

INFORMATION SUR LES FISTULES ET LES ABCES DE LA MARGE ANALE ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Physiopathologie

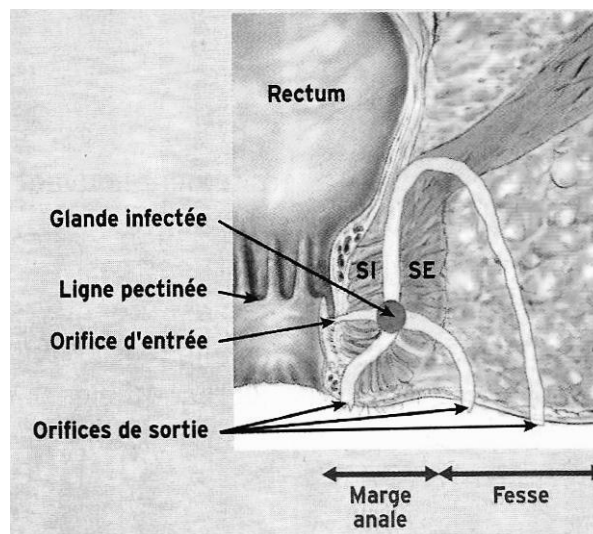
La maladie évolue en trois temps

-L'infection phase initiale débute dans le canal anal au niveau d'une glande d'Hermann et Desfosse. Ces glandes sont situées au fond de petites cryptes, sur la ligne pectinée, frontière entre la muqueuse du rectum et le revêtement du canal anal.

-La suppuration se propage à partir de cette infection localisée, d'abord dans l'espace intersphinctérien, puis dans un ou plusieurs des espaces anatomiques cellulaires voisins autour du rectum ou de l'anus.

-In fine cette phase d'extension de l'infection aboutit à un abcès ou à un orifice de sortie sur la marge anale ou sur la fesse

L'orifice d'entrée endo anal et l'orifice de sortie cutané sont reliés par le trajet fistuleux.



Symptômes révélateurs

-La fistule anale peut se révéler de façon aigue par un abcès.

La douleur est le symptôme principal. En général d'apparition progressive à évolution continue, elle devient en quelques heures pulsatile et insomniente. Elle peut s'accompagner de fièvre et de frissons. L'abcès peut spontanément s'ouvrir par un orifice à la peau, donnant issu à du pus. Cette ouverture de l'abcès s'accompagne d'un soulagement des douleurs.

L'abcès peut être au bord de l'anus ou un peu à distance sur la fesse.

-La fistule anale peut également être chronique d'emblée ou faire suite à un épisode d'abcès.

Elle se manifeste alors par des écoulements de pus ou de sang, tachant les sous vêtements et entraînant une irritation locale. Les écoulements peuvent être permanents ou intermittents, alternant avec des abcès provoqués par la fermeture de l'orifice de sortie.

Traitements

Que ce soit en phase d'abcès ou en phase de suppuration chronique, le traitement est exclusivement chirurgical.

Les antibiotiques sont inefficaces ; ils peuvent parfois freiner momentanément l'évolution, mais aussi favoriser une extension à bas bruit de l'infection. Les anti inflammatoires sont contre indiqués car ils favorisent la diffusion de l'infection.

Le traitement chirurgical a deux impératifs :

-Tarir la suppuration et éviter la récurrence en traitant l'orifice primaire.

-Respecter la fonction de continence anale. Ceci entraîne surtout dans les fistules hautes ou complexes, plusieurs temps opératoires.

Au stade d'abcès

Il faut opérer le plus rapidement possible Si l'abcès est bien collecté et relativement superficiel, il faut l'inciser sous anesthésie locale pour évacuer le pus.

Si l'abcès est profond, il faut intervenir sous anesthésie générale ou loco-régionale pour assurer une ouverture large et correcte.

Si l'orifice primaire peut être repéré facilement, on pourra (si l'on possède l'expérience suffisante) entreprendre le traitement de la fistule dans le même temps opératoire ; sinon, il est préférable de s'en tenir au drainage simple plutôt que de créer un faux trajet. Après un simple drainage le risque de récurrence est important.

Au stade de fistule chronique

Il faut repérer l'orifice primaire dans le canal anal. Pour cela on va injecter un colorant à partir de l'orifice de sortie cutané et essayer de repérer l'orifice primaire au niveau de la ligne pectinée. Quand les deux orifices sont clairement identifiés le trajet fistuleux est cathétérisé à l'aide d'un stylet métallique.

Si le trajet est bas situé par rapport au sphincter il peut être traité en un temps par ouverture à la peau, réalisant une fistulotomie.

Si le trajet est plus haut situé la fistulotomie en un temps est contre indiquée car en sectionnant une partie plus importante du sphincter elle expose à un risque d'incontinence. Dans ce cas là il faut mettre en place dans le trajet fistuleux un élastique en caoutchouc (séton). Le séton rentre par l'orifice cutané, passe dans le trajet fistuleux et est ressorti par l'anus. Le séton est ensuite mis en tension et va abaisser progressivement le trajet fistuleux à travers l'appareil sphinctérien. Les fibres musculaires du sphincter sont sectionnées progressivement par l'élastique avec une soudure fibreuse progressive du sphincter au dessus de l'élastique. Cette section progressive nécessite parfois plusieurs semaines avec des consultations intermédiaires pour resserrer l'élastique.

Soins post opératoire

Dans tous les cas les plaies sont laissées ouvertes en fin d'intervention et comblées par des mèches.

L'hospitalisation dure généralement quelques jours.

Des antalgiques sont administrés à la demande.

Les soins post opératoires sont capitaux pour le bon déroulement de la cicatrisation, ils reposent sur des toilettes antiseptiques, les changements de mèche réguliers par une infirmière à domicile et l'application de pommades couvrantes. La durée de cicatrisation est variable dépendant de l'importance des plaies initiales, généralement entre 3 et 8 semaines.

Des consultations de contrôle sont toujours prévues pour vérifier l'évolution de la cicatrisation. En cas de mise en place d'un séton des serrages itératifs peuvent être réalisés lors des consultations.

Complications

Complications précoces : fièvre persistante, hémorragies au niveau des plaies, abcès insuffisamment drainés, retard de cicatrisation, difficultés pour uriner.

Complications tardives : retard de cicatrisation, troubles de la continence rares pouvant prédominés sur les gaz ou les selles liquides.