

ARTICLE ORIGINAL/ ORIGINAL PAPER

Prise en charge des fistules anales au Service de Chirurgie de l'Hôpital Militaire de Ouakam : à propos d'une série de 63 observations.

Diop B*, Dia A A*, Ba P A**, Sy A*, Wane Y*, Sarre S M*

Résumé

La phase chronique de l'infection cryptoglandulaire du canal anal se traduit classiquement par un écoulement anal purulent résistant aux antibiotiques et toujours récidivant. L'évolution de la suppuration se fait le plus souvent vers la traversée de l'appareil sphinctérien à un niveau plus ou moins haut. Elle favorise les récurrences et peut compromettre la continence anale lors de l'exérèse chirurgicale. La cure par fistulectomie et ligature élastique reste une procédure d'actualité dans notre contexte. Pour ce faire, une étude rétrospective descriptive ayant colligé 63 cas de fistules anales à l'hôpital militaire de Ouakam était menée et les aspects épidémiologiques et thérapeutiques analysés. Notre série était composée de 52 hommes et 11 femmes soit un sex ratio de 5/1. L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 21 ans et 62 ans. Le motif de consultation était un écoulement anal purulent et récidivant dans 100% des cas. La fistule anale était associée à des hémorroïdes de grade 2 et grade 3 dans 11 cas et 7 cas respectivement. L'orifice externe était situé dans le quadrant postérieur dans 48 cas soit 76%, dans le quadrant antérieur dans 12 cas soit 19%. Il était situé de part et d'autre de la ligne médiane dans 2 cas. L'orifice externe se situait à moins de 3 cm de la marge anale dans 52 cas soit 82%. La fistule était trans-sphinctérienne dans 73%. Une fistulectomie et une ligature élastique serrée étaient réalisées chez 53 patients soit 84% présentant une fistule trans-sphinctérienne. Un drainage au séton était réalisé chez 6 patients. La fistule était sous cutanée chez 4 patients et une fistulectomie simple réalisée sans ligature élastique. Des complications étaient notées chez 7 patients. Il s'agit d'incontinence au gaz chez 4 patients sans incontinence fécale et une récurrence de la fistule chez 3 patients. Une cicatrisation complète de la fistule était obtenue à court terme

dans 98%. Cinquante et un patients étaient suivis et 12 patients perdus de vue après 6 mois de suivi. Aucune récurrence n'était notée. Pour conclure, la fistulectomie et la ligature élastique serrée demeure une procédure intéressante dans les fistules trans-sphinctériennes. L'identification du trajet fistuleux par un cathétérisme doux, atraumatique, et la chute spontanée de l'élastique en postopératoire sont essentielles. Les récurrences sont rares et l'impact sur la continence minime.

Mots clés : Anus, fistule cryptoglandulaire, sphincter anal, séton.

Summary

The chronic phase of the cryptoglandular infection of the anal canal usually results in a purulent anal flow resistant to antibiotics and always recurring. The evolution of suppuration is most often directed towards the crossing of the sphincter to a more or less high level. It promotes recurrences and may compromise anal continence during the surgical procedure. The cure by fistulectomy and elastic ligature remains a topical procedure in our context. A retrospective and descriptive study of 63 cases of anal fistula at Ouakam military hospital was carried out and the epidemiological and therapeutic aspects analyzed. Our series was composed of 52 men and 11 women, a sex ratio of 5/1. The average age was 38 years with extremes of 21 years and 62 years. Patients complaint for purulent and recurrent anal flow in 100% of the cases. Anal fistula was associated with grade 2 and grade 3 hemorrhoids in 11 cases and 7 cases respectively. The external orifice was located in the posterior quadrant in 48 cases, ie 76%, in the anterior quadrant in 12 cases, ie 19%. It was located on either side of the median line in 2 cases. The external orifice was less than 3 cm from the anal margin in 52 cases, or 82%. The fistula was transsphincteric in 73%. Fistulectomy and tight elastic ligation were performed in 53 patients, ie 84% with transsphincteric fistula. Seton drainage was performed in 6 patients. The fistula was subcutaneous in 4 patients and a simple fistulectomy performed without elastic ligation. Complications were noted in 7 patients. These included

* Service de Chirurgie Hôpital Militaire de Ouakam BP 24175 Dakar- Sénégal

** Service de Chirurgie Générale Hôpital Régional de Thiès- Sénégal

Correspondant Dr Balla Diop, Ancien interne des hôpitaux Chirurgien Hôpital Militaire de Ouakam

Tel : 00221338205414

Fax : 00221338601833

Email: dballa33@yahoo.fr

gas incontinence in 4 patients without fecal incontinence and fistula recurrence in 3 patients. Complete fistula healing was obtained in the short term in 98%. Fifty-one patients were followed up and 12 patients lost to follow-up after 6 months of follow-up. No recurrence was noted. To conclude, fistulectomy and tight elastic ligation remains an interesting procedure in transsphincter fistulae. The identification of the fistulous tract by a soft, atraumatic catheterization and the spontaneous fall of the elastic in postoperative period are essential. Recurrences are rare and the impact on continence minimal.

Keywords : Anus, cryptoglandular fistula, anal sphincter, seton.

Introduction

La fistule anale constitue la phase chronique de l'infection des glandes du canal anal dites d'Hermann et Desfosses. Elle se traduit par un écoulement anal purulent presque toujours récidivant malgré les multiples traitements médicaux entrepris. Il s'agit d'une affection gênante pouvant être invalidante et décevante pour le patient et l'équipe de soins. L'infection cryptoglandulaire évolue souvent vers la traversée de l'appareil sphinctérien à un niveau plus ou moins haut. Les problèmes posés par les fistules anales ont essentiellement trait à l'inefficacité des traitements médicaux, la fréquence des récurrences et le risque d'incontinence anale après traitement chirurgical inapproprié. Plusieurs procédures chirurgicales sont proposées et ont pour objectif principal de tarir la suppuration avec la moindre morbidité. Il s'agit de la fistulectomie, la ligature élastique couramment réalisée en contexte sous médicalisé pour sa simplicité et son faible coût économique. Récemment, s'est développé plusieurs procédures chirurgicales d'épargne sphinctérienne moins traumatiques avec des résultats diversement appréciés. Il s'agit de la colle biologique, du plug, de la ligature inter-sphinctérienne du trajet fistuleux, du lambeau d'avancement, du traitement de la fistule anale par abord vidéo-assisté etc...

Notre étude avait pour objectif de rapporter notre expérience de la prise en charge des fistules anales et de discuter des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de janvier 2010 au mois de novembre 2016 por-

tant sur les cas de fistule anale pris en charge au service de chirurgie de l'hôpital militaire de Ouakam. Nous avons inclus dans la série tous les patients adultes ayant bénéficié d'une cure chirurgicale de fistules anales d'origine cryptoglandulaire. Nous avons exclu les abcès anaux, les fistules sur maladie inflammatoire chronique connue, les fistules d'origine traumatique, les patients inopérables et les dossiers incomplets. Les patients avaient bénéficié d'un examen clinique complet avec en particulier une identification de l'orifice externe, palpation du trajet fistuleux et recherche d'anomalie ano-rectale associée. Une endoscopie basse était réalisée en cas de rectorragies ou de lésion suspecte. Aucun examen d'imagerie n'était réalisé dans notre série. En cas d'écoulement abondant une antibiothérapie à base de sulfaméthoxazole était administrée pour une période de 14 jours en préopératoire. Les patients étaient tous opérés en hospitalisation de 24h, sous rachianesthésie ou anesthésie en scelle, sans préparation colrectale ou évacuation au préalable. Le patient était mis en position de la taille. L'identification du trajet et de l'orifice interne était réalisée par injection de Bétadine ou de bleu de méthylène à travers l'orifice externe puis cathétérisme du trajet fistuleux à l'aide d'un stylet malléable (figure 1, figure 2).



Figure 1 : Fistule anale avec orifice externe à moins de 3 cm de la marge anale.



Figure 2 : Injection de Bétadine, identification de l'orifice interne et cathétérisme du trajet.

La description des trajets fistuleux était faite suivant la classification de Parks [1]. La technique chirurgicale consistait en une fistulectomie enlevant le trajet fistuleux jusqu'au sphincter externe suivi de la mise en place d'une ligature serrée du trajet fistuleux restant grâce à un élastique (figure 3, figure 4).



Figure 3 : Exérèse du trajet fistuleux jusqu'au sphincter externe.



Figure 4 : Elastique en place serré par des noeuds.

La fistulectomie et la ligature élastique étaient réalisées en cas de fistule trans-sphinctérienne. Un drainage au séton était réalisé en cas de fistule supra-sphinctérienne ou de fistule en fer à cheval. Une fistulectomie en un temps était réservée aux fistules sous cutanées ou très basses. La plaie opératoire était laissée ouverte sans fermeture cutanée et une cicatrisation dirigée choisie. Les soins post opératoires consistaient en l'administration de métronidazole, d'antalgique de pallier 2 et des bains de siège biquotidiens à l'éosine aqueuse jusqu'à cicatrisation de la plaie. L'élastique était laissée en place jusqu'à sa chute spontanée. Un serrage supplémentaire n'était pas réalisé. Le suivi était effectué toutes les 2 semaines jusqu'à cicatrisation puis tous les 2 mois.

Les variables étudiées comprenaient :

- des variables épidémiologiques : âge, sexe, antécédents médicaux,
- des variables diagnostiques : le caractère récidivant de la fistule, le nombre et le type de cure, les symptômes, les caractéristiques de

la fistule (orifice externe, trajet, orifice interne), les pathologies associées,

- des variables thérapeutiques : la procédure chirurgicale, la durée de cicatrisation, les complications (l'incontinence au gaz, aux selles, la récurrence).

Résultats

Soixante-trois patients répondaient aux critères d'inclusion. Ils étaient composés de 52 hommes et 11 femmes soit un sex ratio de 5/1. L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 21 ans et 62 ans. Dix-sept patients étaient adressés pour récurrence de fistule anale dont 5 pour une seconde récurrence. Les origines géographiques et les statuts professionnels n'étaient pas évalués. Le motif de consultation était un écoulement anal purulent et récidivant dans 100% des cas. Il était jugé important chez 36 patients. Des rectorragies minimales étaient notées dans 10 cas. La fistule anale était associée à des hémorroïdes de grade 2 et grade 3 dans 11 cas et 7 cas respectivement. L'orifice externe était situé dans le quadrant postérieur dans 48 cas soit 76%, dans le quadrant antérieur dans 12 cas soit 19%. L'orifice fistuleux externe était double du même côté dans 13 cas. Il était situé de part et d'autre de la ligne médiane dans 2 cas. L'orifice externe se situait à moins de 3 cm de la marge anale dans 52 cas soit 82% et à plus de 3 cm dans 11 cas soit 17%. Une endoscopie était réalisée dans 10 cas pour des rectorragies associées. Elle montrait des paquets hémorroïdaires sans autre anomalie. Le tableau I résume les données de l'exploration peropératoire et les différents types de fistules (classification de Parks).

Tableau I : Types de fistule anale observée

| Type de fistule | Sous cutanée | Trans-sphinctérienne moyenne ou basse | Trans-sphinctérienne haute | Supra-sphinctérienne et intersphinctérienne | Fistule en fer à cheval |
|-----------------|--------------|---------------------------------------|----------------------------|---|-------------------------|
| Fréquence | | | | | |
| Nombre | 04 | 46 | 07 | 04 | 02 |
| Pourcentage | 6,3% | 73% | 11% | 6,3% | 3,1% |

Une fistulectomie et une ligature élastique serrée étaient réalisées chez 53 patients soit 84% présentant une fistule trans-sphinctérienne. L'élastique était laissée en place et la chute spontanée était notée chez 51 patients. Elle se produisait en moyenne 17 jours après l'intervention avec des extrêmes de 14 jours et 24 jours. Une ablation de l'élastique était réalisée chez 2 patients après 24 jours. Un drainage au séton était réalisé chez 6 patients et l'élastique enlevée au bout de 3 ou 4 semaines. La fistule était

sous cutanée chez 4 patients et une fistulectomie simple réalisée sans ligature élastique. Des complications étaient notées chez 7 patients. Il s'agit d'incontinence au gaz chez 4 patients sans incontinence fécale et une récurrence de la fistule chez 3 patients. Une ré-intervention était réalisée dans les 3 cas. Une récurrence à 2 reprises était notée chez un patient. Le tableau II résume les complications observées.

Tableau II Complications observées.

| Complications fréquence | Saignement post opératoire (Reprise) | Rétention d'urine | Incontinence aux gaz | Incontinence aux selles | Récurrence |
|----------------------------|--|----------------------|-------------------------|----------------------------|------------|
| Nombre | 1 | 13 | 04 | 0 | 03 |
| Pourcentage | 1,5% | 20,6% | 6,3% | 0 | 4,7% |

Une cicatrisation complète de la fistule était obtenue dans tous les cas. Cinquante et un patients étaient suivis et 12 patients perdus de vue après 6 mois de suivi. Aucune récurrence n'était notée parmi les patients suivis.

Discussion

L'infection cryptoglandulaire du canal anal est une pathologie connue de longue date dont la prise en charge a toujours été un défi pour les équipes de soins. La récurrence qui caractérise son évolution lui confère avant une réputation de pathologie gênante parfois embêtante et décevante. L'incidence est variable et estimée à 1 à 2 pour 10000 habitants dans les études en Europe [2, 3]. Elle semble sous-estimée et un nombre important de patients probablement non suivis par pudeur et automédication. Elle est observée à tous les âges avec un pic de fréquence entre la 3^{ème} et 4^{ème} décennie [4, 5, 6]. Elle est 2 à 3 fois plus fréquente chez l'homme [7, 8]. Ce qui était retrouvé dans notre série et dans d'autres séries africaines [5, 6, 9]. L'origine de l'infection glandulaire reste incomplètement connue. L'obstruction d'une glande anale par un débris est évoquée parmi tant d'autres. L'évolution vers la chronicité peut se faire à bas bruit ou faire suite à un abcès dans 27 à 60% des cas [10, 11]. La traduction clinique est presque stéréotypée par un écoulement anal purulent d'importance variable, d'évolution plus ou moins ancienne et surtout récidivante malgré les traitements antibiotiques. Le trajet de la fistule est variable et définit le caractère simple ou complexe de la fistule et les difficultés de la prise en charge. Les fistules transsphinctériennes représentent environ 23% à 53% des fistules anales [11]. La traversée de l'appareil sphinctérien ou son enjambage pose le problème de l'éradication complète de la suppuration et de la conservation de la continence anale lors de l'exérèse chirurgicale. Dans notre série les fistules trans-sphinctériennes basses et moyennes étaient plus fréquentes soit 73% des cas. Le traitement optimal a ainsi pour but de tarir la suppuration, favoriser la cicatrisation du trajet fis-

tuleux en préservant le sphincter et le mécanisme de continence. Les techniques réalisant une résection du trajet fistuleux suppuré et une section brutale d'une importante masse sphinctérienne comportent un risque plus ou moins élevé d'incontinence aux gaz et/ou aux selles pouvant être transitoire ou définitive. Les procédures minimalistes comportent elles le risque d'inefficacité sur la suppuration et favorisent les récurrences. L'identification du trajet lors de la première intervention nous semble essentielle pour la réussite de la procédure. Le cathétérisme doux non traumatique du trajet fistuleux après injection de Bétadine était fait systématiquement dans notre série. Elle évite les faux trajets qui sont source de récurrences et peuvent rendre complexe des fistules simples. Il s'agit comme rapporte Fall B d'un temps essentiel dans la procédure [4]. Le drainage au séton garde une indication pour les fistules hautes et les fistules complexes. Il dirige la suppuration, favorise la fibrose et la cicatrisation à court terme dans 44% à 83% des cas [12, 13]. Cependant le séton laissé en place pour une longue période et l'inconfort généré constitue un inconvénient majeur. La ligature serrée à l'élastique reste une pratique couramment effectuée dans notre contexte. Elle réalise une mise à plat du trajet résiduel après exérèse du trajet fistuleux extra-sphinctérien. Elle agit par section progressive et cicatrisation en amont de la masse sphinctérienne traversée par la fistule. La ligature élastique permettait une cicatrisation d'emblée de la fistule dans 98% des cas dans notre série. Elle était de 100% dans la série de Sissoko et 85% dans la série de Savom [5, 6]. Le taux de récurrence est variable entre 22 et 39% [14, 15]. Elle est favorisée en particulier par la méconnaissance de l'orifice primaire, les faux trajets, les diverticules, le caractère complexe de la fistule etc... L'ablation manuelle du séton était associée à la récurrence chez un de nos patients. Kouadio utilise la ligature élastique serrée sur des fistules anales hautes et complexes et rapporte 45% de récurrences [9]. Le risque d'incontinence post-opératoire est variable entre 10% et 57% [16]. Elle est beaucoup plus liée à une section brutale d'une partie importante du sphincter anal. Dans notre série la majeure partie des patients a bénéficié de la ligature élastique serrée du trajet résiduel après fistulectomie. L'incontinence anale était de 6,3% et surtout régressif à long terme. Le faible taux d'incontinence à long terme est aussi rapporté par plusieurs auteurs [5, 17, 18, 19]. La fistule supra-sphinctérienne est certes une contre-indication à la fistulectomie et ligature élastique. Le risque d'incontinence est majorée dans cette situation et en cas de sphincter fragilisé par une chirurgie périnéale antérieure, une radiothérapie, un traumatisme obstétrical, une maladie de Crohn etc [20]. Les dimensions de la plaie opératoire et l'option de la cicatrisation dirigée sont aussi

un problème dans cette procédure. La plaie est toujours béante et les délais de cicatrisation longue en particulier lorsque l'orifice externe est à distance de la marge anale [6, 9].

Conclusion

La prise en charge de la fistule anale d'origine cryptoglandulaire fait l'objet de plusieurs procédures chirurgicales dont la plupart ont un impact sur la continence anale. La fistulectomie et la ligature élastique serrée du trajet fistuleux résiduel constituent une technique intéressante dans les formes transsphinctériennes. L'identification correcte sans fausse route du trajet fistuleux et la chute spontanée de l'élastique sont essentielles. Les récurrences sont rares et l'impact sur la continence anale demeure minime.

Références

1- **Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD.** A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1976; 63(1): 1–12.

2- **Zanotti C, Martinez-Puente C, Pascual I, Pascual M, Herreros D, García-Olmo D.** An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. *Int J Colorect Dis* 2007; 22:1459-62.

3- **Sainio P.** Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. *Ann Chir Gynaecol* 1984; 73: 219-24.

4- **Fall B, Mbengue M, Diouf ML, Ndiaye A, Diarra O, Ba M.** Evaluation of surgical treatment of anal fistula. *Dakar Med.* 2001; 46(2):138-40.

5- **Sissoko F, Ongoiba N, Coulibaly Y, Coulibaly B, Doumbia D, Dembelé M, Maïga Y. M, Diallo G, Traoré A.K dit DIOP, Koumaré A.K.** Les fistules anales en chirurgie <> à l'hôpital du point G: Expérience à propos de 164 cas. *Mali Med* 2003 ; 18(1): 25- 31.

6- **Savom E P, Bwelle Motto G R, Bang G A, Ekani B M Y, Guifo M L,** Essomba A. Cutting Seton Fistulotomy for the Management of High Anal Fistula: Prospective Evaluation of Clinical Results in Yaoundé. *Health Sci. Dis* 2016 ; 17 (3) : 14-8.

7- **Simpson JA, Banerjea A, Scholefield JH.** Management of anal fistula. *BMJ* 2012; 345:e6705.

8- **Vergara-Fernandez O, Espino-Urbina LA.** Ligation of intersphincteric fistula tract: what is the evidence in a review? *World J Gastroenterol.* 2013 ; 28; 19(40):6805-13.

9- **Kouadio GK, Kouadio LN, Turquin HT.** Prise en charge de la Fistule anale au CHU de Treichville à Abidjan. A propos de 47 observations. *Rev CAMES* 2003; 2:45-8.

10- **Abcarian H.** Anorectal infection: abscess-fistula. *Clin Colon Rectal Surg* 2011; 24: 14-21.

11- **Vasilevsky CA, Gordon PH** (1984) The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum ;* 27(2):126–30.

12- **Eitan A, Koliada M, Bickel A.** The use of the loose seton technique as a definitive treatment for recurrent and persistent high trans-sphincteric anal fistulas: a long-term outcome. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1116- 9.

13- **Hammond TM, Knowles CH, Porrett T, Lunness PJ.** The Snug Seton: short and medium term results of slow fistulotomy for idiopathic anal fistulae. *Colorectal Dis* 2006; 8: 328-37.

14- **Theerapol A, So BY, Ngoi SS.** Routine use of setons for the treatment of anal fistulae. *Singapore Med J* 2002; 43: 305-7.

15- **Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, Goldberg SM.** Seton treatment of high anal fistulae. *Br J Surg* 1991; 78(10): 1159-61.

16- **Jacob TJ, Perakath B, Keighley MR.** Surgical intervention for anorectal fistula. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12 (5).

17- **Mohamed Mogahed , Bahaa Elwakeel and Sherif Boraii cutting seton** as surgical management of high anal fistula. *Al-Azhar Assiut Medical Journal* 2015; 13 (2) : 10-4.

18- **Chuang-Wei C, Chang-Chieh W, Cheng-Wen H, Tsai-Yu L, Chun-Che F, Shu-Wen J.** Cutting seton for complex anal fistulas. *Surgeon.* 2008; 6(3):185-8.

19- **Raslan SM1, Aladwani M, Alsanea N.** Evaluation of the cutting seton as a method of treatment for perianal fistula. *Ann Saudi Med.* 2016;36(3): 210-5.

20- **Visscher AP, Schuur D, Roos R, Van der Mijnsbrugge GJ, Meijerink WJ, Felt-Bersma RJ.** Long-term follow-up after surgery for simple and complex cryptoglandular fistulas: fecal incontinence and impact on quality of life. *Dis Colon Rectum* 2015, 58: 533-9.