



LA FISTULE ANALE

QU'EST-CE QU'UNE FISTULE ?

Une fistule est une communication anormale entre deux organes qui normalement ne communiquent pas entre eux.

Une fistule anale fait communiquer l'intérieur du canal anal avec la peau de la marge anale par une sorte de tunnel qui chemine à travers les muscles de l'anus (les sphincters) pour s'ouvrir à la peau par un orifice appelé orifice externe (ou orifice secondaire).

QUELLE EST L'ORIGINE DES FISTULES ANALES ?

C'est l'infection de petites glandes situées à l'intérieur de l'anus (glande d'Herman et Desfosses). On ne sait pas de façon précise pourquoi ces glandes s'infectent. Il faut bien comprendre que le point de départ se situe dans le canal anal : on parle d'orifice interne ou orifice primaire (figure 1).

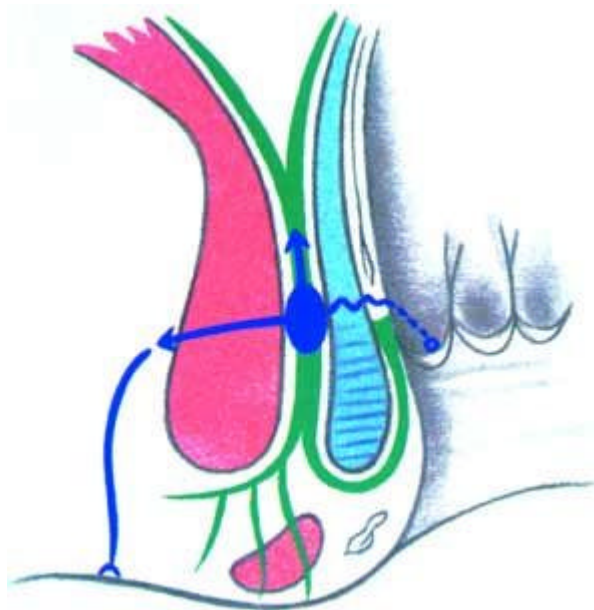


Figure 1. L'infection part des glandes d'Hermann et Desfosses, donne un abcès primaire dans l'espace inter-sphinctérien d'où elle peut soit remonter dans la couche longitudinale, soit traverser le sphincter externe.



QUELLES SONT LES DIFFERENTES FORMES ANATOMIQUES DES FISTULES?

L'infection initiale donne un petit abcès situé entre le sphincter interne et le sphincter externe. A partir de là, la fistule peut traverser le sphincter externe à différentes hauteurs et on va parler de fistule basse si la traversée se fait de la partie inférieure du muscle et de fistule haute si plus de la moitié du muscle (ou même sa totalité) est intéressée. Quelques cas particuliers sont à signaler : dans certains cas, le trajet peut passer du côté opposé par des espaces anatomiques précis et on va parler de fistule en fer à cheval. Dans d'autres cas, au lieu de traverser le sphincter externe, la fistule remonte dans l'espace situé entre les deux muscles : on parle alors d'abcès inter-sphinctérien (ou intra-mural).

COMMENT SE MANIFESTE UNE FISTULE ANALE ?

Il existe deux aspects principaux : une forme aiguë qui est un abcès et une forme chronique qui est un simple écoulement.

a) L'abcès se manifeste par une douleur localisée à une partie de l'anus ; au début, elle est modérée puis devient progressivement très intense et même intolérable. Elle est pulsatile pouvant entraîner une insomnie. En même temps, apparaît une grosseur au niveau de l'anus souvent recouverte d'une peau très rouge, très douloureuse dans la position assise ou au toucher. Il peut s'y associer une sensation de fatigue et une température élevée. Cette grosseur peut s'ouvrir spontanément pour évacuer le pus, ce qui soulage immédiatement la douleur. Si l'ouverture n'est pas spontanée, on peut la provoquer par une incision de la peau. Une forme particulière est réalisée par l'abcès intersphinctérien (ou intra-mural) qui donne une douleur très haute dans le rectum, sans grosseur au niveau de la marge anale et avec très souvent des troubles urinaires.

L'examen, dans cette forme d'abcès, est très douloureux et va chercher à évaluer l'importance de cet abcès et éventuellement de retrouver l'orifice primaire.

Ces abcès, qu'ils soient incisés ou qu'ils se soient ouverts spontanément, vont évoluer vers une forme chronique avec un écoulement parfois entrecoupé de poussées de rétention réalisant de nouveaux abcès.



Figure 2. Abscès de la marge anale responsable d'une tuméfaction douloureuse.



b) La forme chronique : elle peut s'installer d'emblée ou succéder à un abcès incisé ou évacué spontanément. Il existe un écoulement plus ou moins purulent par un ou plusieurs orifices situés sur la peau de l'anus : on parle d'orifice externe ou orifice secondaire. Dans le cas particulier de la fistule en fer à cheval, il y a un orifice de chaque côté de la ligne médiane. L'examen n'est pas douloureux et va essayer de préciser la hauteur du trajet et de trouver l'orifice primaire responsable de cette fistule.

Les examens complémentaires ne sont utiles que dans certaines formes, en particulier, l'échographie endo-anale et l'IRM peuvent être demandés dans des formes poly-opérées ou compliquées.



Figure 3. Les petits bourgeons à proximité de l'anus correspondent aux orifices externes d'une fistule par lesquels s'écoule du pus.

DE QUELS TRAITEMENTS DISPOSE-T-ON POUR GUERIR LA FISTULE ANALE?

Au stade d'abcès, le plus important est de soulager la douleur en évacuant le pus par une incision qui peut être faite sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale. Mais reste à traiter la fistule.

Le traitement de la fistule anale est actuellement chirurgical et obéit à deux impératifs : guérir la fistule et préserver la continence anale puisque les muscles qui assurent cette continence sont traversés par la fistule. C'est pourquoi, dans certaines formes, on sera obligé de procéder en plusieurs temps opératoires.

1°) les fistules basses ne nécessitent qu'une seule opération : on repère le trajet et l'orifice primaire par un colorant injecté par l'orifice interne et on l'enlève jusqu'au muscle qui est simplement sectionné. Les soins post-opératoires sont simples, il n'y a pas ou peu de douleur. Cette intervention peut se faire soit avec une hospitalisation courte de 48 heures, soit en ambulatoire. Le médecin suivra régulièrement le malade jusqu'à la cicatrisation qui peut

demander huit semaines. Les complications sont très rares (hypocontinence aux gaz dans environ 1% des cas), la récurrence dans les services habitués à ce type de chirurgie est d'environ 1%.

2°) les fistules plus hautes, plus rares, doivent être opérées en deux fois après un intervalle libre d'environ huit semaines. Dans la première opération, on retire le trajet jusqu'au muscle sur lequel on place un fil sans traction (le séton). Les soins post-opératoires sont bi-quotidiens avec nettoyage de la plaie et la durée moyenne d'hospitalisation est de 2 à 3 jours. Là encore, on suit le malade jusqu'à cicatrisation complète et à ce moment là, on pourra pratiquer la deuxième intervention qui consiste soit en une section progressive du muscle par le fil qui est serré tous les 8-10 jours, soit par une section directe. Les complications sont peu fréquentes : suintements dans 2% des cas, hypocontinence aux gaz et urgence pour aller à la selle lorsqu'elles sont liquides dans 11%, mais ces problèmes régressent avec le temps. La récurrence est d'environ 2% dans les services spécialisés ou ayant l'habitude de ce type de chirurgie.

3°) les cas particuliers : la fistule en fer à cheval demande parfois trois opérations, la fistule intra-murale est ouverte vers l'intérieur du rectum. Enfin, certaines fistules particulièrement complexes ou poly-opérées n'ont pas de traitement systématisable.

Les techniques de préservation sphinctérienne : il est toujours choquant de couper un muscle qui a une fonction importante. C'est pourquoi, des recherches sont orientées vers la conservation du muscle dans le traitement des fistules anales.

1°) le lambeau d'avancement (flap) : le trajet est enlevé jusqu'au muscle et au niveau du rectum, on abaisse un lambeau muco-musculaire pour recouvrir l'orifice primaire. Les résultats actuellement disponibles sont discordants et cette technique nécessite encore d'autres études.

2°) l'utilisation de colle biologique : on injecte une " colle " dans le trajet fistuleux pour le boucher. Les résultats sont encore préliminaires, prometteurs dans les fistules simples.

CONCLUSION

Les fistules anales font communiquer l'intérieur de l'anus avec la peau périanale. Leur traitement est exclusivement chirurgical et dans les services habitués à ce type de maladie, les résultats sont très bons, la récurrence de 1 à 2 %.

Références

- 1: Rosen L. Anorectal abscess-fistulae. Surg Clin North Am. 1994 Dec;74(6):1293-308. Review.
- 2: Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. Br J Surg. 1992 Mar;79(3):197-205. Review.
- 3: Fazio VW. Complex anal fistulae. Gastroenterol Clin North Am. 1987 Mar;16(1):93-114. Review.