



Les fistules anales

Définition

Une fistule anale est secondaire à l'infection d'une glande d'Hermann et Desfosses.

Ces glandes sont situées sur la ligne des cryptes du canal anal.

Une fistule comprend toujours : un orifice interne (ou primaire) qui est cryptique, un trajet qui chemine soit vers la peau, après avoir traversé le sphincter anal, soit vers l'ampoule rectale, dans l'espace inter-sphinctérien, et qui peut s'y aboucher par un orifice secondaire (ou externe en cas d'ouverture à la peau).

Il n'y a donc pas de fistule borgne externe, et inversement toute suppuration qui n'a pas une origine cryptique n'est pas une fistule anale.

1 Les fistules trans-sphinctériennes

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

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

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

1.1 La classification des fistules anales

Repose sur les rapports avec l'appareil sphinctérien.

Ainsi on peut distinguer selon la hauteur du trajet fistuleux dans l'appareil sphinctérien qui est constitué de bas en haut par le faisceau profond du sphincter externe et le faisceau puborectal du releveur.

1.2. Les fistules inter sphinctériennes (ou intra murales) (14%) :

Elles se développent exclusivement dans l'espace d'Eisenhammer, au niveau de la couche longitudinale complexe, limitée par en dedans le sphincter interne et la couche musculaire du rectum et en dehors par le faisceau profond du sphincter externe et le faisceau puborectal du releveur.

Elles peuvent remonter très haut dans le rectum, et s'y ouvrir parfois spontanément réalisant alors une fistule anorectale.

Leur trajet peut être simple, parallèle à l'axe du rectum, ou complexe (en spirale, en Y, en V).

1.3. Des diverticules

Des diverticules peuvent se greffer sur le trajet principal et se développer :

Sous les transverses en cas de fistule antérieur.

Dans l'espace inter-sphinctérien, réalisant un diverticule intramural

Entre le releveur et l'aponévrose pelvienne supérieure, réalisant un diverticule sus-lévatorial respectant cette aponévrose.

Dans l'espace pelvi-rectal supérieur traversant l'aponévrose pelvienne supérieure, presque toujours iatrogène. On peut alors observer, à l'extrême, une perforation rectale réalisant une fistule rectale extra-sphinctérienne.

Le passage controlatéral est habituellement postérieur et se fait le plus souvent :

Par l'espace sous-sphinctérien postérieur (70%) (3).

Plus rarement par la couche longitudinale (2)

Exceptionnellement par l'espace postérieur du releveur (4).

Il peut être antérieur, au niveau du noyau fibreux central du périnée (15%) (1).

Tous ces diverticules sont d'autant plus fréquents que le trajet trans-sphinctérien est plus haut.

2 Manifestations cliniques dépendent du stade de la fistule anale.

2.1. Au stade d'abcès :

La douleur est vive, permanente, souvent pulsative, non rythmée par la selle.

Le syndrome infectieux est variable, habituellement modéré.

A l'examen de la marge anale, l'abcès peut être évident devant une masse rouge, tendue, luisante, mais en cas d'abcès inter-sphinctérien, la marge anale apparaît normale.

La palpation douce réveille la douleur mais apprécie l'importance de la lésion. Le toucher anal permet de localiser l'orifice interne : point du canal exquivement douloureux avec un bombement ou au contraire une dépression.

Le toucher recherche également un diverticule intramural sous la forme d'un bombement douloureux dans l'ampoule rectale.

L'anuscopie visualise parfois l'orifice interne d'où s'écoule une goutte de pus.

2.2 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.

Parfois, il y a plusieurs orifices externes :

S'ils sont homolatéraux, ils correspondent presque toujours à un même orifice interne.

S'ils sont bilatéraux, il faut suspecter une fistule en fer à cheval, les fistules anales doubles ou triples étant rares.

La palpation permet parfois, en cas de fistule basse, de sentir un cordon induré, correspondant au trajet se dirigeant vers l'orifice primaire.

Comme en phase d'abcès, le toucher et l'anuscopie permettent de suspecter l'orifice interne et de dépister un diverticule intramural.

3. Traitement

Le traitement d'une fistule anale a essentiellement deux objectifs :

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

Le traitement de la fistule en elle-même comprend plusieurs étapes :

3.1. La première étape est capitale

C'est la découverte de l'orifice primaire cryptique.

Parfois évident à la palpation.

Visuellement surtout s'il s'en écoule du pus.

On pourra s'aider de l'injection de bleu de méthylène par l'orifice externe:

Ce colorant permet, outre de visualiser souvent l'orifice interne, de repérer le trajet fistuleux et les diverticules éventuels.

Avant l'injection du produit, on aura pris le soin d'introduire une compresse humide dans le canal anal (sa coloration signant le passage dans l'anus) et de protéger le lieu d'injection, afin d'éviter une souillure du champs en cas de fausse manoeuvre.

3.2 La deuxième étape est la dissection-exérèse du trajet jusqu'au plan musculaire.

Et le cathétérisme rétrograde du trajet à partir de l'orifice interne. Il ne faut jamais créer de faux trajet, en particulier par un cathétérisme «forcé» par l'orifice externe.

3.3 Le troisième temps est le traitement du trajet principal trans-sphinctérien et il dépend de la quantité de muscle intéressé par la fistule :

En cas de fistule basse (trans-sphinctérienne inférieure), la mise à plat se fait en un temps :
Fistulectomie par dissection-exérèse jusqu'à la crypte responsable ou
Fistulotomie par section du trajet sur le stylet.

En cas de fistule haute (trans-sphinctérienne supérieure ou supra-sphinctérienne) :
Il faut dans un premier temps, mettre en place une anse de drainage souple dans le trajet.
Le deuxième temps opératoire a lieu, en moyenne, deux mois plus tard, après la cicatrisation de cette intervention et consiste à mettre à plat le trajet.

3.4 Le quatrième temps consiste à la mise à plat des éventuels diverticules.

Si la technique est la même, quel que soit le type du diverticule, le sacrifice musculaire nécessaire est évidemment différent.

On utilise une pince, type pince de Leriche que l'on introduit dans l'orifice diverticulaire, la section se fait alors de dehors en dedans, entre les branches écartées de la pince et au bistouri électrique en coagulation.

La qualité de la mise à plat est vérifiée par la palpation digitale, les parois du diverticule étant éventuellement curetées.

Cette technique amène à sectionner en cas de :

Diverticule sous les transverses, les muscles transverses superficiels ou profonds.

Une partie du faisceau pubo-coccygien du releveur de l'anus (dont on a vu l'importance dans l'architecture anale) en cas de diverticule sus-lévatorial ou de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Le diverticule intramural sera :

Schématiquement mis à plat vers l'intérieur, s'il intéresse la partie «interne» de la couche longitudinale.

Vers l'extérieur afin de ne pas créer une fistule recto-cutanée, s'il intéresse la partie «externe» de la couche ce qui est souvent le cas dans les fistules hautes.

4. Reste à évoquer quelques cas particuliers :

Les fistules inter-sphinctériennes ou intra-murales sont traitées par une mise à plat vers l'ampoule rectale ou par la technique du lambeau tracteur en cas de trajet fibreux. -

Une fistule en fer à cheval nécessite trois temps opératoires pour le traitement, espacés de deux en moyenne :

Le premier temps consiste en l'exérèse du trajet jusqu'au plan musculaire avec mise en drainage souple du trajet principal et du passage controlatéral qui est mis à plat lors d'un deuxième temps.
Le dernier temps met à plat le trajet principal.

Fistule en fer à cheval premier temps opératoire

5. Les suites du traitement d'une fistule anale :

Certaines formes d'infection gravissime, heureusement très rares, nécessitent un traitement de réanimation après l'intervention en urgence.

La mise à plat d'une fistule anale nécessite toujours la section d'une partie des sphincters de l'anus, l'importance de cette section est un facteur déterminant de la décision thérapeutique :

Si la section musculaire est peu importante, la continence n'est pas menacée. Le traitement comporte alors une seule opération. (Traitement par section en un temps).

Au contraire, si une importante partie des muscles doit être sectionnée :

La continence peut être menacée par une section en un seul temps. La règle est alors d'intervenir en plusieurs temps et de placer, un fil élastique de drainage dans le trajet fistuleux, lors de la première intervention.

Une nouvelle intervention est alors nécessaire après la cicatrisation de ce premier temps opératoire.

Deux techniques sont envisageables :

- soit section en un temps du trajet comme décrit plus haut.

- soit le trajet sera progressivement mis à plat en effectuant plusieurs opérations de section successives (traitement par section en plusieurs temps) ou « section lente » du sphincter réalisée par la mise en tension du fil élastique lors des consultations post opératoires.

Le choix entre ses différents gestes dépend essentiellement des habitudes du chirurgien qui vous a opéré.

La cicatrisation nécessite en moyenne huit semaines :

Les douleurs sont en règle modérées et il peut exister des suintements parfois importants mais qui restent normaux.

La position assise peut être inconfortable surtout en cas de fistule haute où des soins locaux par une infirmière sont souvent nécessaires compte tenu de l'importance de la plaie.

L'arrêt de travail est donc fonction de la hauteur du trajet :

Il est de trois semaines, en moyenne, en cas de fistule basse.

Il peut atteindre seize semaines en cas de fistule haute et complexe quand la reprise du travail est impossible entre les temps opératoires.

Des troubles de la continence (difficultés pour retenir les gaz et les selles liquides) peuvent survenir :

Surtout si coexistent d'autres facteurs de risque de l'incontinence tels que : diarrhée chronique, colopathie fonctionnelle, antécédent d'accouchement difficile, intervention proctologique préalable.

Ces facteurs seront pris en compte par votre opérateur et peuvent nécessiter un traitement en plusieurs temps afin de limiter les risques d'altération de la continence.

Les troubles de la continence, s'ils surviennent, peuvent nécessiter pour eux-mêmes des opérations spécifiques.

Les récidives :

Sont généralement le fait des fistules « complexes » et ne dépassent pas 5%.

Il s'agit en général de ramifications des trajets dont le drainage était insuffisant.

Elles nécessitent de nouvelles interventions.