



DRAINAGE D'UN ABCES ANAL : QUELLES SUITES OPÉRATOIRES ?

Préambule

Un abcès anal est une cavité remplie de pus, située à proximité de l'anus ou du rectum. Elle est le plus souvent la conséquence de l'infection d'une petite glande normalement présente à l'intérieur de l'anus. Dans ce cas, une communication existe le plus souvent sous la forme d'un petit tunnel appelé "fistule anale" entre cette glande et l'abcès collecté (voir fiches "abcès anal" et "fistule anale").



Figure 1a : Abscès de la marge anale.

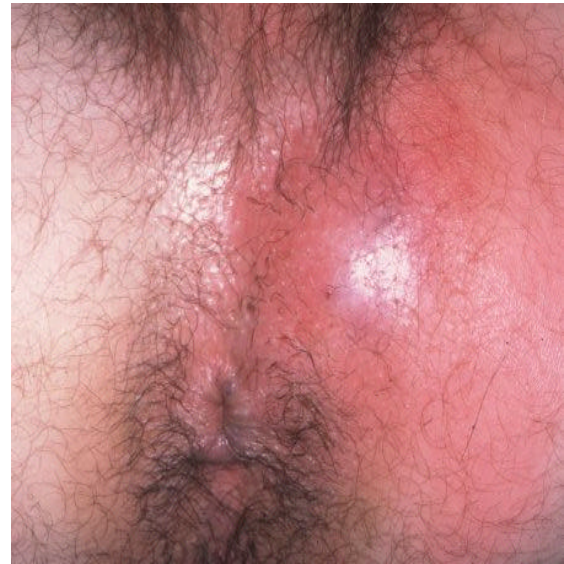


Figure 2 : abcès de la fesse.



Figure 1b : Abscès de la marge anale.

Il faut le distinguer des autres abcès du périnée (voir fiches "maladie de Verneuil" et "sinus pilonidal"), dont le traitement chirurgical peut être différent (voir fiche "suites opératoires de la maladie pilonidale"). De même, l'évolution d'un abcès anal survenant dans un contexte de maladie de Crohn périnéale est souvent plus complexe (voir fiche "lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn").

Le traitement d'un abcès anal est exclusivement chirurgical.

Son premier objectif est d'évacuer le pus collecté sous pression dans l'abcès, ce qui peut être obtenu par une simple incision de la peau en regard de l'abcès, sous anesthésie locale ou générale. Ce geste permet le plus souvent un soulagement immédiat de la douleur, une régression en quelques jours de l'inflammation des tissus adjacents, et une cicatrisation en environ deux semaines.

Mais cet acte chirurgical doit aussi dans la mesure du possible éviter la récurrence précoce ou à distance de la suppuration. La récurrence d'un abcès anal après quelques jours peut être liée au fait qu'une simple incision cutanée en regard d'une collection de pus peut se refermer trop précocement ou ignorer une extension en profondeur le long du rectum ou du côté opposé. Pour cette raison, l'alternative souvent retenue est de réséquer sous anesthésie générale une collerette de peau, ce qui permet une ouverture de drainage plus large sans risque d'accolement précoce des berges, mais également de mieux évaluer l'extension de l'abcès. Cette intervention demande souvent quatre semaines avant d'obtenir une cicatrisation définitive.



Figure 3a : Abcès de la fesse.
Ouverture au bistouri électrique.

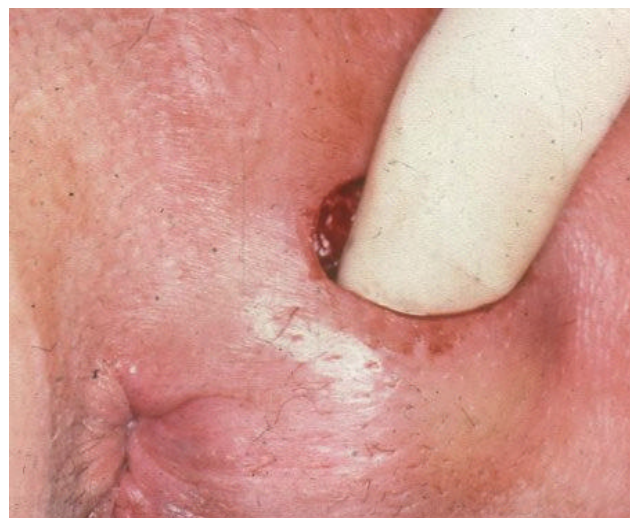


Figure 3b : Abcès de la fesse.
Débridement au doigt.



Figure 3c : Abscès de la fesse. Drainage en collerette (aspect obtenu en fin d'intervention).



Figure 4 : Abscès postérieur et fistule évidente d'emblée

La récurrence tardive d'un abcès anal, quelquefois après plusieurs mois voire années, est le plus souvent en rapport avec une fistule anale associée non traitée. Celle-ci peut aussi empêcher la fermeture complète de l'orifice de drainage cutané de l'abcès. Pour cette raison, une fistule anale à l'origine de l'abcès doit toujours être recherchée dans le même temps opératoire, avec un geste chirurgical plus complexe qui en modifie les suites opératoires. En pratique, même si cette communication avec l'anus n'est pas retrouvée, elle est le plus souvent présente mais masquée par l'inflammation des tissus en périphérie de l'abcès.

Par contre, les antibiotiques ne représentent pas un traitement qui permet la guérison ; ils sont parfois utilisés pour encadrer le geste chirurgical, afin de prévenir une dissémination de l'infection, en particulier chez des patients fragiles, obèses, diabétiques ou avec certaines maladies cardiaques. Pour les mêmes raisons, il est inutile de réaliser un examen bactériologique qui ne modifiera pas la prise en charge. Enfin le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens est dangereux car ils risquent de favoriser la dissémination de la suppuration avec un effet anti-douleur faussement rassurant.

Les soins post-opératoires sont simples, ils seront réalisés par une infirmière ou par le patient lui-même en cas de simple incision ou de chirurgie limitée.

Dans les suites immédiates de l'intervention, une mèche assurant le drainage et limitant les phénomènes hémorragiques sera retirée dans les 48 heures. Lorsque l'ouverture de drainage est suffisante, un méchage itératif n'est pas nécessaire, ce qui limite les phénomènes douloureux. Le plus souvent, ces soins consistent en un lavage des plaies au moyen de bains de siège ou à la douchette deux fois par jour et après la selle, avec un séchage par simple tamponnement en évitant tout essuyage traumatique. Les plaies externes seront ensuite badigeonnées avec un liquide désinfectant et recouvertes d'une pommade cicatrisante, protégées par une compresse ou un pansement absorbant plus large. L'objectif de ces soins post-opératoires est de maintenir les plaies propres en favorisant une cicatrisation du fond vers la superficie, en évitant un accolement trop précoce des berges de la plaie ; ils doivent

être poursuivis jusqu'à cicatrisation complète. D'autres protocoles de soins sont possibles avec des pansements spécifiques dont la nature et la fréquence seront alors précisées par le chirurgien.

Les écoulements et la durée de cicatrisation sont les principaux désagréments de l'opération

La durée de l'hospitalisation est courte, pouvant varier entre la simple journée et 3 jours en fonction du type d'anesthésie, de l'importance de l'abcès et de la nature de l'intervention. La douleur après l'intervention est souvent modérée, beaucoup moins importante qu'avant la chirurgie lorsque l'abcès était collecté ; elle est habituellement bien contrôlée par les médicaments anti-douleurs et les laxatifs doux ; elle disparaît progressivement en quelques jours. Les plaies laissées ouvertes lors de la chirurgie sont responsables d'un suintement quelquefois important dans les premiers jours. Cet écoulement habituel peut être coloré (jaune, vert, marron...), mais il ne doit pas être confondu avec du pus. Des démangeaisons sont fréquentes pendant cette période et des traces de sang peuvent être observées sur les pansements ou sur les selles. Cet inconfort diminue progressivement, mais peut persister jusque la cicatrisation complète, qui nécessite de deux à quatre semaines. L'interruption des activités professionnelles peut varier de quelques jours à un mois, dépendant de la durée nécessaire des soins post-opératoires et de la nature du travail exercé par le patient.

Les complications immédiates du simple drainage d'un abcès anal sont rares, mais les récurrences sont attendues dans un cas sur deux

Un saignement provenant d'un vaisseau de la plaie est possible dans les premiers jours, il s'arrête souvent spontanément ou par un tamponnement prolongé. La récurrence précoce d'un nouvel abcès est possible si le drainage est insuffisant ou incomplet ; il doit être évoqué si la douleur reprend et nécessite alors une nouvelle intervention chirurgicale. Il est toujours souhaitable que le chirurgien surveille l'évolution de la plaie, car un retard ou une absence de cicatrisation complète doit faire évoquer une fistule résiduelle. Le patient doit être prévenu que les risques de récurrence sous la forme d'un abcès ou d'une fistule sont d'environ d'un cas sur deux si la chirurgie de l'abcès anal s'est limitée à un simple drainage, car il persiste habituellement une communication avec l'anus à l'origine de l'abcès qui n'a pu être mise en évidence.

Pour en savoir plus:

- Sur ce site : [L'abcès anal](#) par François Pigot.
- Schouten WR, Van Vroonhoven TJMV. [Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy](#). Dis Colon Rectum 1991 ;34 :60-3.
- Sénéjoux A. Conduite à tenir devant un abcès de la marge anale. Hépatogastro 2004 ;11 : 2538.
- Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. [Prospective randomized trial of drainage alone vs drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening](#). Dis Colon Rectum 1996 ;39 :1415-7.