



Les suppurations d'origine sus-anale

Généralités

Les suppurations anales et peri-anales peuvent se voir soit au stade d'abcès associant douleur, tuméfaction et signes généraux d'intensité variable soit au stade de fistule avec un écoulement séro-purulent.

L'examen clinique permet le diagnostic étiologique dans l'immense majorité des cas.

Les examens complémentaires, en particulier l'IRM et l'échoendoscopie, sont sans intérêt dans les suppurations indépendantes de l'ano-rectum et sont surtout intéressantes dans le bilan des lésions en cas d'atteinte ano-périnéale de la maladie de Crohn qui est une suppuration d'origine sus anale.

Le traitement en phase aiguë repose sur l'incision de l'abcès, ce qui permet d'attendre le traitement étiologique qui est chirurgical.

Les antibiotiques utilisés seuls peuvent favoriser une évolution torpide et ne traitent pas la cause sous-jacente.

La classification des suppurations ano-périnéales repose sur leurs rapports avec le rectum et le canal anal, ainsi on peut distinguer :

Les suppurations indépendantes de l'ano-rectum (18%).

Les suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal (76%).

Les suppurations d'origine sus-anale (6%).

1. Le sinus pilonidal (15%) :

Il s'agit d'une cavité pseudo-kystique, parfois occupée par des poils, le plus souvent située dans le tissu cellulaire pré-coccygien et présacré, communiquant avec la peau par des orifices médians ou parfois latéralisés appelés les fossettes. Les localisations antérieures sont plus rares.

En phase aiguë d'abcès,

il existe une induration rouge, chaude et douloureuse dans le sillon interfessier avec des signes généraux variables.

L'évolution spontanée se fait vers la régression ou l'ouverture à la peau.

Dans la forme chronique, la sécrétion séro-purulente est plus ou moins abondante, s'extériorisant par les fossettes ou par un orifice externe situé à distance du sillon interfessier.

Le traitement est toujours chirurgical :

La meilleure technique reste l'exérèse de l'ensemble de la cavité à « ciel ouvert », c'est-à-dire sans refermer la plaie.

La cicatrisation est lente (deux à trois mois) et se fait de la profondeur vers la surface et des bords vers le centre, laissant une cicatrice linéaire longitudinale dans le sillon interfessier.

Le taux de récurrence avec cette technique est faible (moins de 3%).

2. La maladie de Verneuil (4%)

Est une affection cutanée : dont le point de départ serait classiquement les glandes sudoripares apocrines.

Plus récemment, on a incriminé une infection des sinus pilaires.

Cliniquement :

La lésion fondamentale est le nodule hypodermique. Il est enchâssé dans le derme, recouvert d'un épiderme violacé, mobile sur le plan profond, indolore spontanément et peu douloureux à la palpation, sauf dans les périodes de rétention.

Ce nodule finit par s'ouvrir à la peau ce qui permet d'évacuer un liquide séro-purulent qui ne vide pas totalement l'abcès et laisse persister une induration qui donnera ultérieurement un nouvel abcès.

Il existe à distance de cette lésion fondamentale d'autres éléments du même âge ou plus ancienne, avec des cicatrices volontiers chéloïdes, communiquant entre eux par des galeries qui sillonnent la peau réalisant au stade ultime, un aspect de « terrier de lapin ».

D'autres localisations peuvent exister sur la région inguino-scroto-pubienne, les aisselles (abcès tubéreux), la nuque, le mamelon ou derrière le lobule de l'oreille.

Le traitement est chirurgical et repose sur l'exérèse en bloc, « à ciel ouvert », des lésions cutanées apparentes, en les décollant du plan profond comme « on pèlerait une orange ».

La cicatrisation est longue.

Il n'y a pas de récurrence au niveau des lésions excisées, mais d'autres localisations peuvent apparaître proches ou à distance.

3. Les autres suppurations.

Nous ne ferons que citer les kystes dont l'étiologie est parfois difficile à établir sur le plan histologique, mais dont le traitement repose sur l'incision ou la dissection excrèse.

Plus rares sont les suppurations d'origine osseuse, prostatique ou en rapport avec une maladie de système qui sont évoquées devant un orifice externe isolé sans rapport avec le canal anal et confirmées par une fistulographie, le scanner ou mieux par l'imagerie par résonance magnétique. Leur traitement est complexe, lié d'une part à la fistule mais aussi à l'affection causale.

Les suppurations dont l'origine est au niveau du canal anal

1. Les fistules anales (71%)

1.1. Généralités:

La fistule anale est secondaire à l'infection d'une glande d'Hermann et Desfosses qui sont situées sur la ligne des cryptes du canal anal.

La classification des fistules anales repose sur les rapports du trajet avec l'appareil sphinctérien, ainsi on peut distinguer :

Les fistules trans-sphinctériennes que l'on classe selon la hauteur du trajet fistuleux dans l'appareil sphinctérien :

Les fistules trans-sphinctériennes inférieures (61%) où seules les fibres les plus basses du faisceau profond du sphincter externe sont comprises dans la fistule.

Les fistules trans-sphinctériennes supérieures (19%) qui englobent plus de la moitié du sphincter externe.

Les fistules supra sphinctériennes (6%) qui intéressent tout l'appareil sphinctérien dont tout ou partie du faisceau puborectal du releveur.

Les fistules inter sphinctériennes (ou intra murales) (14%) se développent exclusivement dans l'espace d'Eisenhammer, au niveau de la couche longitudinale complexe, et peuvent remonter très haut dans le rectum, et s'y ouvrir parfois spontanément réalisant alors une fistule anorectale.

1.2. Les manifestations cliniques

Elles dépendent du stade de la fistule anale.

Au stade d'abcès la douleur est vive, permanente, souvent pulsative, non rythmée par la selle avec à l'examen une tuméfaction douloureuse.

Lors de la phase chronique, qui peut succéder à une phase d'abcès ou s'installer d'emblée, l'inspection découvre un orifice externe d'où peut s'écouler un liquide séro-purulent

Fistule anale au stade d'abcès

1.3. Le traitement d'une fistule anale

Il a essentiellement deux objectifs :

D'une part tarir la suppuration et éviter la récurrence en traitant la glande responsable.

D'autre part respecter la continence anale qui est liée à l'appareil sphinctérien mais aussi à l'architecture anorectale, ce qui conduit parfois à segmenter les temps opératoires.

Quel que soit le stade de la fistule :

Le traitement est exclusivement chirurgical.

L'intervention est parfois urgente pour évacuer l'abcès lorsqu'une incision sous anesthésie locale ne peut être réalisée en raison d'un abcès mal collecté ou profond.

2. La fissure infectée (4%)

Elle est la deuxième cause des suppurations prenant naissance dans le canal anal.

La douleur est déclenchée par les selles et est souvent modérée, sauf en cas d'abcès. Il peut s'y associer un prurit secondaire à l'écoulement.

L'examen découvre une ulcération habituellement postérieure, souvent associée à l'extérieur, à un capuchon mariscal et dans le canal anal, à une papille hypertrophique réalisant au maximum un aspect de pseudo-polype hémorroïdaire. Cette ulcération laisse sourdre une goutte de pus au déplissement des plis radiés.

Le traitement est chirurgical et consiste en la dissection-exérèse en bloc de la lésion au bistouri électrique.

3. Les glandes sous-pectinées.

Elles sont mal connues et leur fréquence (0,7%) est certainement sous-estimée.

Elles sont presque exclusivement situées au niveau de la marge antérieure et s'ouvrent par un micro-orifice endo-canalairé situé nettement en dessous de la ligne pectinée, d'où peut sourdre une goutte de pus. Il existe parfois un prolongement de cette suppuration vers l'espace inter-sphinctérien.

Le traitement est chirurgical : dissection exérèse en bloc au bistouri électrique.

Les suppurations d'origine sus-anales, nous ne ferons que les citer : des localisations ano-périnéales de la maladie de Crohn, des fistules recto-vaginales d'origine obstétricale ou iatrogène, de cancer à forme fistuleuse, d'abcès à corps étranger ou survenant après sclérose hémorroïdaire, les abcès diverticulaires du sigmoïde fistulisés à la peau périanale.