

FISSURE ANALE

Pr M. SENGOUGA

Service de Chirurgie Générale B

HCA Dr Md Seghir Nekkache

I. GENARALITES-DEFINITION :

- **Définition** : la fissure anale (FA) est une ulcération superficielle de l'anoderme distal, partie sous valvulaire du canal anal.
- **Intérêt de la question** :
 - ✓ 2^{ème} affection proctologique, sur le plan de la fréquence, après les hémorroïdes et la cause majeure des douleurs anales ;
 - ✓ Affecte les deux sexes à l'âge adulte [30 – 50 ans] avec prédominance féminine ;
 - ✓ Cliniquement se caractérise par un syndrome douloureux anal rythmé en trois temps par la défécation ;
 - ✓ Elle est le plus souvent unique et commissurale postérieure dans 85 % des cas.
 - ✓ Son traitement est le plus souvent chirurgical.

II. ETIOPATHOGENIE :

A) **Classification** : La fissure anale est considérée comme :

1. **Aigue** : lorsqu'elle est récente (moins de six semaines) ;
2. **Chronique** : si plus ancienne (plus de six semaines).

B) **Pathogénie** : Trois facteurs participent à l'apparition d'une FA :

1. **Facteur mécanique** : le passage d'une selle dure et volumineuse entraîne une déchirure de l'anoderme ;
2. **Facteur sphinctérien** : l'hypertonie réflexe et permanente du sphincter interne (SI) [pression moyenne de repos élevée et diminution de la fréquence des relaxations phasiques] ;
3. **Facteur vasculaire** : la pauvreté de la vascularisation au niveau de l'anoderme (commissure postérieur++), et la contracture du SI entrave le processus de réépithélialisation de la FA.

III. ANATOMIE-PATHOLOGIE : on distingue 04 stades :

1. **L'anus préfissuraire** : Multiples fissurations radiées très superficielles ;
2. **La FA jeune** : Déchirure muqueuse
à berges fines et à fond rosé, étendue du rebord
anocutané à la ligne pectinée en position
commissurale, *fig. n°2*,



Figure 2 : Aspect FA jeune.

3. **La FA chronique ou ancienne** : les bords sont surélevés et scléreux, son
fond creusant met à nu les fibres blanchâtres transversales du SI, son
extrémité supérieure peut être surmontée d'une papille
hypertrophique, sa base inférieure est souvent prolongée
par une marisque *fig. n°3*.



Figure 3 : aspect FA chronique.

4. **La FA infectée** : il peut se créer un abcès sous fissuraire
puis inter sphinctérien, *fig. n°4*.



Figure 4 : aspect FA infectée.

IV. ETUDE CLINIQUE :

A) **Forme typique** : la triade classique *du syndrome fissuraire* :

1. **Douleur fissuraire** : se caractérise par son rythme à 3 temps :
 - ✓ douleur très intense déclenchée par l'exonération ;
 - ✓ suivie d'une rémission transitoire de quelques minutes
 - ✓ Reprise de la douleur qui persiste plusieurs heures
2. **Contracture sphinctérienne** : plus moins intense, déclenchée ou exacerbée par la traction des plis radiés.

3. **Ulcération anale** : c'est une ulceration superficielle, selon l'aspect des bords et du fond, on distingue 02 types :

- ✓ **Fissure jeune** : elle apparaît comme ulceration triangulaire à base externe à bords nets fins et fond rouge lisse strié verticalement ;
- ✓ **Fissure chronique (> 6 semaines) ou « vieillie »** : bords épais, scléreux, décollés et fonds blanchâtre, strié transversalement ;

B) Formes cliniques :

1. **FA de l'enfant** : souvent suite à une constipation est révélée par un saignement anal ;
2. **FA du vieillard (rare)** : réalise une ulceration atone sans contracture. Elle impose d'éliminer un carcinome épidermoïde par des biopsies ;
3. **FA infectée** : c'est le stade compliqué de la FA. , l'infection peut être :
 - ✓ **Superficielle** : se manifeste par un suintement responsable d'un prurit ;
 - ✓ **Profonde** : avec constitution d'un trajet fistuleux sous fissuraire, voire d'un abcès.
4. **Etat pré fissuraire** : c'est fragilité de la muqueuse anale qui peut guérir ou évoluer vers une véritable FA.
5. **Cas particulier de la grossesse et du post partum** : la fissure anale est généralement liée à la constipation et à l'imprégnation hormonale qui ne favorisent pas la cicatrisation (augmentation du cortisol). Il n'y a généralement pas d'hypertonie anale.

V. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : En cas de rectorragies, la présence d'une fissure ne doit pas empêcher le dépistage endoscopique des lésions colorectales, en particulier les polypes et les cancers.

VI. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : toute fissure indolore d'aspect atypique ou d'autres sièges commissurale (6 h et 12 h) doit faire évoquer un diagnostic différentiel, *tableau 1*.

- ulcération de la maladie de Crohn
- ulcération tumorale (carcinome épidermoïde, etc.)
- ulcération d'hétopathies malignes (leucémie, lymphome, histiocytose X, etc.)
- ulcération infectieuse (syphilis, chlamydiae, infection par Herpès simplex virus, cytomégalovirose, tuberculose, mycobactérioses atypiques, amibiase, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine, etc.)
- ulcération dermatologique spécifique (lichens, eczéma, pemphigus, pemphigoïde bulleuse, etc.)
- ulcération traumatique
- ulcération iatrogène (après radiothérapie ou administration de certains suppositoires)
- ulcération de maladies de système (maladie de Behçet, maladie de Wegener, etc.)
- ulcération pathomimique

Tableau 1 : Principaux diagnostics différentiels de la FA

VII. TRAITEMENT :

A) Buts :

- 1) Supprimer la douleur fissuraire ;
- 2) Favoriser la cicatrisation ;
- 3) Eviter la récurrence.

B) Méthodes :

1) Traitement médical :

- **TM non spécifique** : Envisagé en première intention. Ils associent les éléments suivants :
 - ✓ **Une régularisation du transit intestinal (RTI)** : pour faciliter l'exonération et favoriser la cicatrisation, par :
 - ✚ **Les mesures hygiénodiététiques** : dont les principales sont :
 - Alimentation riche en fibre ;
 - Suppression des épices, des boissons alcoolisées ;
 - Toilette après chaque selle à l'eau fraîche en évitant les essuyages intempestifs.
 - ✚ **Laxatifs osmotiques, mucilages ;**
 - ✚ **Repos.**
 - ✓ **Lutte contre la douleur et la contracture par un traitement oral associé à des topiques locaux :**

- **trt oral** : Antalgiques ou anti-inflammatoires (aspirine, paracétamol),
 - **topiques locaux et suppositoires**: l'application intra-canaulaire de gel, à visée anesthésique (Gel de xylocaine) ou visée cicatrisante (Madecazol ®).
- **TM spécifique (TMS) «sphincterolyse chimique» :**
- ✓ **Injections sclérosantes** : injection sous-fissuraire d'une solution de quinine-urée à 5 %, mais le risque d'abcédation sous fissuraire est important ;
 - ✓ **Dérivés nitrés** : l'application locale d'une pommade de glycéritrinitrate à 0,2 %, entraîne une chute rapide de la pression anale de base avec une augmentation du flux sanguin local. Les effets secondaires sont fréquents (céphalées, brûlure locale, hypotension orthostatique) et le taux de récurrence est de 62 % à 29 mois. ;
 - ✓ **Inhibiteurs calciques (Nifédipine, Diltazem)** : les effets secondaires étant moins fréquents qu'avec les dérivés nitrés ;
 - ✓ **Toxine botulinique de type A** : une injection unique entraînerait une diminution de l'HS et une cicatrisation de la FA dans plus des deux tiers des cas.
- 2) **Traitement chirurgicale** : Sous couverture d'une antibiothérapie per opératoire (1 g de métronidazole IVL). Il repose sur deux principes pouvant être associés : diminuer le tonus du sphincter et procéder à l'exérèse de la FA.
- a) **La fissurectomie** : Elle consiste à réséquer la fissure et ses annexes (Marisque, papille hypertrophique) permettant l'analyse histologique et remplaçant une plaie de mauvaise qualité qui ne cicatrise pas par une plaie qui cicatrisera.
- b) **La sphinctérotomie** : La sphinctérotomie latérale interne (ouverte ou fermée) (1951) : 02 types :
- Sphinctérotomie partielle dans le lit de la FA ;

- Sphinctérotomie partielle à distance de la fissure *fig. n°5* (Parks, 1967).

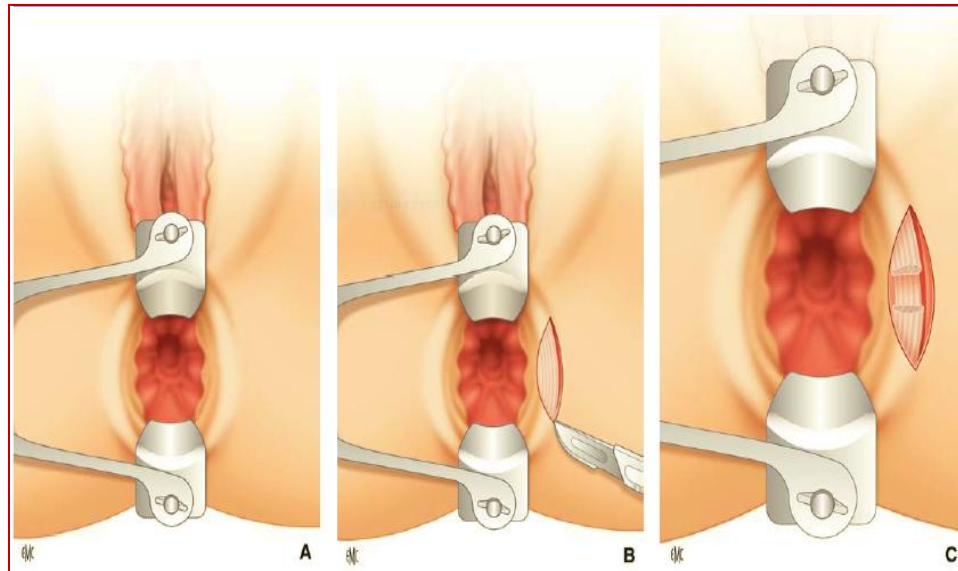


Figure 5 : Sphinctérotomie latérale interne.

A : Mise en place de l'écarteur de Parks ;

B : Incision ano-cutanée latérale gauche ;

C : Section du SI jusqu'à la ligne pectinée.

- ✓ **Dilatation anale (1838)** : Elle expose à un risque important d'échec et d'incontinence anale séquellaire. Actuellement abandonnée ;
- ✓ **Fissurectomie associée ou non à une sphinctérotomie** : La léiomyotomie postérieure avec fissurectomie et anoplastie (décrite par Arnous, Parnaud et Denis en 1968), *fig. n°6*.

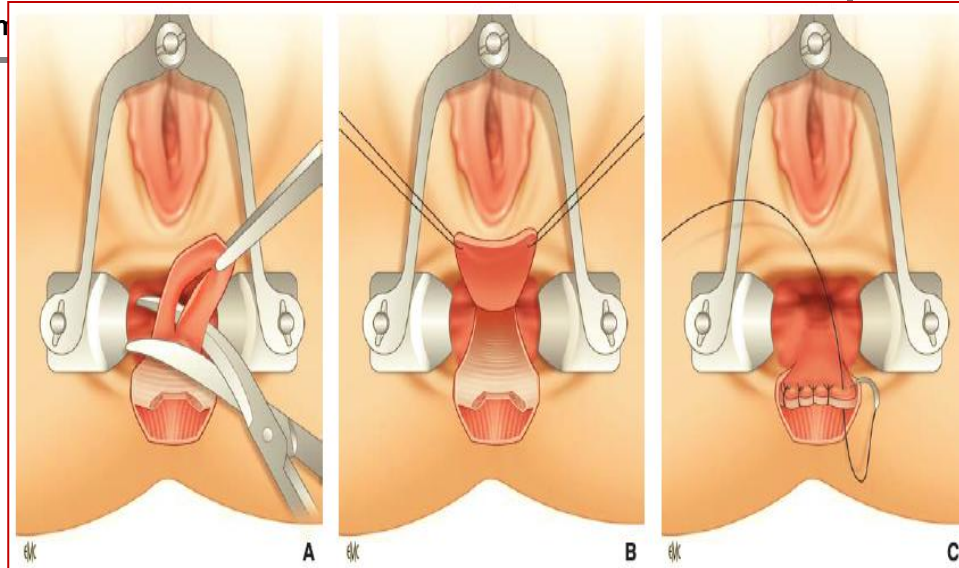


Figure 6 : Fissurectomie avec sphinctérotomie et anoplastie

A : Découpe d'un lambeau cutanéomuqueux ;

B : Dissection d'un lambeau muqueux sus pectinéale ;

C : l'anoplastie.

C) Indications thérapeutiques : Elles varient en fonction du stade d'évolution de la fissure :

1. FA jeune :

- ✓ Envisagé en première intention un traitement médical, car il permet de guérir plus de la moitié des états pré fissuraire et les fissures jeunes ou chez les malades refusant l'intervention chirurgicale ;
- NB : Injections sclérosantes** : s'applique surtout aux fissures fraîches hyperalgiques ;
- ✓ En cas d'échec après quelques semaines, le traitement chirurgical est de mise.

2. FA chronique scléreuse (vieillie) et/ou infectée : sphinctérotomie postérieure associée à une fissurectomie et à une anoplastie » ;

3. Situations à risques: une fissurectomie sans sphinctérotomie avec ou sans anoplastie.

D) Résultats :

1. Dérivés nitrés

- ✓ Cicatrisation 30 à 50% après 4 – 8 semaines ;
- ✓ Récidive: jusqu'à 60%.

2. Toxine botulique

- ✓ Cicatrisation variable: 40 – 96% ;

- ✓ Récidive: jusqu'à 30%.

3. Sphinctérotomie avec ou sans fissurectomie

- ✓ Cicatrisation: 90 à 100% ;
- ✓ Récidive : 1 à 7% ;
- ✓ Incontinence irréversible variable (10-15%).

VIII. ALGORITHME DECISIONNEL : fig. n°5.

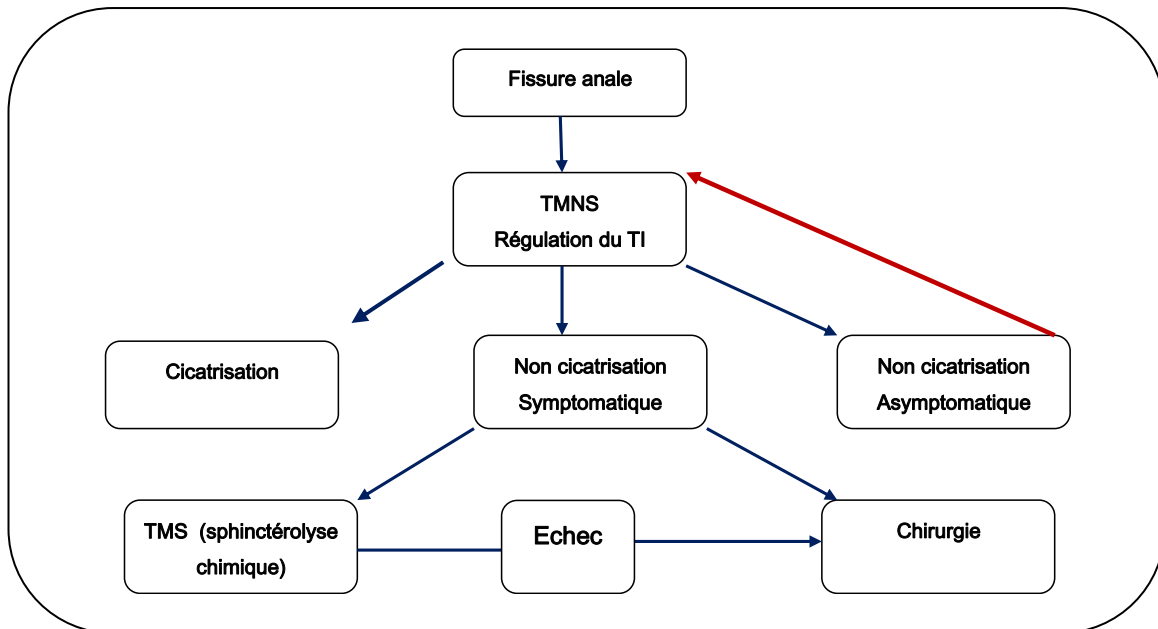


Figure 5 : CAT devant une fissure anale.

IX. CONCLUSION :

- ✓ Pathologie fréquente ;
- ✓ Son mécanisme physiopathologique incrimine principalement, deux facteurs: une hypertonie du sphincter anal interne et une diminution de la vascularisation de l'anoderme dans le lit de la fissure ;
- ✓ Sémiologie typique caractérise par des manifestations douloureuses post défécatoires vives et durables, rythme à 3 temps ;
- ✓ En cas d'atypie pensé aux diagnostics différentiels (néoplasie du canal anal, MICI) ;
- ✓ Le traitement de la FA a la phase aigüe est essentiellement médical
- ✓ Recours à la chirurgie en cas d'échec au traitement médical et/ou de FA chronique.

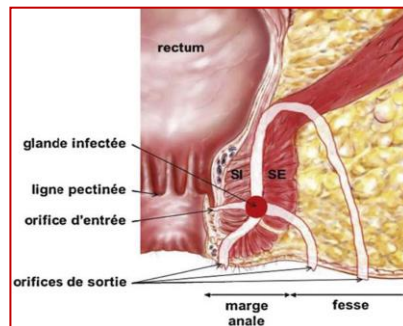
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. **V. Sébille, L. Siproudhis, E. Bellissant.** Traitement de la fissure anale chronique par injection de toxine botulique. *La Lettre du Pharmacologue* (mars 2001) ; 4 : 54-58-
Volume 15 - N° 3 ;
2. **O. Monneuse, X. Barth.** Traitement chirurgical des fissures anales. *EMC, TC-Appareil digestif* (2011), 40-700 ;
3. **G. Leséche.** Fissure anale. *IMPACT-INTERNAT* (mars 1992) ; 5 :103-107 ;
4. **N. Lemarchand, K. Fellous.** Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations. *EMC, urgences* (2010) ; 24-060-A-10 ;
5. **T. Higuero.** Mise au point sur la prise en charge des fissures anales. *Journal de Chirurgie Viscérale* (2015) **152**, S35—S42 ;
6. **K. Slim, L. Siproudhis.** Fissure anale. Quel traitement de première intention ? *Annales de chirurgie* 129 (2004), 290-292 ;
7. **J-L. FAUCHERON.** La fissure anale (273b). *Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble* (Mars 2005) ; 1/5 ; <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>;
8. **V. de Parades, F. Daniel, P. Atienza.** La fissure anale. *Cahier FMC (synthese), Gastroenterol Clin Biol* 2007 ; 31 :985-992 ;
9. **AA. Ayantunde, SA. Debrah.** Current concepts in anal fissures. *World J Surg* 2006 ; 30 :2246-60 ;
10. **RD. Madoff, JW. Fleshman.** AGA technical review on the diagnosis and care of with anal fissure. *Gastroenterology*, 2003; 124:235-45.

SUPPURATIONS ANALES

ENSEIGNEMENT DU MODULE D'HEPATO-GSTRO-ENTEROLOGIE

Période 09 Avril au 08 Juin 2017



Objectifs pédagogiques

A l'issue de ce cours l'étudiant doit être capable de :

1. Connaître les principales causes de douleurs anales aiguës et chroniques ;
2. Diagnostiquer une suppuration anale ;
3. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient ;
4. Connaître les principales complications induites par le traitement chirurgical des suppurations anales. .

SUPPURATIONS ANALES

Pr M. SENGOUGA

Service de Chirurgie Générale « B »

HCA Dr Md Seghir Nekkache

(2017)

I. Introduction :

- **Définition :** Les abcès et fistules de l'anus sont des suppurations aiguës ou chroniques de l'anus, dont le point de départ est l'infection d'une glande anale dite d'Hermann et Desfossés, par obstruction du canal excréteur qui s'abouche dans les cryptes de la ligne pectinée.
- **Intérêt de la question :**
 - ✓ La majorité des abcès et des fistules anales (90%) sont d'origine crypto-glandulaire ;
 - ✓ l'abcès anorectal est 8 fois sur 10 la manifestation aiguë d'une fistule anale, il constitue une urgence diagnostique et thérapeutique ;
 - ✓ Les fistules, développées à partir du canal anal, sont les plus fréquentes et se distinguent selon leurs rapports avec le sphincter externe ;
 - ✓ récurrences fréquentes : pathologie, désespérantes, tant pour le malade que pour le médecin.
 - ✓ Les suppurations anales (S.A.) ont un mécanisme univoque et donc une symptomatologie et un traitement maintenant bien précisés.

II. Etiopathogénie :

A) Pathogénie :

- ✓ **La majorité des abcès et des fistules anales (90%)** sont d'origine crypto-glandulaire. Dans ce cas, l'infection débute au niveau des canaux, à la suite d'une diminution du drainage glandulaire sous forme d'un abcès à germes intestinaux, puis se propage dans l'espace inter sphinctérien où elle peut évoluer soit vers la régression, soit vers l'expansion. L'abcès inter-sphinctérien évolue en trois stades :
 - **pré-suppurative**, les lésions sont inflammatoires;
 - **suppurative**, le pus peut se collecter soit dans l'espace inter-sphinctérien, c'est l'abcès intra-mural, soit traverse l'appareil sphinctérien externe et se draine dans les espaces périnéaux de moindre résistance, c'est l'abcès de la marge de l'anus;

- **fistulisée**, le pus s'évacue à la peau périanale en traversant le sphincter externe de l'anus.
- Le pus peut se frayer un chemin vers le haut jusqu'au rectum, de l'autre côté donnant **un abcès en fer à cheval** et plusieurs orifices fistuleux.

Les fistules anales ont en effet pour origine **facteurs favorisants** :

1. **Age** : L'âge de survenue de cette pathologie se situe avec prédilection dans la troisième et la quatrième décennie ;
2. **Sexe** : Il existe une prédominance masculine avec un *sex-ratio* qui varie de 2 :1 à 9 :1 ;

III. Anatomie pathologie :

A) **Rappel anatomique** : la compréhension et la prise en charge des suppurations anales nécessitent une connaissance précise de l'anatomie de la région (**fig. n°1**).

1. **Canal anal** : long de 3 cm, traverse le périnée postérieur, il est constitué :
 - ✓ **D'un appareil sphinctérien** : Sphincter interne (lisse) et le sphincter externe (strie) emboîtés l'un dans l'autre ;
 - ✓ **D'un revêtement cutanéomuqueux** : séparé en deux par la ligne pectinée, reconnaissable par les valvules semi-lunaires qui délimitent les cryptes de Morgagni.
2. **Les glandes lubrificatrices d'Hermann et Desfosses** sont situées dans l'espace inter-sphinctérien de l'appareil sphinctérien, au nombre de 6 à 8, ont un canal glandulaire principal s'abouchant au niveau de la ligne pectinée dans les cryptes de Morgagni, et un corps pénétrant dans le sphincter interne, dans l'espace inter-sphinctérien et, dans le sphincter externe.
3. **Espaces périnaux** : ont un rôle essentiel dans la propagation des processus suppuratifs :
 - ✓ L'espace sous-muqueux: situé en dedans du sphincter interne ;
 - ✓ L'espace marginal ou péri-anal sous cutané ;
 - ✓ L'espace inter-sphinctérien d'Eisenhammer ;
 - ✓ Les deux fosses ischio-anales ;
 - ✓ L'espace post anal ;
 - ✓ L'espace pelvi-viscéral.

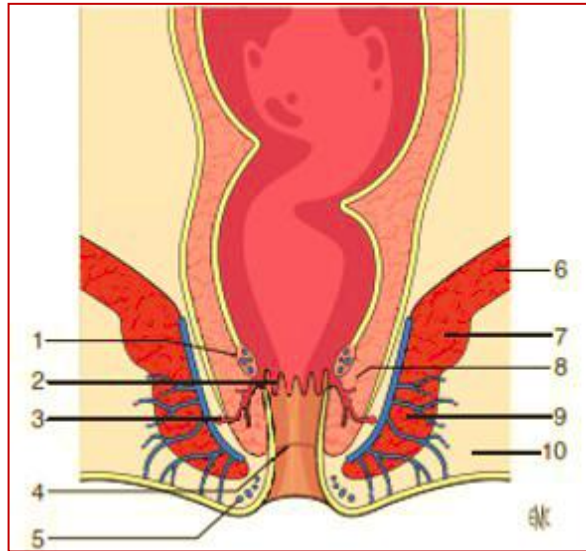


Figure 1 : anatomie du canal anal (illustration coronale).

1. Plexus hémorroïdaire interne ; 2. Ligne pectinée ; 3. Glande anale ; 4. Ligne blanche ; 5. Plexus hémorroïdaire externe ; 6. E. Lévorien ; 7 ; E. puborectal ; 8. Sphincter interne ; 9. Sphincter externe ; 10. Fosse ischio-anale et ischio-rectale.

B) Le trajet fistuleux est constitué : Les fistules anales ont donc toujours :

- a) Un orifice interne (dit primaire) dans le canal anal, au niveau d'une crypte de la ligne pectinée ;
- b) Un orifice externe (dit secondaire) au niveau de la peau, autour de l'anus visible le plus ;
- c) Un trajet trans-sphinctérien qui relie les 2 orifices (faisant communiquer le canal anal et la peau à travers les sphincters de l'anus).

C) Classification : Les suppurations anopérinéales peuvent être classées selon leur origine par rapport au canal anal. On distingue ainsi :

- a) **Les suppurations dont l'origine est située au dessus du canal anal** (Kyste pilonidal chronique, Maladie de Verneuil...).
- b) **les suppurations provenant du canal anal** de celles indépendantes de l'ano-rectum (abcès et fistules anales). **fig. n° 2**;

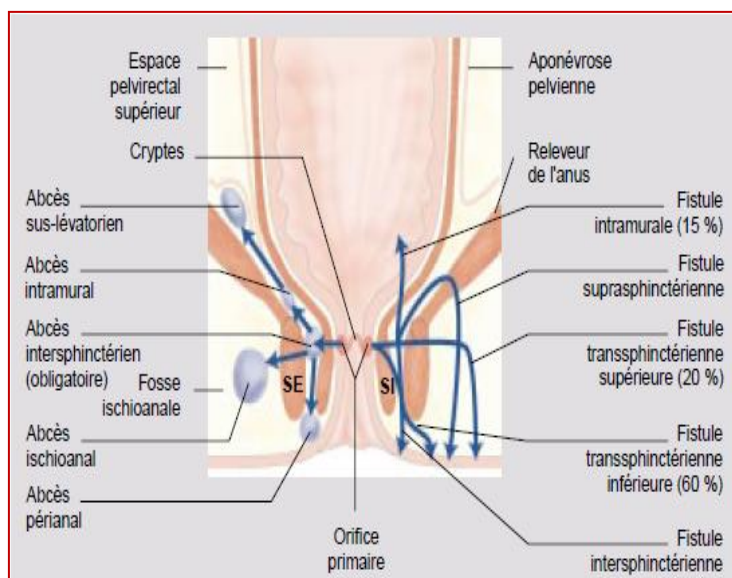


Figure 2 : topographie des abcès de l'anus (à gauche) et des principales fistules simples (à droite) sur une vue vertico-frontale de l'anus et du rectum [SI : sphincter interne, SE : sphincter externe].

La classification la plus fréquemment utilisée est celle de Parks qui distingue 4 types de trajets. **fig. n°3:**

- ❖ **Type 1** : fistule inter-sphinctérienne (45 %) ;
- ❖ **Type 2** : fistule trans-sphinctérienne (30 %) ;
- ❖ **Type 3** : fistule supra-sphinctérienne 20 %) ;
- ❖ **Type 4** : fistule extra-sphinctérienne (5 %).

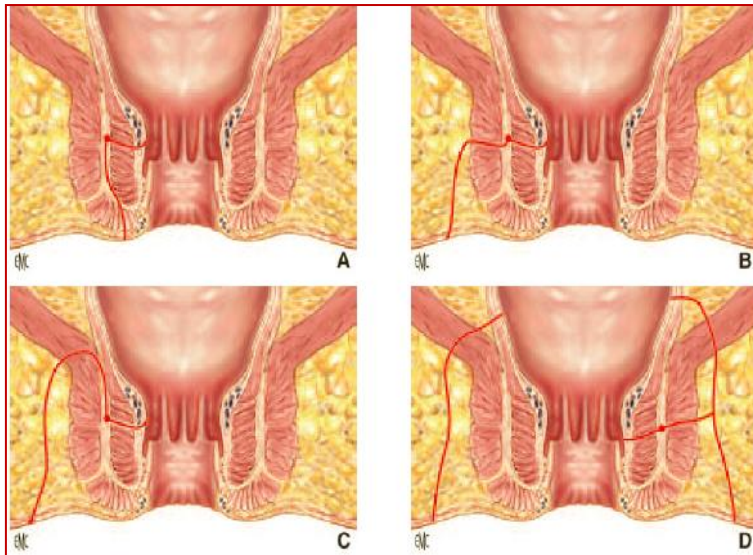
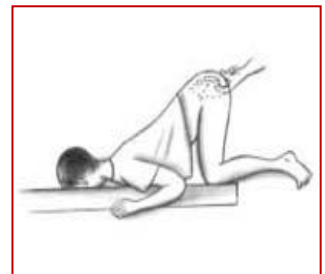


Figure 3 : Classification de Parks.

IV. Etude clinique :

- ☞ L'examen clinique de la marge anale se fait souvent en position genu-pectorale (PGP), parfois en décubitus latéral gauche. **fig. n°4** ;
- ☞ Deux stades sont individualisables:



A) En phase aiguë « Stade initial d'abcès » : se caractérise par 3 signes :

Figure 4 : examen en PGP.

1. Signes fonctionnels :

- ✓ une douleur vive, permanente et pulsatile de la marge anale ;
- ✓ Une dysurie ou une rétention aiguë d'urines peuvent être révélatrices.

2. Signes généraux : une fièvre (souvent retardée).



Figure 5 : Abcès de la MA.

3. Signes physiques :

- ✓ Si abcès de la marge anale(MA) : tuméfaction rouge, lisse, tendue et douloureuse latéro-anale effaçant les plis radiés ;

- ✓ Si l'abcès intra-mural ou supra-lévatorien, seul un toucher rectal très doux permet de percevoir la tuméfaction localisée très douloureuse
(Voire sous anesthésie) ;
- ✓ Si abcès en « fer à cheval », la tuméfaction est quasi circonférentielle (postérieure ou antérieure).

B) En phase chronique « stade secondaire de fistule constituée » : se caractérise par :

1. Signes fonctionnels

- ✓ Pas de douleur mais une gêne ;
- ✓ Un écoulement purulent ou séro-sanglant permanent ou intermittent.

2. SG : il n'y a plus de fièvre ;

3. SP :

- ✓ l'orifice secondaire cutané est facile à trouver (s'il n'est pas visible spontanément, la pression de la marge fait sourdre un peu de pus). Plus l'orifice est distant de la marge, plus le trajet fistuleux est étendu.
- ✓ L'orifice primaire interne (et le trajet fistuleux) peut souvent être perçu sous l'index, parfois plus facilement palpable que visible en anoscopie au niveau de la ligne des cryptes, postérieur trois fois sur quatre.

En fait, la topographie exacte de l'abcès et de la fistule (simple ou complexe) ne sera appréciée précisément que sous anesthésie générale (orifice primaire, orifice secondaire, trajet fistuleux, trajets secondaires).fig. n°6



Figure 6 : cathétérisme du trajet fistuleux

V. Examens complémentaires : L'intérêt des examens complémentaires est de préciser le trajet principal, les collections et trajets accessoires.

- ✓ En cas abcès ano-périnéal : Les examens complémentaires sont le plus souvent inutiles pour le diagnostic et le traitement.

- ✓ En cas d'abcès intra-mural du rectum peut parfois être plus difficile à mettre en évidence en raison des douleurs générées par l'examen clinique, nécessitant alors un examen sous anesthésie générale, au besoin complété par une endo-sonographie peropératoire (échoendoscopie basse).
- ✓ En cas de fistules anales (complexes / les suppurations récidivantes), Les 2 examens utiles sont :
 - **L'échoendoscopie basse (l'échographie endoanale)** en 2 ou 3 dimensions : c'est un excellent examen pour la recherche de rupture sphinctérienne. La douleur en phase aiguë limite parfois la possibilité de réaliser cet examen.
 - **L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) péri anale** : Elle permet de préciser les trajets, de diagnostiquer l'orifice primaire et d'apprécier la qualité de l'appareil sphinctérien sous-jacent..
 - **Les prélèvements bactériologiques** sont proposés en cas de fistule atypique afin d'éliminer une origine infectieuse spécifique (tuberculose, actinomyose ou gonococcie...).
 - La fistulographie n'est plus utilisée.

VI. Diagnostic différentiel :

- ✓ **Suppurations anales non crypto-glandulaire** : ulcération (maladie de Crohn), fissure infectée, traumatisme, IST (gonococcie, chlamydiae...) ;
- ✓ **Suppurations extra anal** : sinus pilonidal, kystes épidermiques et folliculites, abcès de la maladie de Verneuil, Bartholinite...

VII. Traitement : Le traitement des suppurations anales est toujours chirurgical, il n'y a aucune place pour le traitement médical. Il doit être confié à un proctologue ou à un chirurgien habitué à la chirurgie proctologique. Il comporte deux volets :

- a) Celui de l'abcès lui-même ;
- b) le traitement étiologique de la suppuration visant à prévenir les récides.

A) Méthodes :

- 1) **Traitement médical « Antibiothérapie »** : elle n'a pas de valeur curative. Elle est indiquée sur des terrains à risque de cellulite pelvienne : les terrains fragiles, immunodéprimés, diabétiques, porteur de valve mécanique...) afin de prévenir une dissémination de l'infection et au cours de la gangrène gazeuse. On privilégie les antibiotiques actifs sur les anaérobies et bacilles gram(-) [céphalosporine de 3ème génération associée à du métronidazole, voire un aminoside].
- 2) **Traitement chirurgical** : à pour triple objectif de :
 - ✓ Drainer l'abcès et d'évacuer les débris permettant ainsi le tarissement de la suppuration ;

- ✓ Éviter la récurrence en traitant la fistule qui lui a donné naissance depuis l'orifice primaire, soit en un temps, soit en deux temps ;
- ✓ Préserver au mieux la fonction de continence.

B) Indications :

- ☞ **Au stade d'abcès** : il faut inciser pour évacuer le pus et, si possible, repérer et traiter le trajet fistuleux. L'absence du traitement de la fistule aboutit à la constitution de la fistule anale elle-même.
- ✓ **Abcès superficiel « la collection affleure la peau »** : incision sous anesthésie locale, ce qui soulage rapidement le malade et permet de différer le traitement étiologique de la suppuration. **fig. n°7.**



Figure 7 : incision d'un abcès périanale sous AL.

- ✓ **Abcès profond « collection profonde non accessible au traitement précédent »** : drainage sous anesthésie complété par un examen ayant pour but de déterminer l'origine de l'abcès afin d'associer, dans le même temps opératoire, le traitement étiologique de la suppuration. Lorsque l'origine de l'abcès ne peut être déterminée, il faut, plutôt que de créer un faux trajet, se contenter d'un drainage et prévenir le malade de la possibilité d'une récurrence.
- ✓ **Au stade de fistule** : Le trajet précis doit être reconnu en peropératoire par l'examen digital, l'injection de bleu méthylène, d'air ou d'eau oxygénée. Le principe du traitement est en fonction du siège et le risque :
 - ❖ **Fistule basse non à risque** : mises à plat en un temps soit par fistulotomie [consiste en la mise à plat et au curetage du «tunnel fistuleux»], soit mieux par fistulectomie [l'excision complète de l'ensemble du trajet fistuleux et de son orifice primaire] jusqu'au plan musculaire puis par fistulotomie, peut être réalisée avec une efficacité excellente ;
 - ❖ **Les fistules « à risque »** sont celles dont le traitement peut entraîner une incontinence anale [fistules hautes, fistules antérieures chez la femme, fistules multi-opérées, des fistules survenant chez un malade âgé ou ayant déjà une continence altérée] :

- **Le 1^{er} temps opératoire** : Le traitement consiste à mettre en place un séton lâche, non coupant, pour assurer le drainage du trajet fistuleux ;
- **Le 2^{ème} temps opératoire** : est effectué après cicatrisation complète de la plaie opératoire, soit après 6 à 8 semaines :
 - ☞ **Soit le traitement conventionnel** : fistulotomie qui peut être réalisée soit par traction élastique après exérèse des plans cutanéomuqueux sensibles, soit par section directe.
 - ☞ **Soit les traitements dits d'épargne sphinctérienne** : Tous les traitements décrits ci-dessous sont réalisés après un premier temps de drainage par séton, et sur une fistule sèche (pas de collection persistante en IRM ou échoendoscopie). Les principales techniques sont :
 - ✚ le séton lâche à demeure ;
 - ✚ le lambeau muqueux rectal d'avancement qui consiste à obturer l'orifice primaire avec un volet muco-musculaire de paroi rectale ;
 - ✚ Comblement de la fistule avec des colles biologiques « encollage » ou un bouchon « Le Plug ».
- ☞ **Les techniques d'avenir** :
 - ✚ **La technique LIFT** (*Ligation of the intersphincteric fistula tract*) : Elle consiste à disséquer l'espace inter-sphinctérien jusqu'au niveau du trajet transsphinctérien qui est ligaturé et sectionné.
 - ✚ Le clip OVESCO : utilisé pour la fermeture de fistule anale (?) ;

C) Résultats :

- ✓ **Traitement des abcès** : Le risque de récurrence n'est pas négligeable (20%?) et doit être expliqué au malade si le trajet fistuleux n'a pas été retrouvé.
- ✓ **Traitement des fistules** : **Les** principales complications sont l'incontinence aux gaz et aux selles liquides (10% dans les fistules hautes) et la récurrence (qui doit être inférieure à 5 %).

VIII. CONCLUSION :

- ☞ Les abcès et les fistules anales crypto glandulaires, représentent une pathologie fréquente (71 % des suppurations anales et périnéales) ;
- ☞ L'urgence c'est l'abcès visant dans un premier temps à soulager le malade.
- ☞ **« Erreurs à éviter »** :
 - ✓ Donner des antibiotiques avant la chirurgie ;
 - ✓ Penser qu'un abcès ou une fistule anale peuvent guérir sans chirurgie.

Références bibliographiques

1. **J. Denis.** Fistule anale. Toujours liée à l'infection d'une glande d'Hermann et Desfossés. *Rev Prat Med Gen*, **1996** ; 10-330 : 27-32 ;
2. **A Pariente.** Abscesses et fistules de l'anus. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, **1998** ; 4-0595, 2 p ;
3. **Maladie de Verneuil périanale.** L'échec des traitements médicaux impose le recours à la chirurgie. *Rev Prat Med Gen* **1997** ; 11-402 : 17-19 ;
4. **P. Atienza et al.** Fistules anales. *EMC Gastro-enterologie*, **2002** ; 9-086-C-10, 14p ;
5. **A. Senéjoux.** Conduite à tenir devant un abcès de la marge anale. *Hépatogastro.* Volume 11, Numéro 4, 253-9, **juillet-août 2004**, Mini-revue ;
6. **A. Senéjoux.** Traitement chirurgical conventionnel des fistules anales. *Annales de chirurgie*, **2004** ; 129 : 611-615 ;
7. **G. Zufferey et al.** Suppurations et fistules ano-rectales. *Schweiz Med Forum* **2005**;5:851–857 ;
8. **N. Lemarchand, K. Fellous.** Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations. *EMC urgences*, **2010**; 24-D60-A-10.
9. **F. Juguet, F. Pigot.** Conseils de pratique « Abscesses et fistules ». *SNF de gastro-entérologie et la SNF de Colo-Proctologie*, **2013**.