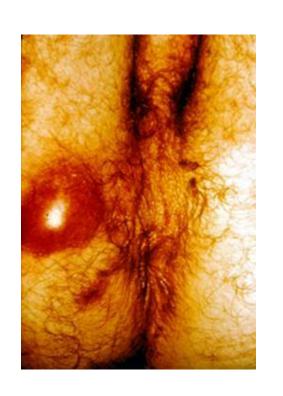
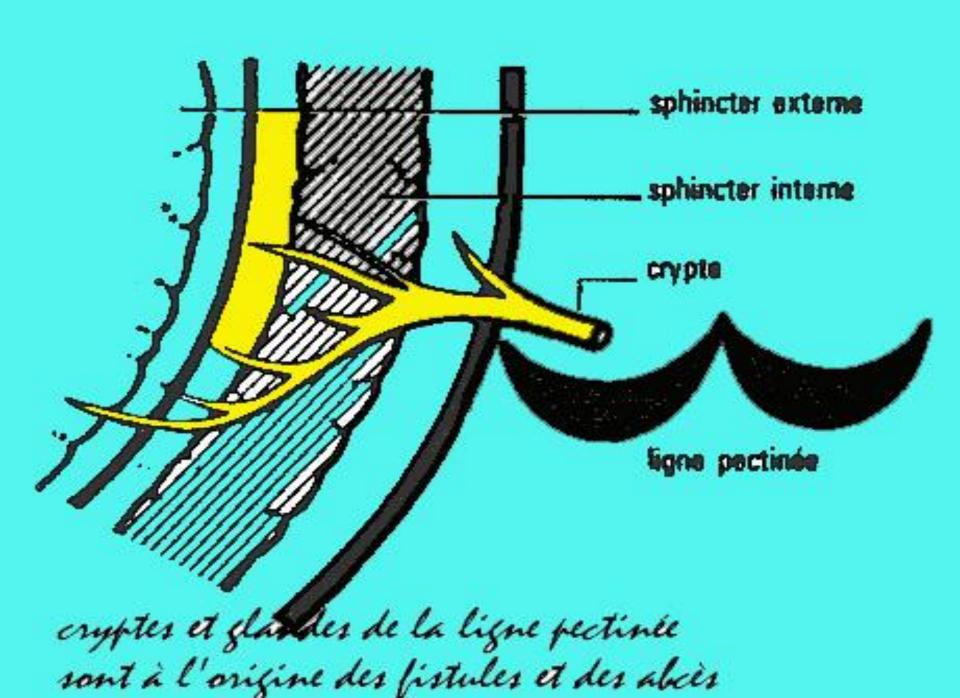
FISTULES ANALES





Dr M.BENDIB

- Elles se définissent par *l'infection initiale d'une glande* anale d'Hermann et Desfosses, qui s'ouvrent à la partie moyenne du canal anal.
- Ces glandes sont des canaux qui s'étendent dans la sous-muqueuse et qui traversent le sphincter interne: elle s'abouchent dans le canal anal au niveau des cryptes de Morgagni (ligne pectinée)



Leur infection (le plus souvent par des germes intestinaux) provoque des suppurations qui:

- dans un premier temps sont <u>localisées</u> entre les 2 sphincters (interne et externe)
- se <u>propagent</u> par la suite vers les différents espaces périanaux (espace péri-anal sous-muqueux, sous-cutané, fosse ischio-rectale)
- pour aboutir à la formation d'un <u>abcès</u> qui se rompt au niveau du périnée



Topographie et fréquence des principaux abcès.

1. Abcès pelvirectal supérieur.

2. Abcès du creux ischiorectal: 23 %.

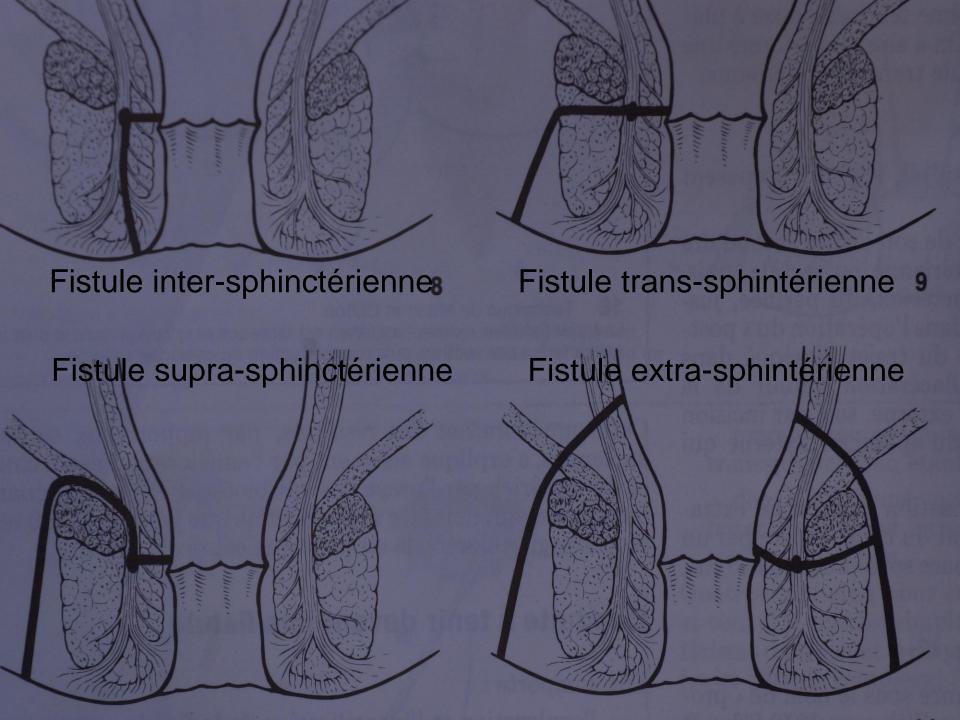
3. Abcès de la marge: 45 %. Abcès de la marge

4. Abcès intramural du rectum : 20 %.

5. Abcès sous-muqueux.

on peut ainsi décrire des fistules...

- 1. inter-sphinctériennes
- 2. trans-sphinctériennes
- 3. supra-sphinctériennes
- 4. extra-sphinctériennes



CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Un tableau d'abcès périnéal
- Un écoulement ano-périnal

A. Le stade d'abcès périnéal:

- C'est une consultation en urgence:
 - douleur de la région anale avec fièvre élevée (38° 39°) et parfois frissons
 - typiquement pulsatile, sans rapport avec la défécation
 - l'interrogatoire recherche des facteurs d'immunodépression (diabète, VIH...)
- La palpation retrouve une collection douloureuse:
 - inflammatoire, située le plus souvent en sous-cutanée au niveau de la marge anale
 - parfois écoulement purulent anal
 - des ADP inguinales

B. L'écoulement ano-périnéal:

- Le patient consulte pour un *écoulement purulent* chronique de la région ano-périnéale
- Il n'existe plus de signe d'inflammation aigue
- L'interrogatoire retrouve un *épisode d'abcès* qui s'est spontanément ouvert
- L'inspection recherchera *l'orifice secondaire* (où a eu lieu la rupture) qui peut être le siège d'un écoulement

EXAMENS PARACLINIQUES

• <u>L'écho-endoscopie et l'IRM</u>

- pour les fistules complexes
- bilan précis des trajets fistuleux
- orifices primaire et secondaire
- collections résiduelles
- état de l'appareil sphinctérien

LES FORMES CLINIQUES

- Formes évoluées
- Formes étiologiques

A. Formes compliquées:

- Décompensation de tare (diabète)
- Septicémie avec choc septique
- *Diffusion locale* de l'abcès allant jusqu'à la gangrène de Fournier (nécrose de l'ensemble du périnée imposant des dérivations digestives, urinaires et une chirurgie réparatrice ultérieure)
- *Chronicisation* de la fistule (en cas de mauvais traitement) avec écoulement chronique

B. Formes étiologiques:

Le plus souvent, il s'agit d'infection dues à des germes intestinaux banaux, mais toute fistule anale opérée doit être analysée sur le plan histologique et bactériologique

• La maladie de *Crohn*:

- volontiers récidivantes et complexes, elle sont présentes dans 50% des cas
- risque pour la fonction sphinctérienne

• Les fistules à germes spécifiques:

- *tuberculose* : terrain, IDR, Rx thorax, granulome giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse à l'histologie
- gonocoque: prélèvement bactériologique par écouvillonnage

TRAITEMENT

- Antibiothérapie
- *Incision de l'abcès* (prélèvements bactériologiques)
- <u>Repérage du trajet fistuleux</u> et <u>drainage</u> par mise en place d'un seton (élastique):
 - il faut exciser l'ensemble du trajet fistuleux, sinon récidive
 - le seton va être ensuite resserré en consultation, régulièrement, jusqu'à sa chute. Il va drainer progressivement l'ensemble du trajet en permettant aux tissus de cicatriser (comme un fil à couper le beurre sur un bloc de glace)

