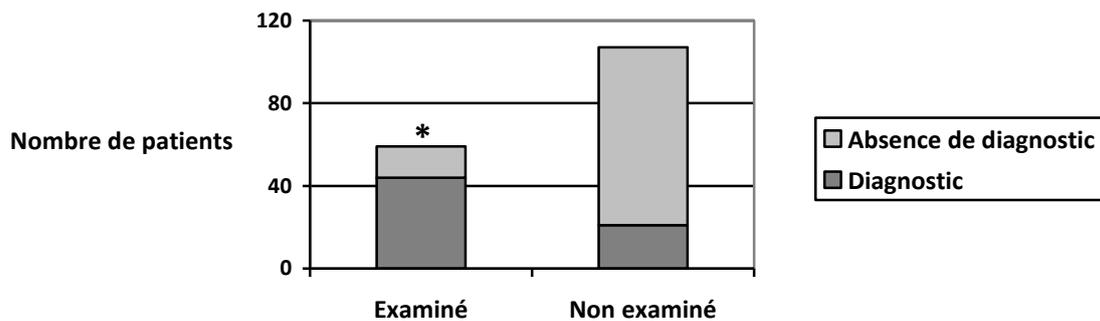


Figure 5. Proportion de diagnostics selon la réalisation de l'examen clinique. * $p < 0,001$ par test du χ^2 comparant les taux diagnostics.

35,5% des patients avec un symptôme anal ont finalement été examinés par le médecin généraliste (Figure 2). Aucun facteur démographique n'était associé à la réalisation de l'examen clinique proctologique. La douleur anale était associée à un meilleur taux d'examen clinique (47,4% versus 29,4%, $p = 0,03$) alors que le suintement anal était associé à un moindre taux d'examen clinique (11,8% versus 38,3%, $p = 0,03$). Les autres symptômes n'y étaient pas associés.

b. Son acceptabilité

1) Par le médecin généraliste

Parmi les 166 patients ayant un symptôme anal, l'examen clinique proctologique n'a pas été proposé par le généraliste dans 75 cas (45,2%). La principale raison était la présence d'un autre motif de consultation prédominant (21,6%), suivi par le fait que l'examen clinique était considéré comme chronophage par le médecin (19,1%). Dans les autres cas, le patient était déjà suivi pour le motif proctologique (17,3%), le médecin avait peur d'embarrasser le patient (3,6%), le patient était directement adressé au proctologue (3,6%), l'interrogatoire oral était suffisant pour deux patients et pour un patient, le médecin avait un manque de connaissance en proctologie.

Lorsque le symptôme anal était le motif de consultation, le médecin proposait plus souvent l'examen clinique, dans 84% des cas contre 49,7% pour les patients qui ne consultaient pas pour ce motif ($p < 0,002$) (Tableau 1).

Chez les 59 patients qui ont accepté l'examen clinique, l'examen de la marge anale a été réalisé dans 100% des cas. Le toucher rectal n'a pas été réalisé chez 24 patients (40,7%). La principale raison de la part du médecin était la crainte d'entraîner une douleur (41,7%) suivi de l'absence d'indication du toucher rectal (37,5%). Dans les autres cas, il s'agissait d'un refus du patient (16,7%), d'une gêne vis-à-vis du patient (8,3%), d'un manque de compétence en proctologie (8,3%) et d'un manque de temps (8,3%).

2) Par le patient

Lorsque le symptôme anal était le motif de consultation, le patient acceptait plus souvent l'examen clinique, dans 95,2% contre 55,7% des cas ($p < 0,001$) (Tableau 1). L'acceptabilité de l'examen par le patient n'était pas liée au type de symptôme anal, ni à la pathologie anale diagnostiquée.

L'examen clinique a été refusé par 32 patients symptomatiques (35,2%). La principale cause de refus était la gêne ressentie (34,4%), suivi par le fait que les problèmes anaux étaient considérés comme mineurs (34,4%). Dans les autres cas, l'examen clinique avait déjà été réalisé pour le même motif (25%), les patients préféraient n'être examinés qu'une seule fois

par le spécialiste (21,8%), ils manquaient de temps (12,5%), une patiente préférait être examinée par une femme et un patient a refusé d'être examiné par une femme.

c. Sa faisabilité

Le temps de la prise charge proctologique – c'est-à-dire de l'interrogatoire ciblé jusqu'à la prescription éventuelle d'un traitement – était en médiane de 6 [5 ; 10] minutes.

Lorsque le patient était examiné, le temps estimé était significativement plus long, 10 [8 ; 15] minutes contre 5 [3 ; 8] minutes sans examen proctologique ($p < 0,001$).

4. Les pathologies anales diagnostiquées par le généraliste

Parmi les 166 patients ayant un symptôme anal, on retrouvait 42 maladies hémorroïdaires (25,8%), 10 fissures anales (6,1%), 3 pathologies dermatologiques (1,8%), 2 condylomes (1,2%), 2 abcès anaux, 2 marisques, 2 prurits, une mycose, un lichen, une anite inflammatoire, une excoriation anale, une fuite anale post-chirurgicale et 2 pathologies anales non identifiées.

Parmi les 42 maladies hémorroïdaires, on retrouvait 17 prolapsus de grade 1-2 (40,7%) et 5 prolapsus de grade 3-4 (11,9%), 14 thromboses entraînant une douleur faible à modérée (33,3%) et aucune polythrombose. Il y avait un saignement rare (moins d'une fois par semaine) dans 21 cas (50%) et un saignement fréquent (plus d'une fois par semaine) dans 7 cas (16,7%).

Quels que soient les symptômes déclarés par les patients, le diagnostic le plus fréquemment posé était une maladie hémorroïdaire (Figure 6).

La répartition des pathologies anales n'était pas différente entre les villes.

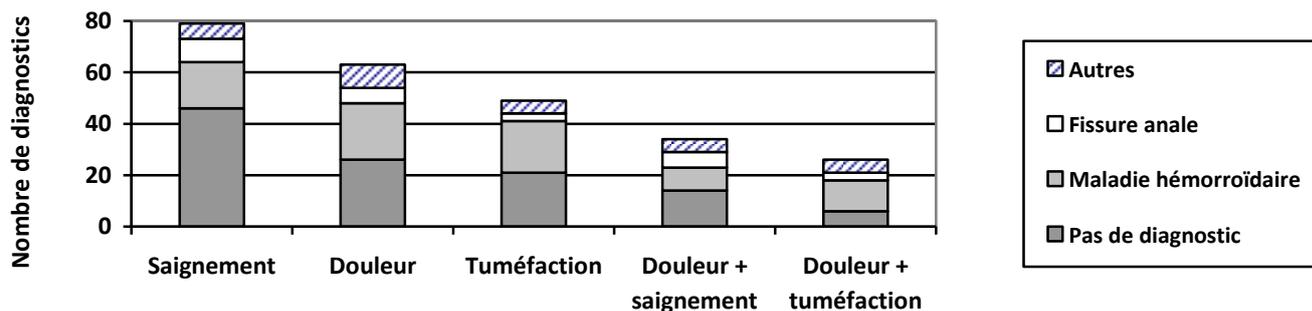


Figure 6. Proportion de diagnostics selon le symptôme rapporté.

5. Traitements

Dans la maladie hémorroïdaire, le traitement principalement prescrit était les pommades (69%) suivi des suppositoires (45,2%), des veinotoniques (31%), des laxatifs (28,6%), des traitements anti-inflammatoires oraux (21,4%) et des antalgiques oraux (14,3%).

Dans la fissure anale, le traitement principalement prescrit était les pommades (80%) suivi des laxatifs (50%), des suppositoires (40%), des traitements anti-inflammatoires oraux (20%) et des antalgiques oraux (20%).

6. Consultation chez le spécialiste proctologue

Une consultation proctologique a été acceptée par 57 (34,9%) patients symptomatiques. Les principales causes de refus étaient l'inutilité d'un avis spécialisé (21,7%) et le fait que le patient était déjà suivi par un spécialiste (20,7%). Dans les autres cas, les problèmes anaux étaient considérés comme mineurs (19,8%), les patients manquaient de temps (10,4%), l'accessibilité au proctologue était contraignante (2,8%), les symptômes étaient considérés comme bénins (2,8%), les patients refusaient l'examen clinique proctologique (1,8%), il y avait un coût supplémentaire pour un patient (0,9%).

Sur les 57 patients ayant accepté d'être adressés au proctologue référent, 35 patients ont effectivement été vus en consultation. Parmi eux, 17 avaient eu un diagnostic posé par le généraliste, dont 14 étaient en concordance avec celui du proctologue (Kappa = 0,66).

Pour les 16 autres patients chez qui les généralistes n'avaient pas posé de diagnostic, les proctologues avaient diagnostiqué 8 maladies hémorroïdaires, 4 fissures anales, un abcès, une incontinence anale, une pathologie dermatologique et un prurit anal.

Une seule maladie hémorroïdaire diagnostiquée par le généraliste s'avérait ne pas être confirmée secondairement par le proctologue.

Le délai entre la consultation du médecin généraliste et celle du proctologue était de 4 [2 ; 9] jours.

7. Formation

Sur les 57 médecins généralistes participant, 23 ont participé à la formation médicale. La principale cause de non-participation était le manque de temps.

La formation ne modifiait pas les pratiques des médecins. La fréquence des symptômes anaux retrouvés à l'interrogatoire n'était pas différente. Il n'y avait pas de différence de réalisation de l'examen clinique. Le temps de prise en charge proctologique n'était pas différent (Figure 7).

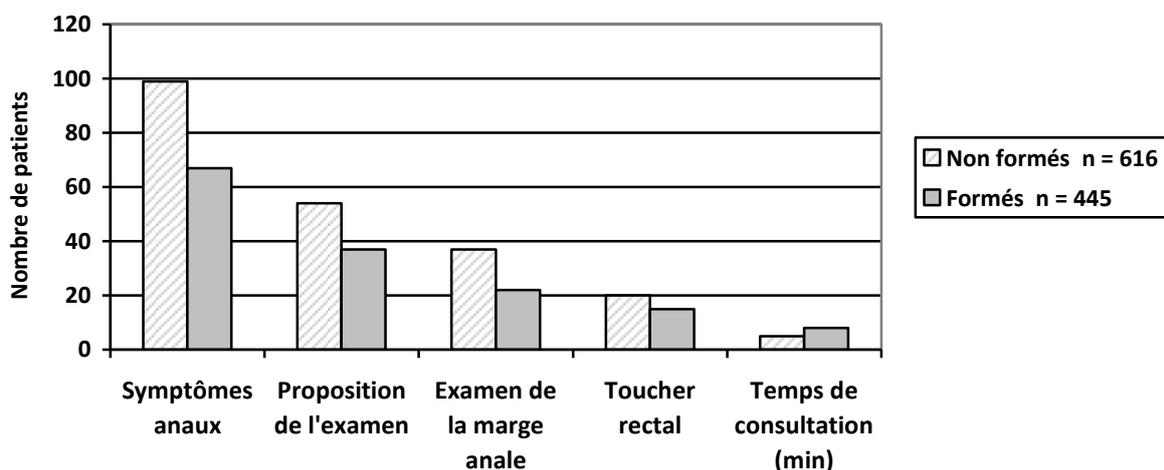


Figure 7. Impact de la formation médicale. Pratiques des médecins n'ayant pas participé à la formation médicale groupe « Non formés » et des médecins ayant participé groupe « Formés ».

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Dans notre cohorte prospective de 1061 patients, le taux de consultation spontanée pour un symptôme anal était de 2,3%. Cependant, après une recherche systématique par un simple interrogatoire, la prévalence des symptômes anaux était en réalité de 15,6 [14 ; 18] %. Ceci révèle non seulement la fréquence des symptômes anaux en médecine générale mais surtout leur caractère non déclaré par les patients et sous-évalué par les médecins. Les patients n'ayant pas spontanément révélés leurs symptômes déclaraient pourtant avoir une gêne cotée à 4 sur 10 et une douleur anale cotée à 2 sur 10, ayant un impact significatif dans leur vie quotidienne.

La moitié des patients ayant une alternance de diarrhée et de constipation présentait un symptôme anal. Ce taux important illustre l'intérêt d'une recherche systématique des symptômes anaux notamment dans cette population.

Alors que la principale pathologie anale diagnostiquée était la maladie hémorroïdaire (25,8%), suivie de la fissure anale (6,1%), 60,1% des patients n'avaient pas de diagnostic. Seulement 54,8% des patients symptomatiques se sont vus proposer un examen clinique proctologique par leur médecin généraliste. Hors, la réalisation de cet examen était associée à un taux diagnostique significativement plus important, 76% contre 20% ($p < 0,001$). Ceci confirme que l'examen clinique est un temps essentiel dans la démarche diagnostique des pathologies anales et qu'il est nécessaire pour leur prise en charge adaptée.

Parmi les symptômes, la douleur anale était associée à un meilleur taux d'examen clinique proctologique (47,4% versus 29,4%, $p = 0,03$). A l'inverse, le saignement anal et la tuméfaction anale n'étaient pas associés à la réalisation de cet examen, alors qu'il s'agit de symptômes d'alerte, signes éventuels de cancer ⁴⁴.

Nous avons cherché à étudier l'acceptabilité de la prise en charge des pathologies anales. Alors que l'examen anal n'a pas été proposé pour 45,2% des patients, aucun généraliste n'a déclaré être gêné de réaliser cet examen. Ils se plaignaient du manque de temps, souvent en raison d'un autre motif de consultation prédominant. Concernant les patients, l'examen clinique a été accepté par la majorité (64,8%) mais refusé par un tiers d'entre eux. Le principal frein était la gêne ressentie (34,4%). Une part du refus pourrait être expliquée par

la manière dont le généraliste a proposé cet examen, par les arguments utilisés pour le justifier et par sa motivation éventuelle influant sur la mise en confiance du patient.

Enfin, concernant la prise en charge thérapeutique des généralistes, pour la maladie hémorroïdaire, les laxatifs n'étaient prescrits que dans 28,6% des cas et aucun traitement n'était prescrit dans 14,3% des cas. De même, lorsqu'une fissure anale était diagnostiquée, aucun traitement n'était prescrit dans 20% des cas et seule la moitié des patients a bénéficié d'une prescription de laxatifs. Pourtant, la mesure thérapeutique de première intention dans la maladie hémorroïdaire et la fissure anale est le traitement de la constipation et de la dyschésie ^{16,45}.

2. Forces et limites de l'étude

Cette étude sur la prévalence des symptômes anaux en médecine générale est la première à notre connaissance à évaluer prospectivement la démarche diagnostique des médecins généralistes en relevant le taux de proposition de l'examen proctologique, le taux diagnostique et le taux d'adressage au proctologue. Elle a évalué les obstacles à la réalisation de l'examen proctologique par les médecins. Elle s'est également intéressée à l'acceptabilité de la prise en charge du point de vue des patients. Cette évaluation prospective est fiable car elle s'effectuait en temps réel lors de la consultation grâce à un e-CRF rempli par le médecin généraliste. La diarrhée et la constipation n'ont pas été considérées comme des symptômes anaux et leur prévalence a été calculée séparément, pour ne pas influencer sur celle des symptômes anaux.

Ce travail observationnel possède des limites. Premièrement, le taux de participation des médecins généralistes était faible, seulement 74% des médecins recrutés ont effectivement participé. Il a donc été nécessaire d'augmenter le nombre de demi-journées d'inclusion par médecin. Le taux d'inclusion des patients était plus faible que prévu, avec seulement 1061 patients inclus, ceci diminuant la précision de notre étude. Pourtant nos données semblent être représentatives des pratiques françaises, car il n'y avait aucune différence de prévalence des symptômes anaux entre les 7 centres nationaux participants. Deuxièmement, l'e-CRF réalisé lors de la consultation était chronophage pour les médecins, mais ceci nous assure des données fiables. Tous les items du questionnaire à choix multiples n'étaient peut-être pas adaptés à une évaluation du ressenti des praticiens, on peut

s'étonner qu'aucun médecin n'ait déclaré être gêné par la réalisation de l'examen clinique anal, mais leur acceptation de participer à ce travail est peut-être une des raisons. Troisièmement, les symptômes anaux ont été recherchés dans le mois précédent la consultation. Les patients pouvaient donc être asymptomatiques au moment de la consultation. Ceci a pu diminuer le taux d'acceptation de l'examen clinique anal. De plus, le médecin généraliste pouvait ne constater aucune pathologie à l'examen et notamment l'absence de thrombose dans les pathologies hémorroïdaires. Ceci pourrait expliquer le taux élevé de non diagnostic dans notre travail (60,1%). Quatrièmement, le faible taux de patients ayant consulté le proctologue réduit la vérification du diagnostic posé par le généraliste. Nous n'avons donc pas pu confirmer la prévalence des pathologies anales. Mais cette étude observationnelle des pratiques est représentative du fait que la pathologie anale est une problématique de médecine générale avec un faible taux de consultation chez le proctologue. Cinquièmement, les médecins généralistes participant étaient des correspondants habituels des proctologues de l'étude, entraînant un éventuel biais de recrutement. Ces médecins étaient possiblement sensibilisés aux pathologies anales et leur démarche diagnostique ne reflète pas nécessairement la pratique générale. D'ailleurs la formation préalable à l'étude n'a pas montré de différence significative, contrairement à l'étude de Spanos et al. qui avait montré une meilleure précision diagnostique chez un groupe d'étudiants en médecine formés à la proctologie³³. Enfin, cette étude n'évalue pas la prévalence des symptômes et des pathologies anales de la population générale mais de celle consultant le médecin généraliste. On peut imaginer qu'une partie de la population est directement suivie par un médecin spécialiste, ou que des populations fragiles et désocialisées n'ayant pas accès aux soins auraient un taux plus élevé de symptômes anaux. Enfin les mineurs, les personnes âgées vues au domicile ou en institution n'étaient pas étudiés.

3. Données de la littérature

L'étude la plus récente, américaine, retrouvait une prévalence des symptômes anaux de 20% dans l'année précédente, chez 102 individus de la population générale¹. Notre étude s'attachait aux symptômes dans le mois précédent la consultation. Dans le cadre de la

médecine générale, une étude de 2014 sur la prévalence des pathologies anales portant sur 1079 patients retrouvait des résultats très comparables aux nôtres avec un taux de consultation spontanée pour un symptôme anal de 2% et après un interrogatoire systématique de tous les patients, un taux de symptômes de 14,2%²⁵. La dissimulation des symptômes anaux par les patients avait déjà été rapportée dans l'étude de Siproudhis et al. avec 58,3% des patients souffrant d'un trouble fonctionnel proctologique qui n'avaient jamais consulté pour ce motif²⁴. Dans notre étude, 85% des patients ne révélaient leur symptôme anal qu'après l'interrogatoire ciblé. Nos données confirment le tabou et la sous-évaluation des problèmes anaux.

Le travail de Pigot et al. en 2004 avait étudié chez 831 patients la prévalence des symptômes proctologiques chez les patients consultant leur généraliste pour ce motif. Parmi les 18 000 généralistes sollicités, 1484 avaient accepté de participer et 161 avaient effectivement participé. L'interrogatoire retrouvait une douleur anale (47,7%), un saignement anal (37,4%), un œdème anal (26,1%) et un prurit anal (23,8%)²³. La prévalence de ces différents symptômes anaux est comparable aux résultats de notre étude, hormis un taux de prurit anal plus important (44%) dans notre travail. L'étude de Damon et al. en 2003 avait déterminé la prévalence de l'incontinence anale dans la région Rhône-Alpes. Un auto-questionnaire avait été envoyé par voie postale à 2800 individus représentatifs de la population générale. Parmi les 706 personnes ayant répondu, l'incontinence anale était de 5,1%⁴⁶. Notre travail met en évidence une prévalence d'incontinence anale de 1,4%. L'impact des symptômes anaux sur la qualité de vie a été étudié dans l'étude de Pigot et al.²³. Le retentissement était qualifié de majeur pour 44% des patients ayant consulté leur généraliste pour un symptôme anal. Dans notre travail, sur une échelle numérique la gêne était considérée comme moyenne ou intense dans 43% des cas. Notre étude est la première à évaluer l'impact des symptômes chez les patients qui n'avaient pas spontanément révélé leurs symptômes face au médecin. Chez eux la gêne était moyenne ou intense dans 40% des cas.

Seuls 7 patients sur 153 (4,6%) n'avaient pas eu de diagnostic dans l'étude de 2014 sur les pathologies anales en médecine générale²⁵ contre 98 patients sur 163 (60,1%) dans notre étude. Nos médecins généralistes participant adressaient leurs patients aux proctologues afin de confirmer leurs diagnostics. Ainsi, nous pouvons supposer qu'ils n'aient pas posé de

diagnostic incertain. Ceci met en évidence les doutes diagnostiques ressentis par les praticiens et renforce la qualité du diagnostic, qui n'a été posé qu'en cas de certitude.

Concernant la pratique des généralistes, nos résultats confirment le faible taux d'examen proctologique, notamment le toucher rectal. Dans l'étude londonienne de 1988 par Springall et Todd, 305 patients ayant des symptômes digestifs ou anaux adressés par leur généraliste au spécialiste avaient rempli un questionnaire. Parmi ces patients, 31% déclaraient ne pas avoir été examinés par le généraliste et 48% déclaraient qu'un toucher rectal avait été pratiqué ²⁷. Dans notre étude, parmi les 166 patients ayant un symptôme anal, l'examen clinique proctologique n'a pas été proposé par le généraliste dans 45,2% des cas. Une autre étude datant de 1990 a évalué les pratiques de 609 généralistes en Angleterre par l'intermédiaire d'un questionnaire. Les raisons de non réalisation du toucher rectal face à des symptômes anorectaux ou urinaires étaient les suivantes : la réticence des patients (46%), la notion de répétition de l'examen par un proctologue (23%) et le manque de temps (22%) ²⁸. Dans notre étude, les médecins déclaraient principalement une crainte d'entraîner une douleur (41,7%) suivi de l'absence d'indication du toucher rectal (37,5%). Dans les autres cas, il s'agissait d'un refus du patient (16,7%), d'une gêne vis-à-vis du patient (8,3%), d'un manque de compétence en proctologie (8,3%) ou d'un manque de temps (8,3%).

La prévalence de la maladie hémorroïdaire varie dans la littérature. L'étude de Johanson et Sonnenberg retrouvait une prévalence de 4,4% aux Etats-Unis entre 1983 et 1986 ⁴. Cette étude nationale rétrospective était extrapolée à partir de trois registres épidémiologiques différents. Un travail autrichien de 2008 a étudié la prévalence de la maladie hémorroïdaire chez des patients de plus de 50 ans, par l'examen clinique anal systématique associé à la réalisation d'une coloscopie. Sur 976 patients, 39% présentaient des hémorroïdes (73% de grade 1, 18% de grade 2, 8% de grade 3, 0,5% de grade 4). Parmi ces patients, 45% étaient symptomatiques, les auteurs estiment donc la prévalence de la pathologie hémorroïdaire dans cette population de 17,6% ⁴⁷. Dans notre étude, dans le cadre de la médecine générale, la prévalence de la maladie hémorroïdaire était de 4% sur l'ensemble de la population, ce qui représente 25,8% des patients symptomatiques.

Quant aux fissures anales, la seule étude épidémiologique récente, réalisée au Nouveau-Mexique à partir de codages diagnostiques, a évalué l'incidence annuelle de la fissure anale dans la population générale à 0,11% ⁸. Notre étude retrouvait une prévalence à 0,9% dans la population incluse.

La douleur anale est en général secondaire à une thrombose hémorroïdaire ou une fissure anale ^{44,48}. Dans notre travail, face à une douleur anale, les médecins ont diagnostiqué 34,9% de maladie hémorroïdaire, dont seulement un tiers avec une thrombose, et 9,5% de fissure anale. De même, devant une tuméfaction anale, il y avait 40,8% de maladie hémorroïdaire et 6,1% de fissure anale, bien qu'une cause fréquente de tuméfaction anale soit les marisques secondaires aux fissures ⁴⁴. Le diagnostic de fissure anale, isolé ou associé à une pathologie hémorroïdaire, a pu être sous-évalué.

4. Implications

Les patients ne révèlent pas spontanément leurs symptômes anaux face au médecin généraliste, malgré l'impact sur leur vie quotidienne. Le taux élevé de non déclaration témoigne de la difficulté des patients à aborder ce sujet tabou. De même, la gêne ressentie face à un éventuel examen anal est un frein à leur déclaration et leur prise en charge. Le dépistage systématique des pathologies anales est recommandé chez les patients atteints par le VIH ⁴⁰ et il est de pratique courante chez les femmes enceintes ou en post-partum du fait de la prévalence élevée de certaines pathologies ³⁷. Cette recherche devrait également être réalisée systématiquement chez les patients présentant une constipation ou une alternance de diarrhée et de constipation, du fait de l'importance des symptômes anaux dans cette population. Enfin, une recherche systématique à l'interrogatoire pourrait être proposée chez le patient tout-venant, dans le cadre de la médecine préventive, le médecin généraliste étant acteur de soins de premiers recours et interlocuteur principal du patient en médecine de ville. Le faible taux de consultation chez le proctologue renforce cette idée.

Parallèlement, une meilleure information auprès des patients concernant la fréquence élevée des pathologies anales et leur possibilité de prise en charge par le médecin généraliste pourrait augmenter la déclaration spontanée des plaintes anales. Ceci dans le but d'éviter une automédication possiblement inadaptée et une chronicisation voire une aggravation de certaines pathologies. On pourrait imaginer une campagne d'information par affiche dans la salle d'attente comme ce qui existe déjà pour le tabac ou les violences conjugales. De même, une meilleure formation auprès des étudiants en médecine et des généralistes pourrait sensibiliser le corps médical à cette problématique. L'examen clinique

proctologique est insuffisamment proposé par les généralistes, considéré comme chronophage, même face à des symptômes de gravité tel que le saignement anal. La conséquence est une absence de diagnostic, ou pourrait être une erreur diagnostique préjudiciable pour le patient. Une formation concernant l'examen clinique anal pourrait sensibiliser les généralistes à son importance dans la démarche diagnostique.

De même, une meilleure formation est nécessaire concernant la prise en charge thérapeutique des pathologies anales, notamment sur la prescription de régulateurs du transit. Ces traitements simples, bien que recommandés en première intention, ne sont que peu prescrits. La « peur » de ne pas savoir reconnaître et prendre en charge une pathologie anale pourrait freiner le praticien à réaliser une démarche diagnostique complète. Une étude interventionnelle prospective randomisée à grande échelle entre un groupe de médecins formés et un groupe de médecins non formés pourrait valider cette hypothèse.

CONCLUSION

La prévalence des symptômes anaux est élevée en médecine générale. Le médecin généraliste est confronté à 2,3% de patients consultant spontanément pour une plainte anale. Mais après une recherche systématique par un simple interrogatoire, 15,6% des patients majeurs présentent en réalité un symptôme anal. On retrouve un saignement anal (46,4%), une démangeaison anale (44,6%), une douleur anale (34,3%), une tuméfaction anale (27,1%), un suintement anal (10,2%) et une perte incontrôlée de selles ou de gaz (9%). Malgré leur impact sur la qualité de vie des patients, avec une gêne évaluée à 4,6 sur 10, ces symptômes sont peu déclarés spontanément aux médecins généralistes, pouvant entraîner la chronicisation et l'aggravation des pathologies anales.

Dans 60,1% des cas aucun diagnostic n'est posé par les médecins généralistes. Quand il est posé, on retrouve 25,8% de maladie hémorroïdaire, 6,1% de fissure anale et 11% d'autres pathologies anales. La réalisation d'un examen clinique proctologique est associée à un taux diagnostique 3,8 fois supérieur. Pourtant il est insuffisamment proposé par le médecin généraliste alors qu'il est accepté par le patient dans 65% des cas.

Pour briser le tabou des pathologies anales et améliorer leur prise en charge, on pourrait proposer une meilleure information auprès du grand public mais aussi auprès des médecins. Ces pathologies pourraient également être mieux traitées si l'on renforçait la filière de soin entre les médecins généralistes et les proctologues.

ANNEXES

1. Annexe 1

Note d'information pour les patients

Etude MG-PREVA-PROCT
Pathologies anales en médecine générale

Madame, Monsieur,

Une étude récente a montré que les patients ne déclarent pas spontanément leurs plaintes anales, et qu'ils sont peu interrogés et peu examinés sur ce sujet. Or la méconnaissance de ces problèmes peut être responsable d'un retard de prise en charge.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence des pathologies anales en médecine générale et d'étudier les pratiques des médecins généralistes sur ce sujet.

C'est la raison pour laquelle, nous vous demandons votre accord pour colliger quelques informations sur votre consultation avec votre médecin. Ce recueil n'est qu'informatif et il ne sera en rien expérimenté. Votre prise en charge ne sera en aucun cas modifiée. Tout au plus, la découverte d'une lésion anale vous permettra de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Votre participation ne consistera qu'à remplir un questionnaire, et secondairement votre médecin vous proposera, seulement si vous l'acceptez et que vous en avez besoin, un examen clinique de l'anus. Vous pouvez accepter de répondre aux premières questions et refuser l'examen, ceci nous permettrait d'en comprendre les raisons.

Vous pouvez d'emblée refuser de participer à cette étude sans que cela n'ait d'influence sur votre prise en charge. Si tel est le cas, nous vous demandons de le signaler au médecin qui vous prend en charge.

Les données recueillies ne seront utilisées que par les médecins chargés de l'étude ainsi que leurs collaborateurs sous la responsabilité des coordinateurs de l'étude. L'exploitation de ces données, à des fins statistiques, s'effectuera au sein du département de Biostatistiques de l'hôpital Bichat, sous la responsabilité du Dr Cédric Laouénan.

Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Les données seront identifiées par un numéro de code, sans mention de votre nom ni de votre prénom. Ce traitement automatisé a été autorisé par la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) après avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS).

Si vous acceptez, conformément à la loi « Informatique et Liberté », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de cette recherche et qui connaît votre identité.

Votre participation est libre et vous pouvez à tout moment exercer votre droit de retrait sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous, en contactant les coordinateurs de l'étude : ALIS 75, 3 et 5 rue de Metz, 75010 Paris. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Les coordinateurs : Géraldine Tournu, Dr Abramowitz, Dr Aubert.

2. Annexe 2

Auto-questionnaire patient
Etude MG-PREVA-PROCT Pathologies anales en médecine générale

Merci de répondre à ce questionnaire en salle d'attente seulement si vous êtes majeur.

1. Votre âge : __ __ ans

2. Votre sexe : Femme ... Homme ...

3. Votre niveau d'étude :

Primaire Collège Lycée

Etudes supérieures < 5 ans ... Etudes supérieures > 5 ans ...

Sans réponse

4. Votre activité professionnelle :

Etudiant En activité Chômeur

Retraité Sans réponse

5. Acceptez-vous de participer à l'étude ? OUI ... NON ...

6. Si non pourquoi ? *Cochez une ou plusieurs réponses.*

Vous n'êtes pas venu pour cela et vous trouvez déplacé que l'on vous demande de remplir ce questionnaire

Vous ne souffrez pas de maladie de l'anus

Vous ne souhaitez pas que le médecin examine cette partie de votre corps

Vous souffrez d'une maladie de l'anus, mais un autre médecin s'en occupe

Autre

Précisez :

Si vous avez répondu non : veuillez retourner ce questionnaire au médecin.

Si vous avez répondu oui : merci de continuer le questionnaire au verso.

7. Avez-vous eu dans le dernier mois des problèmes au niveau de l'anüs ?

OUI ... NON ...

Si vous avez répondu non : veuillez retourner ce questionnaire au médecin.

Si vous avez répondu oui, merci de continuer le questionnaire.

8. Si oui est-ce la raison pour laquelle vous avez aujourd'hui décidé de voir votre médecin ?

OUI ... NON ...

9. Avez-vous eu dans le dernier mois un ou plusieurs de ces troubles au niveau de l'anüs ?

Cochez une ou plusieurs réponses.

Démangeaison de l'anüs Douleur de l'anüs Boule au niveau de l'anüs...

Suintement de l'anüs Saignement de l'anüs Diarrhée

Constipation Perte incontrôlée de selles ou de gaz

Aucun

Autre Précisez :

10. Combien de fois environ avez-vous eu des saignements de l'anüs (même minimes) dans le dernier mois : ... fois

11. Quantifiez sur l'échelle l'importance de la douleur que vous ressentez au niveau de l'anüs

(Entourez le chiffre)

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très grande douleur

12. Quantifiez sur l'échelle la gêne que vous ressentez du fait de ces problèmes de l'anüs

(Entourez le chiffre)

Aucune gêne 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très grande gêne

Merci d'avoir répondu au questionnaire. Veuillez le retourner à votre médecin lors de la consultation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38(4):341–4.
2. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Baron G, Walker F, Yeni P, Duval X. Systematic Evaluation and Description of Anal Pathology in HIV-Infected Patients During the HAART Era: *Dis Colon Rectum* 2009;52(6):1130–6.
3. Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW, Dailey TH. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986;29(11):719–23.
4. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98(2):380–6.
5. LeClere FB, Moss AJ, Everhart JE, Roth HP. Prevalence of major digestive disorders and bowel symptoms, 1989. *Adv Data* 1992;(212):1–15.
6. Gençosmanoğlu R, Şad O, Koç D, İnceoğlu R. Hemorrhoidectomy: Open or Closed Technique? *Dis Colon Rectum* 2002;45(1):70–5.
7. Abramowitz L, Batallan A. Épidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le post-partum. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2003;31(6):546–9.
8. Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. *BMC Gastroenterol* 2014;14(1):129.
9. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010): *Dis Colon Rectum* 2011;54(9):1059–64.
10. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001;63(12):2391–8.
11. Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Patients' views of medical positioning for proctologic examination. *Clin Exp Gastroenterol* 2009;2:133.
12. Sanchez C, Chinn B. Hemorrhoids. *Clin Colon Rectal Surg* 2011;24(01):005–13.
13. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part II. Lesions. *Am Fam Physician* 2001;64(1):77–88.
14. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF. Practice Parameters for the Management of Anal Fissures (3rd Revision): *Dis Colon Rectum* 2010;53(8):1110–5.

15. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg* 2014;
16. Slim K, Siproudhis L. Fissure anale. Quel traitement de première intention ? *Ann Chir* 2004;129(5):290–2.
17. Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol* 2014;10(5):294.
18. Mounsey AL, Halladay J, Sadiq TS. Hemorrhoids. *Am Fam Physician* 2011;84(2):204–10.
19. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD003431.
20. Schornagel IL, Witvliet M, Engel AF. Five-year results of fissurectomy for chronic anal fissure: low recurrence rate and minimal effect on continence. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel* 2012;14(8):997–1000.
21. Ayantunde AA, Debrah SA. Current Concepts in Anal Fissures. *World J Surg* 2006;30(12):2246–60.
22. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, et al., GREP: Groupe de Recherche En Proctologie de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie, CREGG: Club de Réflexion des cabinets et Groupe d'Hépatogastroentérologie. Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel* 2013;15(3):359–67.
23. Pigot F, Siproudhis L, Bigard M-A, Staumont G. Ano-rectal complaints in general practitioner visits: consumer point of view. *Gastroentérologie Clin Biol* 2006;30(12):1371–4.
24. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. Defecation Disorders: A French Population Survey: *Dis Colon Rectum* 2006;49(2):219–27.
25. Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouéan C. The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France. *Eur J Gen Pract* 2014;20(4):301–6.
26. Ong JJ, Temple-Smith M, Chen M, et al. Why are we not screening for anal cancer routinely - HIV physicians' perspectives on anal cancer and its screening in HIV-positive men who have sex with men: a qualitative study. *BMC Public Health* 2015;15(1).
27. Springall RG, Todd IP. General practitioner referral of patients with lower gastrointestinal symptoms. *J R Soc Med* 1988;81(2):87–8.
28. Hennigan TW, Franks PJ, Hocken DB, Allen-Mersh TG. Rectal examination in general practice. *BMJ* 1990;301(6750):478–80.

29. Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relationship between anal symptoms and anal findings. *Int J Med Sci* 2009;6(2):77.
30. Hofstetter WL, Ly P, Anthone G, Ortega AE, Vukasin P, Beart Jr RW. Prevalence and distribution of anorectal misdiagnoses. *West J Med* 1998;168(6):549.
31. Goldstein ET. Outcomes of anorectal disease in a health maintenance organization setting. The need for colorectal surgeons. *Dis Colon Rectum* 1996;39(11):1193–8.
32. Shridhar R, Shibata D, Chan E, Thomas CR. Anal cancer: Current standards in care and recent changes in practice. *CA Cancer J Clin* 2015;65(2):139–62.
33. Spanos CP, Tsapas A, Abatzis-Papadopoulos M, Theodorakou E, Marakis GN. Medical student recognition of benign anorectal conditions: the effect of attending the outpatient colorectal clinic. *BMC Surg* 2014;14(1):95.
34. Flajolet A. Rapport Flajolet. La prévention : définitions et comparaisons. <http://www.sante.gouv.fr>
35. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.
36. Zielinski R, Searing K, Deibel M. Gastrointestinal Distress in Pregnancy: Prevalence, Assessment, and Treatment of 5 Common Minor Discomforts. *J Perinat Neonatal Nurs* 2015;29(1):23–31.
37. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45(5):650–5.
38. Abramowitz L, Batallan A. [Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum]. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2003;31(6):546–9.
39. De Camargo CC, Tasca KI, Mendes MB, Miot HA, de Souza L do R. Prevalence of Anogenital Warts in Men with HIV/AIDS and Associated Factors. *Open AIDS J* 2014;8:25.
40. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'expert 2013. <http://www.sante.gouv.fr>
41. Shiels MS, Pfeiffer RM, Gail MH, et al. Cancer Burden in the HIV-Infected Population in the United States. *JNCI J Natl Cancer Inst* 2011;103(9):753–62.
42. Yéni P. Rapport 2008 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. <http://www.sante.gouv.fr>
43. Article L1411-11 du Code de santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr>

44. Daniel WJ. Anorectal pain, bleeding and lumps. *Aust Fam Physician* 2010;39(6):376.
45. Zeitoun J-D, de Parades V. Pathologie hémorroïdaire : de la physiopathologie à la clinique. *Presse Médicale* 2011;40(10):920–6.
46. Damon H, Guye O, Seigneurin A, et al., others. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroentérologie Clin Biol* 2006;30(1):37–43.
47. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012;27(2):215–20.
48. Villalba H, Villalba S, Abbas MA. Anal fissure: a common cause of anal pain. *Perm J* 2007;11(4):62.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université *Paris Diderot Paris 7*

Le Professeur *Xavier Dray*

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

Date

18/06/2015

Hôpital LARIBOISIERE

2, rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

Hépatogastroentérologie

Professeur Xavier DRAY

Tél. : 01 49 95 25 45

Fax : 01 49 95 25 77

N° FINESS : 750 1000 42

N° RPPS : 10001559169



VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Evaluation de la part de la proctologie en médecine générale : étude nationale prospective

RESUME

Introduction. Les pathologies anales sont sous-estimées et peu recherchées en médecine générale. Les patients ne déclarent pas spontanément leurs symptômes anaux, entraînant un retard diagnostique et thérapeutique. Nous avons mené cette étude pour révéler la prévalence réelle des symptômes anaux quand leur recherche est systématique et évaluer l'acceptabilité de leur exploration en médecine générale.

Méthode. Dans cette étude descriptive prospective nationale, durant 4 demi-journées tous les patients majeurs consultant leur généraliste étaient inclus. Les symptômes anaux, spontanément déclarés ou non, étaient systématiquement recherchés. Pour tout patient symptomatique les obstacles à la réalisation et à l'acceptation de l'examen anal étaient recherchés. Le diagnostic de la pathologie anale sous-jacente était relevé, en cas de consultation chez un proctologue référent ce diagnostic était confirmé.

Résultats. Sur une période de 6 mois, 1061 patients ont été inclus par 57 médecins généralistes à Bordeaux, Monaco, Nîmes, Paris et Rennes. La prévalence des symptômes anaux était de 15,6 [14 ; 18] % mais 85% de ces patients ne révélaient un symptôme anal qu'après l'interrogatoire ciblé, malgré une gêne cotée à 4 [2 ; 6] sur 10. Bien que 65% des patients acceptent l'examen anal, il n'était pas proposé dans 45% des cas. L'examen anal était associé à un taux diagnostique significativement plus important, 76% contre 20% ($p < 0,001$). Le diagnostic par le proctologue était concordant dans 14 cas sur 17.

Conclusion. Devant l'importance des symptômes anaux non déclarés par les patients en médecine générale, leur recherche doit être systématique. Une meilleure formation des généralistes semble nécessaire afin d'améliorer la prise en charge des pathologies anales.

Mots clefs : *symptôme anal, maladie anale, proctologie, hémorroïdes, médecine générale.*