



VOUS ALLEZ AVOIR... UNE CHIRURGIE DE FISTULE ANALE

PREAMBULE

Une fistule anale est une communication entre une glande normalement présente à l'intérieur de l'anus et la peau de la région péri-anale ou plus à distance sur la fesse, plus rarement à l'intérieur du rectum. C'est l'infection de cette glande qui est à l'origine de la fistule. Son émergence externe au niveau de la peau (orifice secondaire) se présente le plus souvent comme un bouton qui ne cicatrise pas, d'où s'écoule un liquide séro-purulent par intermittence ou en continu (voir fiche "la fistule anale").



Figure 1 : aspect de l'orifice externe d'une fistule anale. Il peut prendre l'aspect comme ici d'un petit "bouton" par lequel s'écoule du pus.

Ce " tunnel" traverse toujours les muscles de l'anus (les sphincters) à une hauteur variable avant de s'ouvrir à la peau. La solution la plus simple pour guérir définitivement une fistule est d'ouvrir le trajet du tunnel à la peau sur toute sa longueur (mise à plat), ce qui inclut une section plus ou moins importante de ces muscles. Or le rôle de ces sphincters de l'anus est de permettre l'évacuation des selles et surtout les retenir, fonction encore appelée continence anale. La difficulté du traitement est donc d'obtenir une suppression définitive de cette fistule tout en limitant les conséquences éventuelles sur la continence anale, d'où la proposition d'artifices techniques ou de méthodes de substitution.

METHODES DE TRAITEMENT

Le traitement est toujours chirurgical, car les antibiotiques vont au mieux réduire l'écoulement chronique sans jamais guérir la fistule. Il peut nécessiter plusieurs interventions successives si la fistule concerne trop de sphincter ou présente un trajet complexe qui s'étend dans plusieurs



directions.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, le patient étant installé sur le dos, hanches et genoux fléchis. Lors du premier temps opératoire, le chirurgien va tenter de repérer la fistule avec son orifice externe cutané souvent évident, puis le trajet de la fistule qui conduit à l'orifice interne toujours situé dans le canal de l'anus, au niveau d'une glande qui s'est initialement infectée et a créé la suppuration. Pour cela, il va injecter de l'air puis souvent un colorant inerte (le bleu de méthylène).



Figure 2 : Repérage du trajet fistulaire avec du bleu de méthylène.



Figure 3 : Matérialisation de la fistule par un stylet.

Une fois les deux extrémités repérées, il va tenter d'introduire dans ce tunnel une tige métallique souple (un stylet) pour le matérialiser. Ceci est possible d'emblée si le trajet est simple et direct, ce qui lui permet d'évaluer la quantité de muscle (sphincter de l'anus) concerné.

Si la fistule est basse, c'est-à-dire assez superficielle, une mise à plat d'emblée au bistouri est possible car elle concerne peu de sphincter, sans conséquence significative sur la continence anale. Cette ouverture complète à la peau permet alors un traitement complet de la fistule dans un seul temps opératoire. Ceci est également possible si la fistule se dirige uniquement vers l'intérieur du rectum (fistule inter-sphinctérienne ou intra-murale) car la quantité de sphincter concerné est là aussi minime.

Si la fistule est haute, c'est-à-dire plus profonde, ou si elle présente un trajet complexe avec plusieurs ramifications, cette mise à plat n'est pas possible d'emblée car les risques d'entraîner une incontinence secondaire sont trop importants. Il faut alors disséquer la fistule pour l'enlever, et assurer un drainage sur un fil élastique (appelé séton), qui va permettre d'assécher progressivement les éventuelles ramifications pendant plusieurs semaines avant la réalisation d'un second temps opératoire. Cette procédure en deux temps est également privilégiée lorsque la continence est déjà précaire, par exemple en présence d'une diarrhée chronique ou un sphincter anal déjà endommagé.

Trois solutions sont alors possibles pour traiter la fistule dans un second temps opératoire qui sera réalisé sous anesthésie générale après un délai de 6 à 10 semaines. Le choix entre ces différentes méthodes reste très théorique car les conditions opératoires et le type de fistule guideront en pratique votre chirurgien vers la technique la mieux appropriée à votre cas.



- La première option est une section directe au bistouri du trajet résiduel (matérialisé par le séton en place) après s'être assuré qu'il n'existe plus de suppuration et que le tissu cicatriciel ainsi obtenu soit assez solide et fibreux pour ancrer le sphincter sur les berges de la plaie. Une telle section est quelquefois réalisée par un serrage progressif du fil élastique au cours de consultations successives. La récurrence après cette mise à plat en deux temps est très rare, au prix d'une petite déformation séquellaire de l'anus et parfois de troubles limités de la continence.

- La seconde solution consiste à fermer l'orifice interne de la fistule dans le canal de l'anus en abaissant la paroi du rectum en regard (lambeau d'avancement ou " flap "), la plaie externe cicatrisant progressivement puisque la communication n'existe plus. Cette technique n'est pas toujours réalisable, et le taux de récurrence est beaucoup plus élevé qu'après une mise à plat en deux temps. Son principal intérêt est d'éviter une section des sphincters et donc de limiter les risques sur la continence anale.

- La troisième possibilité est de tenter d'obturer la fistule par l'injection d'une " colle biologique " dans le trajet. Cette nouvelle technique séduisante par sa simplicité est encore en cours d'évaluation. Elle n'est pas envisageable dans tous les cas car les conditions doivent être favorables (trajet simple, direct et assez long), avec des risques probablement importants de récurrence.

Quelquefois certaines fistules complexes, multi-opérées ou qui surviennent dans le cadre d'une maladie de Crohn peuvent nécessiter plus de deux temps opératoires et des délais de drainage plus longs ; la prise en charge relève alors de services spécialisées en chirurgie proctologique, avec un traitement adapté au cas par cas.



Figure 4 : Dissection de la fistule anale.

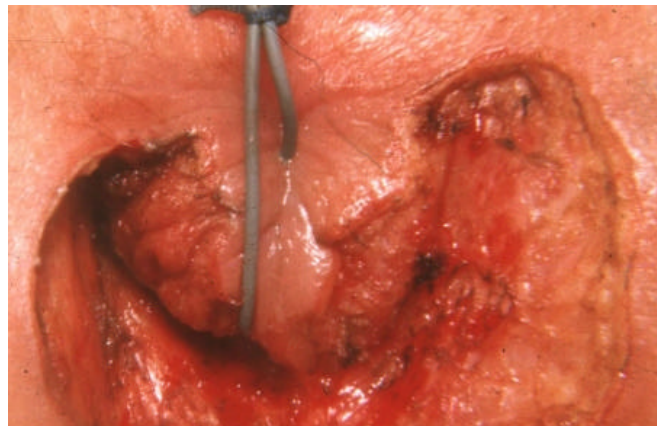


Figure 5 : mise en place d'un élastique souple qui assure le drainage de l'infection et évite la récurrence de l'abcès.

LES ECOULEMENTS, LES DEMANGEAISONS ET LA DUREE DE CICATRISATION SONT LES PRINCIPAUX DESAGREMENTS DE CES INTERVENTIONS.

La première intervention est habituellement la plus importante, laissant des plaies ouvertes dans la région périanale dont l'étendue dépendra de l'extension initiale de la fistule. Ces plaies sont responsables d'un écoulement qui peut être important les premiers jours.

Le passage des matières fécales sur ces plaies ne gêne pas la cicatrisation, mais cette situation nécessite plusieurs bains de siège par jour. Ce suintement permanent qui persiste jusqu'à l'obtention d'une cicatrisation complète entraîne volontiers des démangeaisons. Ce phénomène peut être accentué par la présence d'un fil élastique, qui ne gêne pas la défécation, mais qui nécessite une hygiène soignée. Les douleurs sont transitoires et souvent modérées, facilement contrôlées par les anti-douleurs classiques et un laxatif doux. La durée d'hospitalisation est variable, n'excédant pas habituellement 3 jours, mais des soins infirmiers à domicile sont souvent nécessaires pendant 2 à 3 semaines. Un arrêt de travail de 3 à 4 semaines est donc souvent nécessaire. La cicatrisation complète demande souvent 6 à 8 semaines.

En cas de seconde intervention, celle-ci est habituellement plus limitée, avec en conséquence des contraintes moins importantes et plus courtes. Malgré tout, la durée classique du traitement complet d'une fistule anale en deux temps est souvent d'environ 3 mois.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES D'UNE CHIRURGIE DE FISTULE ANALE ?

Les risques de récurrence d'un abcès ou d'une fistule dépendent de la technique utilisée : 2 % dans les techniques de mise à plat, probablement plus de 20 % (résultats discordants des études) après une fermeture par lambeau et encore plus élevé après obturation par une colle biologique (en cours d'évaluation).

Les risques d'altérer la continence anale ne sont pas négligeables. Cette incontinence concerne surtout l'impossibilité de retenir les gaz, un suintement intermittent, et la difficulté à retenir les selles liquides. L'évaluation de ce risque est encore un sujet à controverses car les études ne sont pas toutes concordantes. Globalement, ils persistent des troubles significatifs de la continence à distance de l'intervention chez au moins 10 % des patients après une mise à plat surtout en deux temps, un pourcentage beaucoup plus faible après réalisation d'un lambeau d'avancement comme à priori avec les colles biologiques.

Pour en savoir plus :

Sur ce site :

[La fistule anale](#) par Jean Denis

[L'abcès anal](#) par François Pigot

[Drainage d'un abcès anal : quelles suites opératoires](#) par Ghislain Staumont

1. [Garcia-Aguilar J, Davey CS, Le CT, Lowry AC, Rothenberger DA](#). Patient satisfaction after surgical treatment for fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2000 ;43 :1206-1212.
2. Pigot F, Siproudhis L. Fistules anales et colles biologiques. Le Courrier de coloproctologie 2003 ;4 :117-119.
3. [Puy-Montbrun T](#). Traitement des fistules anales. Gastroenterol Clin Biol 1998 ;22 :B142-7.