
Les fistules anales

DES Hépato-Gastroentérologie
13/01/2006

Dr Damien Corberand
Pr Patrick Atienza

Introduction

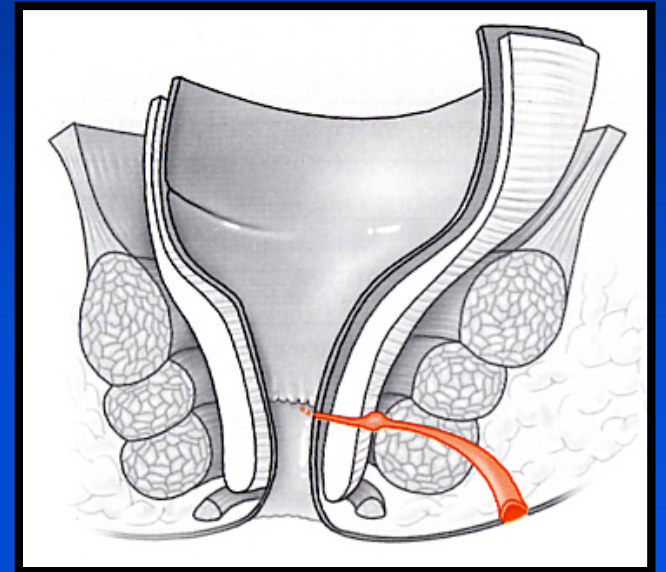
- Pathologie peu/mal enseignée
- Importance de l'anatomie ano-rectale
- Fistule simple vs fistule complexe
- Prélèvements bactériologiques et histologiques systématiques
- But du traitement: assécher la fistule et préserver la fonction sphinctérienne et la continence du patient

Généralités sur les fistules anales

Définition : infection initiale d'une glande d'Hermann et Desfosses s'ouvrant à la partie moyenne du canal anal

La fistule **constituée** associe : un orifice primaire, un trajet transsphinctérien et un orifice secondaire

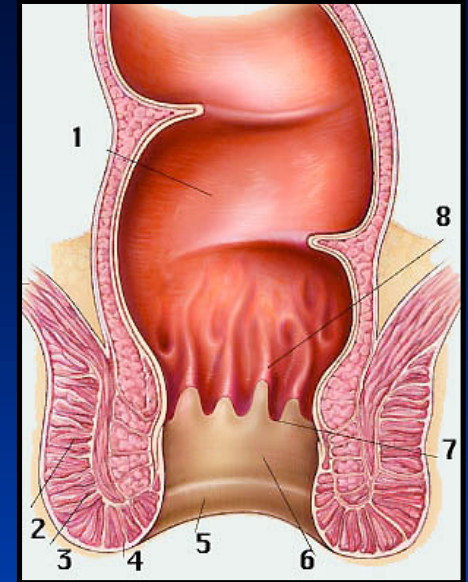
- Les fistules simples : fréquentes
- Les fistules complexes : rares
- Les fistules non spécifiques : germes habituels
- Les fistules spécifiques : germes rares
- Apports récents de l'imagerie
- Traitements



Anatomie anorectale

➤ L'appareil sphinctérien

- Sphincter interne (1)
- Sphincter externe (3,5)
- Faisceau puborectal du releveur (2)

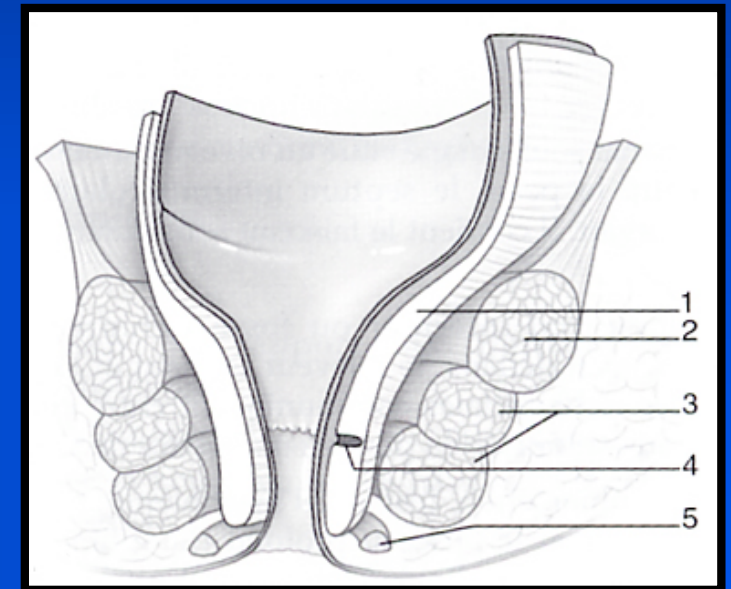


➤ La revêtement du canal anal

- Glandes d'Herman et Desfosses (4)

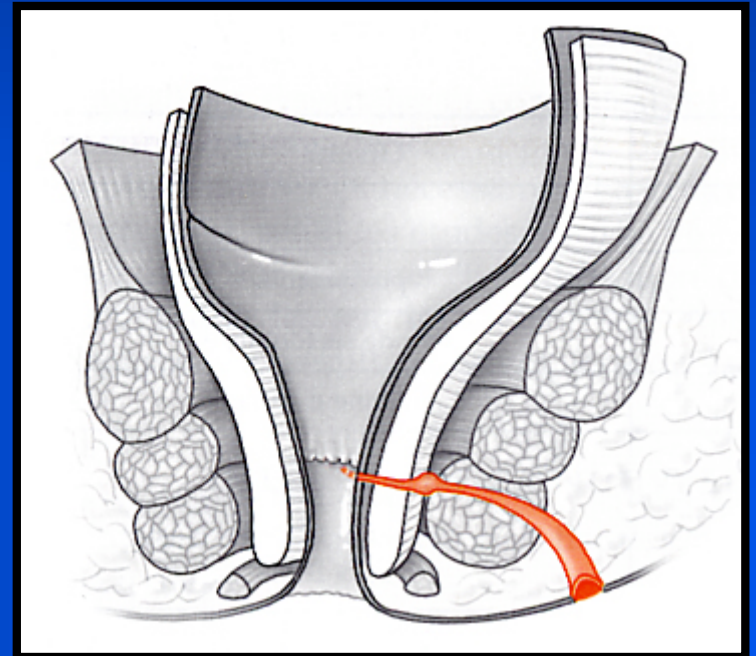
➤ La situation de la fistule

- Noyau fibreux central du périnée chez la femme
- Particularité anatomique : amincissement antérieur du sphincter anal chez la femme
- Postérieure : sérénité
- **Antérieure : prudence**



Fistules simples

- ⇒ Trajet direct bas, dans un plan vertical unique
- ⇒ Orifices primaire et secondaire uniques, bien authentifiés
- ⇒ Trajet perméable (épreuve au bleu positive)
- ⇒ Histologie non spécifique du tissu



Fistules complexes

⇒ Pourquoi une fistule est-elle dite complexe?

⇒ Trajets haut situés et/ou hélicoïdaux.

⇒ Prolongements dans les espaces de diffusion anatomique.

⇒ Existence de diverticules.

⇒ Trajets « singuliers » (maladie de Crohn, iatrogène)

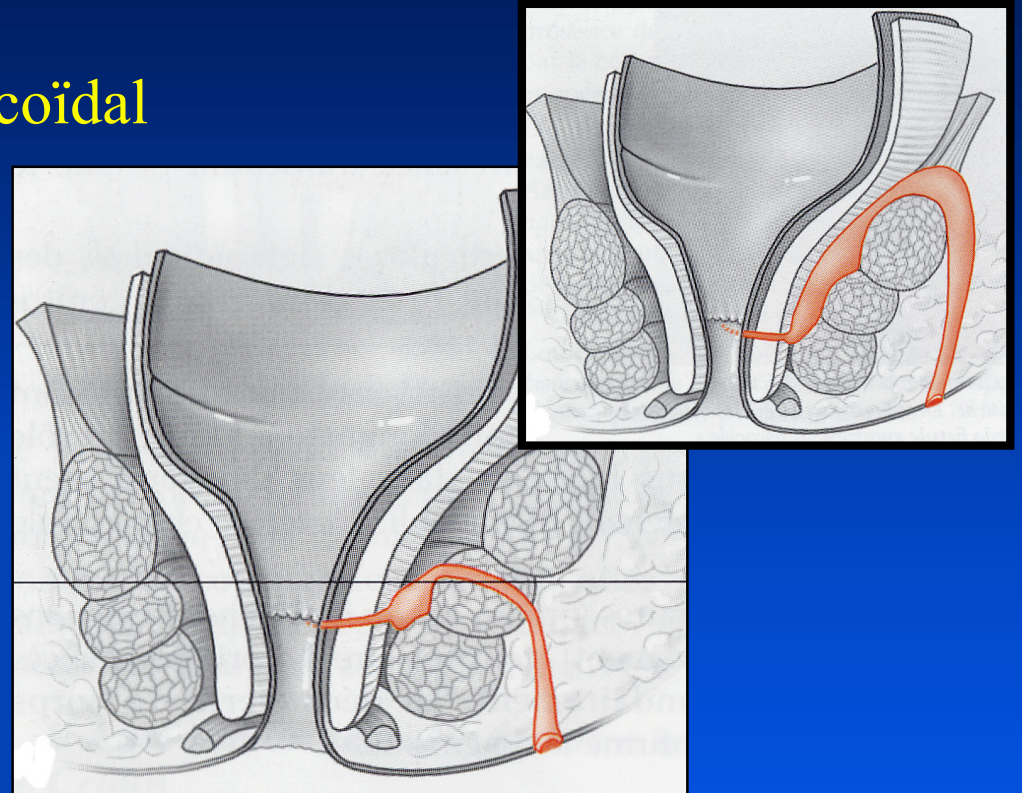
Fistules complexes

⇒ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal
(passage 2 D à 3 D)

⇒ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique

⇒ Existence de diverticule(s)

⇒ Trajet(s) « singulier(s) » (maladie de Crohn, iatrogène)



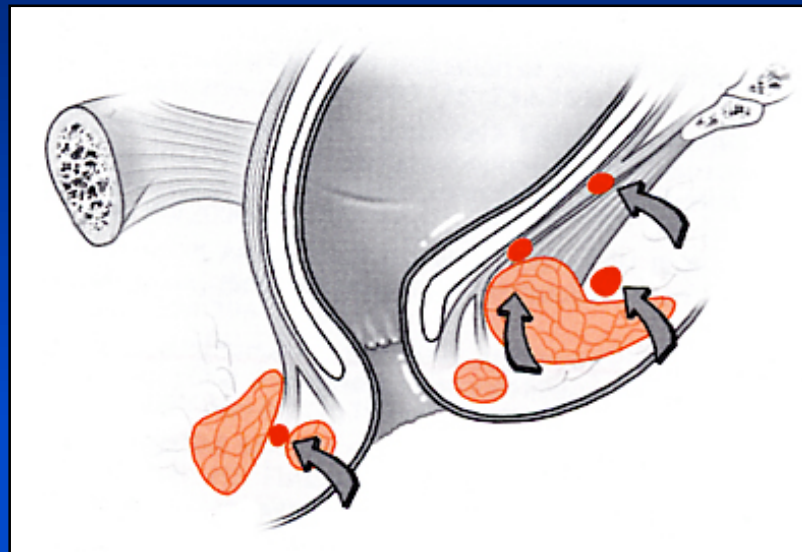
Fistules complexes

⇒ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal

⇒ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique
(passage 2 D à 3 D) « fer à cheval »

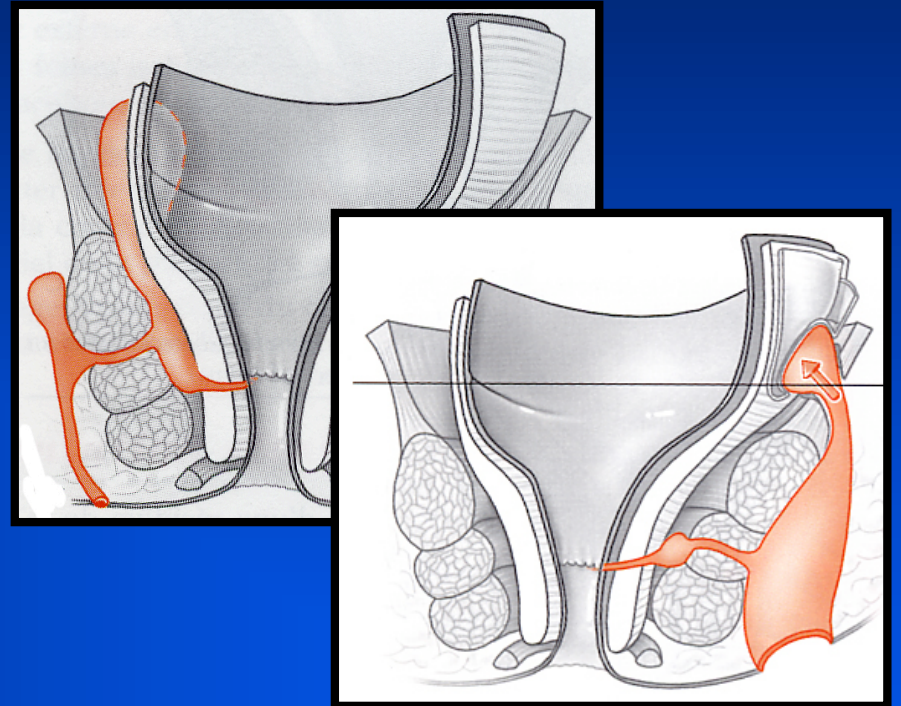
⇒ Existence de diverticule(s)

⇒ Trajet(s) « singulier(s) » (maladie de Crohn, iatrogène)



Fistule complexe

- ⇒ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal
 - ⇒ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique
 - ⇒ Existence de diverticule(s)
 - ⇒ Trajet(s) « singulier(s) » (maladie de Crohn, iatrogène)
-



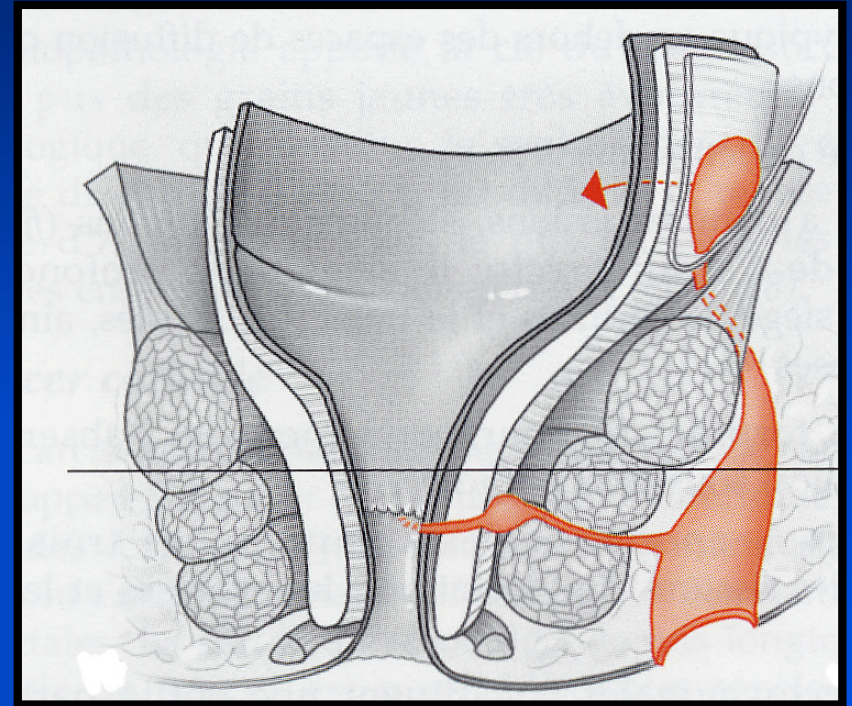
Fistule complexe

⇒ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal

⇒ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique

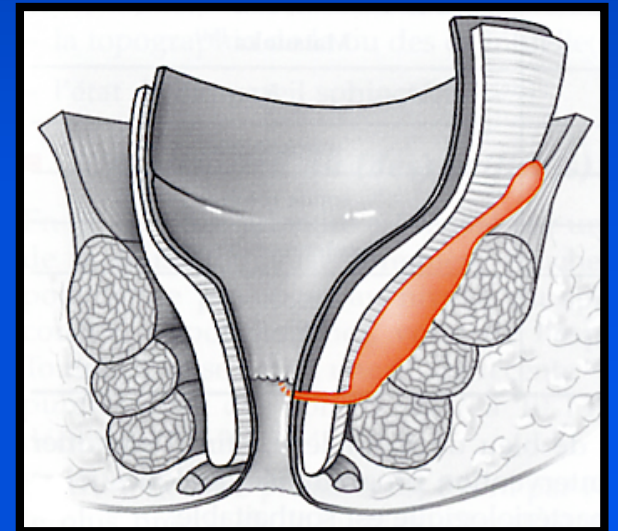
⇒ Existence de diverticule(s)

⇒ Trajet(s) « singulier(s) » (maladie de Crohn, trajet iatrogène)



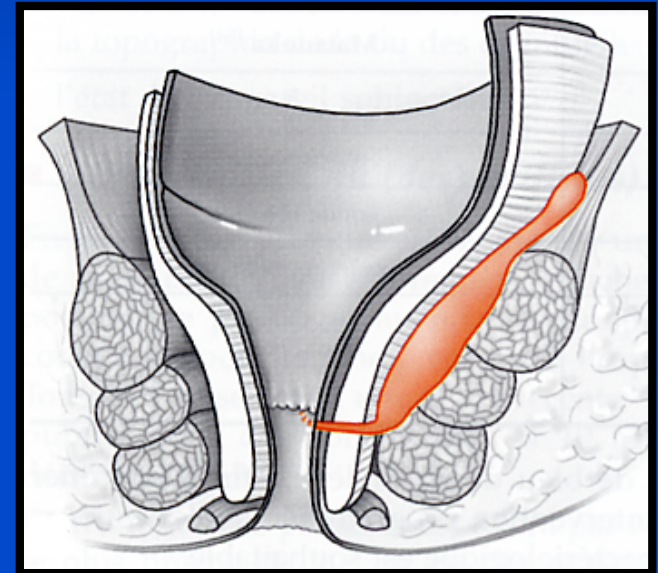
De l'abcès anopérinéal à la fistule anale

- ⇒ Abcès : stade initial de toute fistule anale
- ⇒ Fistule : stade secondaire par ouverture de l'abcès à la peau
- ⇒ Clinique : douleur anorectale fébrile croissante
tuméfaction de la marge ou de la fesse
Adénopathies inguinales
Anuscopie : orifice primaire ?
pus ? muqueuse ?



De l'abcès anopérinéal à la fistule anale

- ⇒ Biologie : hyperleucocytose à polynucléaires
- ⇒ Imagerie anorectale si diagnostic délicat



Diagnostic étiologique des fistules

⇒ Aspécifiques: les plus fréquentes (90 %)

⇒ Spécifiques :

⇒ Maladie de Crohn anopérinéale: 20% révèlent la maladie. 50% des malades porteurs d'un Crohn.

⇒ Infectieuses: BK, Gonocoque?, Actinomyose

⇒ Cancer colloïde

Formes cliniques des fistules anales

- ⇒ Selon le trajet fistuleux
 - ⇒ Selon l'existence de diverticule(s)
 - ⇒ Selon l'orifice primaire (fistule double)
-

Diagnostic différentiel des fistules (abcès) anales

- Sinus pilonidal
 - Maladie de Verneuil
 - Kyste cutané suppurant
 - Suppurations de voisinage ouvertes au niveau périnéal
 - Abscesses sur corps étranger anorectal
-

Imagerie des fistules

↳ Objectifs

- ↳ situer le ou les orifice(s) primaire(s) et secondaire(s)
- ↳ déterminer le trajet fistuleux
- ↳ situer le ou les collection(s)
- ↳ apprécier l'état de l'appareil sphinctérien.

↳ Moyens

- ↳ Echographie endo-anorectale (EEA)
- ↳ Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- ↳ Echographie 3D

Imagerie des fistules

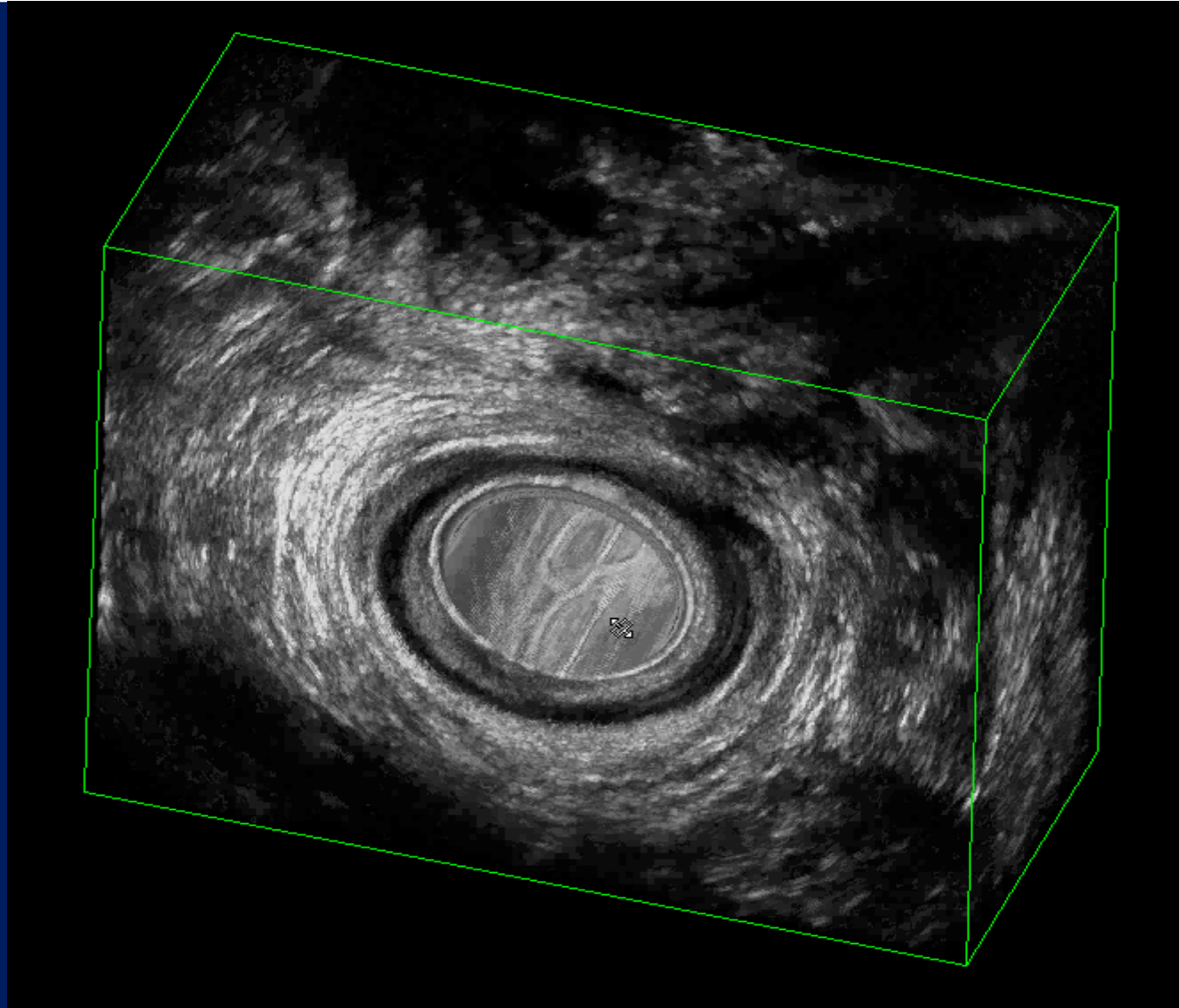
↪ Echographie endo-anorectale (EEA)

- ↪ méthode simple, peu coûteuse et bien tolérée
- ↪ excellente concordance entre EEA et constatation per-opératoire pour la hauteur du trajet
- ↪ concordance variable pour situer orifice primaire
- ↪ bonne évaluation des défauts sphinctériens.

↪ Imagerie par résonance magnétique (IRM)

- ↪ dénué de toxicité mais onéreux et long
- ↪ intérêt des clichés avec saturation de graisse pour trajet fistuleux
- ↪ séquences pondérées en T1 rehaussent le signal du sphincter interne et révèlent les collections abcédées

Imagerie des fistules

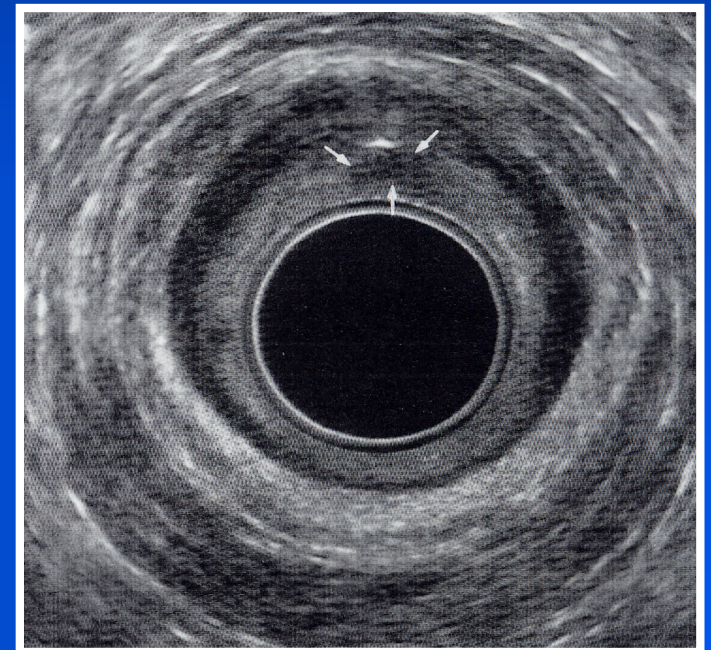
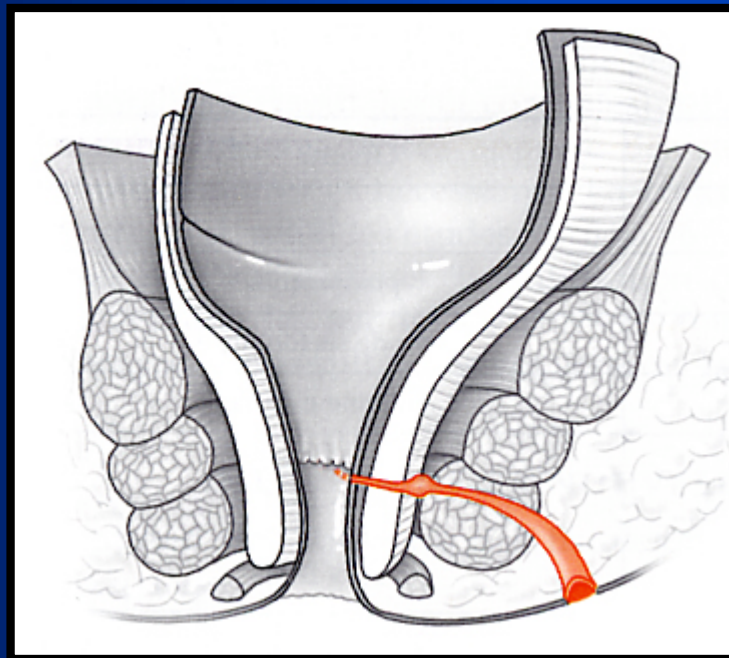


Traitement des fistules (abcès) anales

- ↪ Les traitements « médicaux »
 - ↪ PAS D'ANTIBIOTIQUE
 - ↪ PAS D'AINS
 - ↪ Colle biologique
 - ↪ Antibiothérapie spécifique associée à la chirurgie
 - ↪ Infliximab (anti TNF alpha) pour la maladie anopérinéale du Crohn
 - ↪ **Les traitements chirurgicaux**
 - ↪ **Mise à plat simple**
 - ↪ **Mise en place d'un séton**
 - ↪ **Lambeau de recouvrement anorectal**
 - ↪ **Mise à plat des diverticules**
-

Fistule transsphinctérienne inférieure

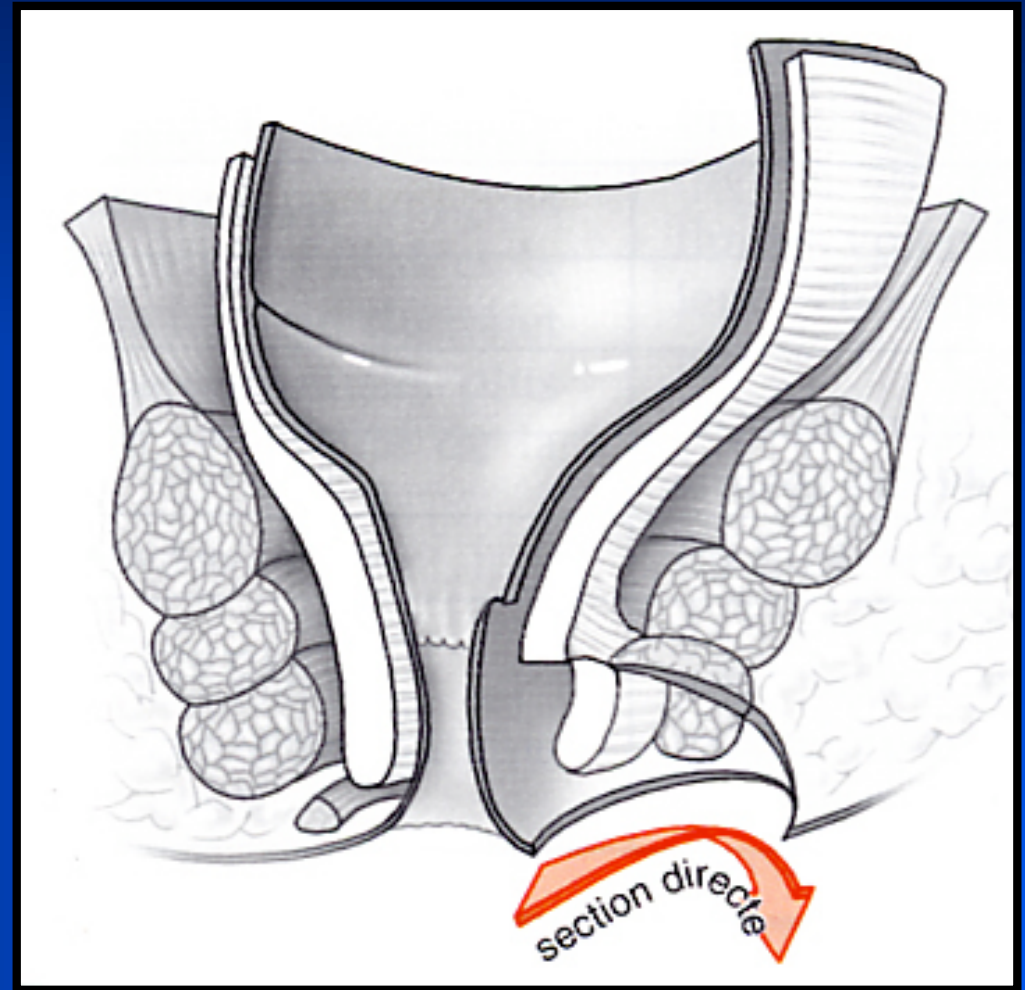
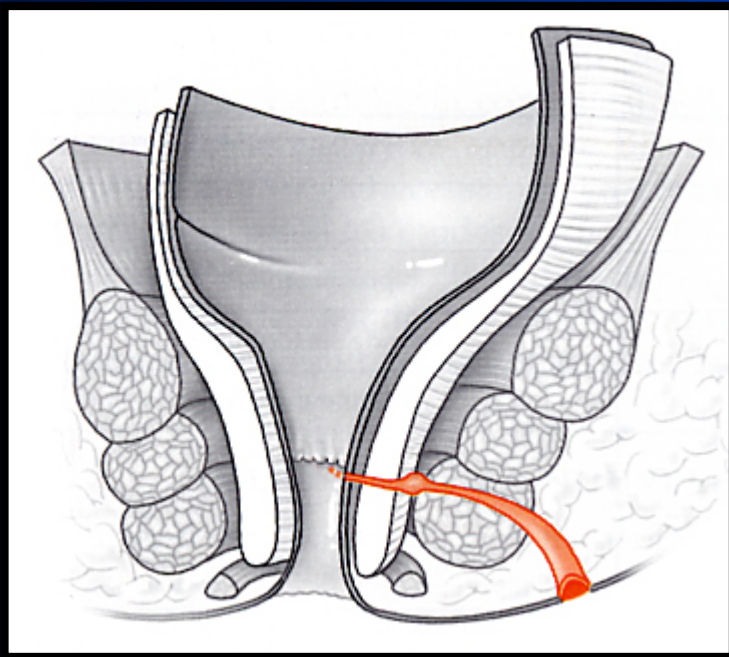
- ⇒ Fréquence élevée
- ⇒ Intéresse la partie inférieure du faisceau profond du sphincter externe
- ⇒ Traitement en un temps
- ⇒ Mise à plat simple



Traitement des fistules transsphinctériennes inférieures

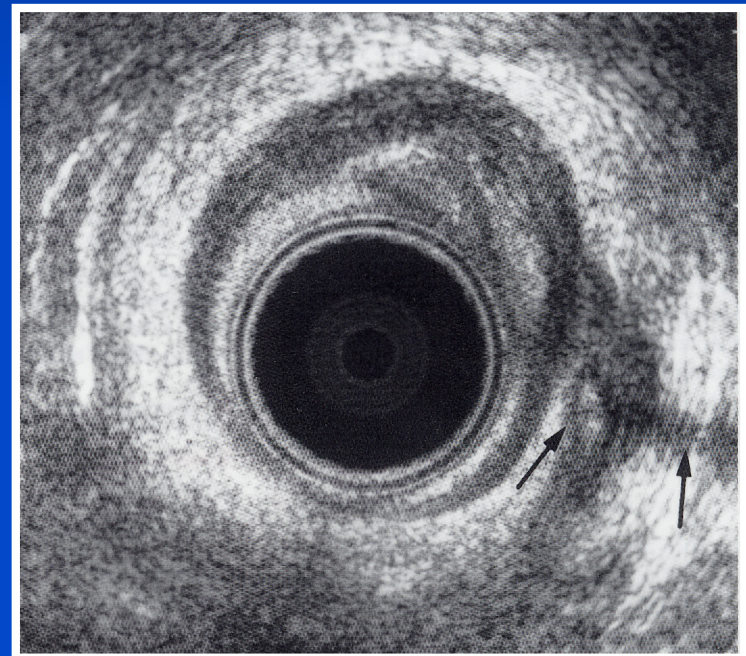
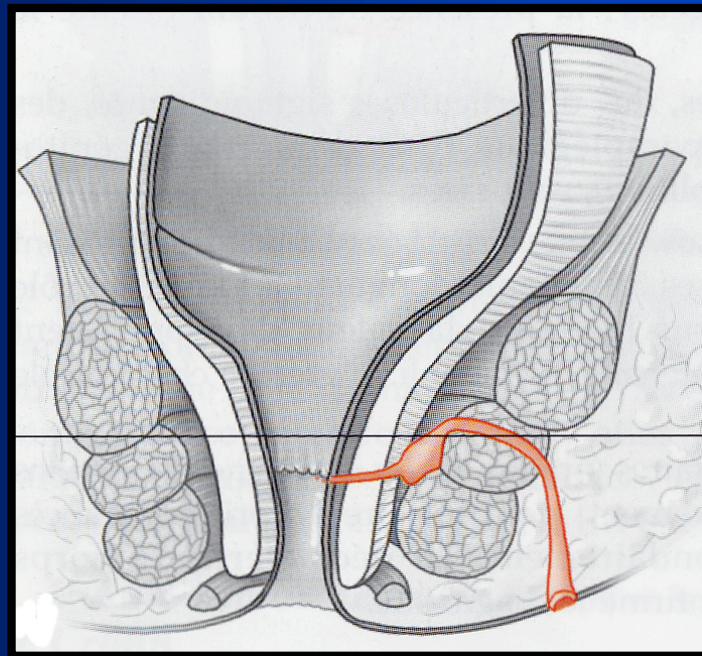
↪ Un temps

↪ Mise à plat simple



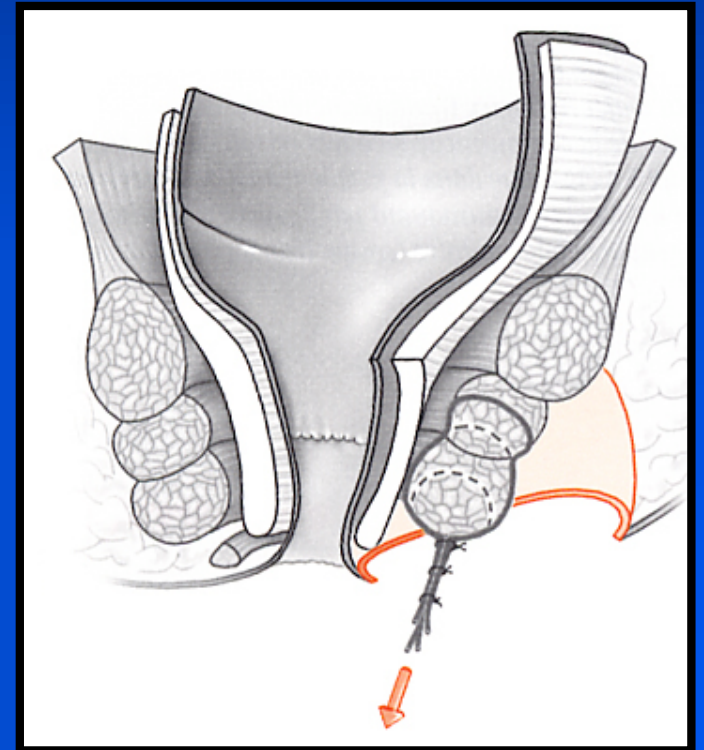
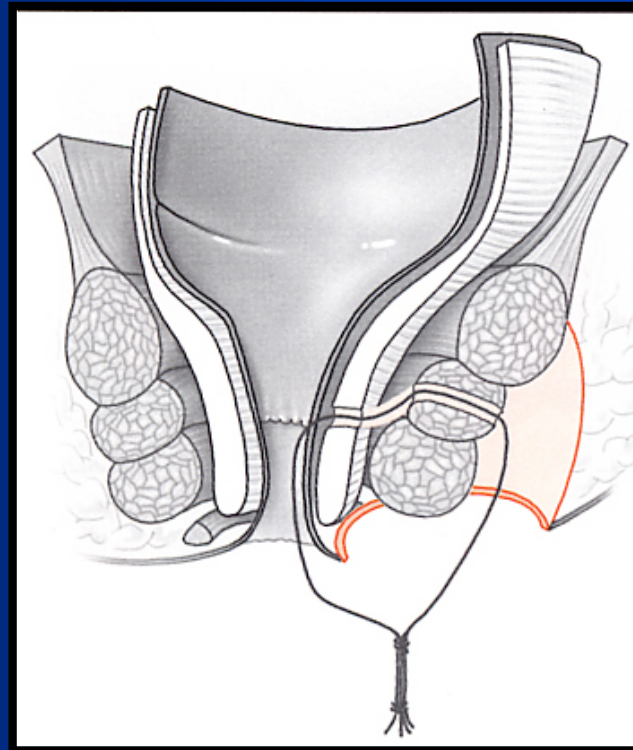
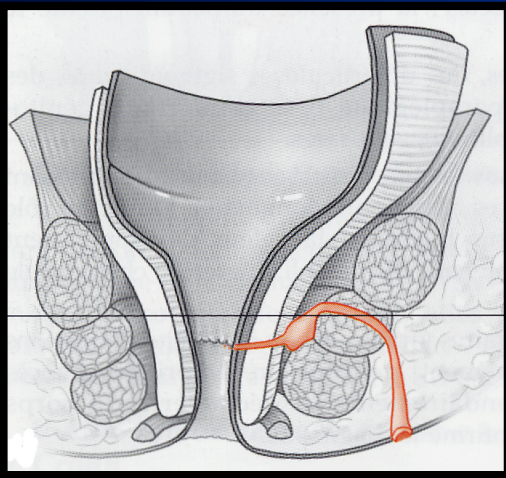
Fistule transsphinctérienne supérieure

- Respecte la sangle puborectale
- Intéresse la partie supérieure du faisceau profond du sphincter externe
- Segmentation en deux temps opératoire/lambeau d'abaissement
- Prudence si localisation antérieure chez la femme



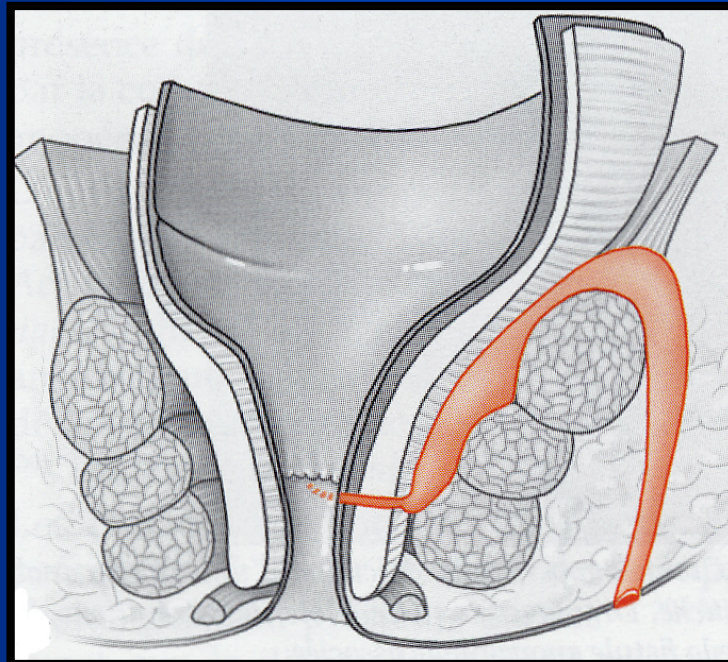
Traitement des fistules transsphinctériennes supérieures

- Premier temps : repérage de la fistule, fistulectomie partielle et drainage
- Second temps (à 2 mois) : fistulotomie progressive par striction élastique



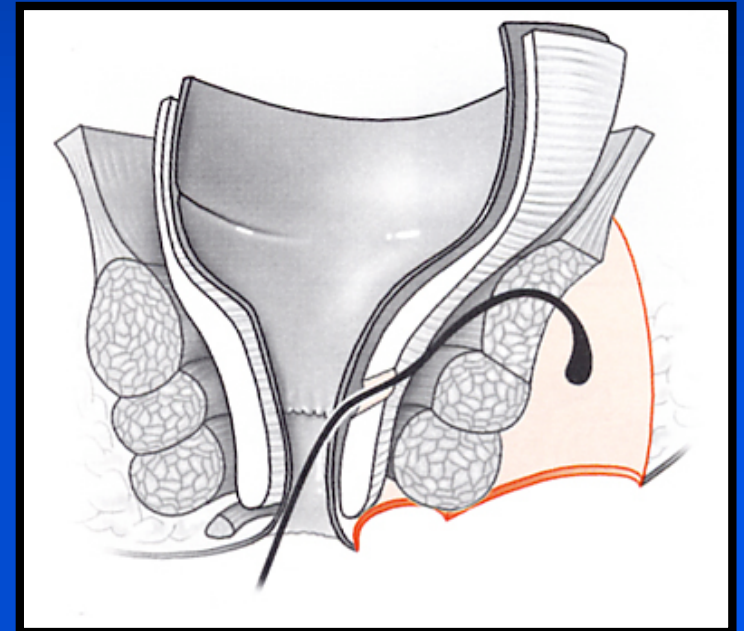
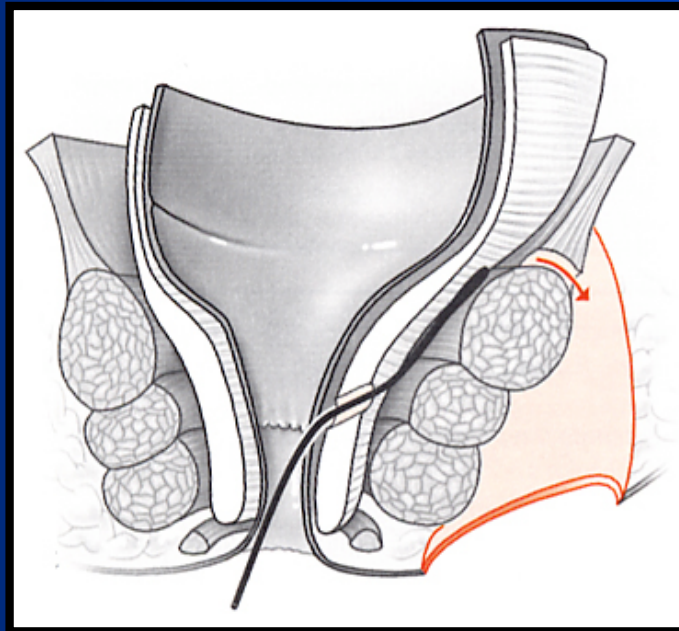
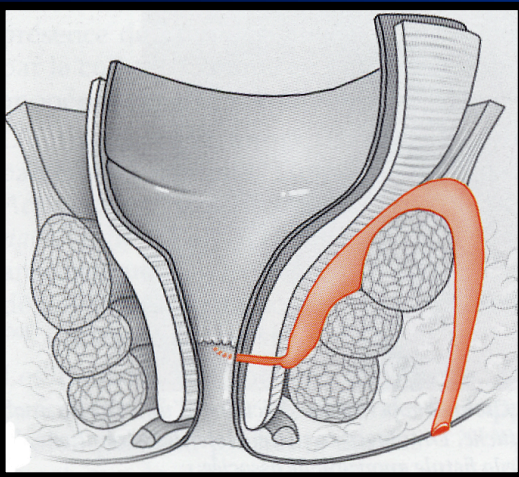
Fistule suprasphinctérienne

- ↪ Prise de la sangle puborectale
- ↪ Recherche du trajet délicate
- ↪ Segmentation en deux temps opératoire/lambeau d'abaissement
- ↪ Prudence si localisation antérieure chez la femme



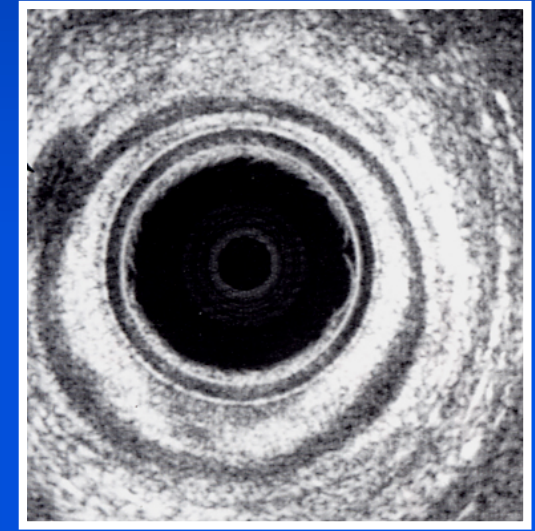
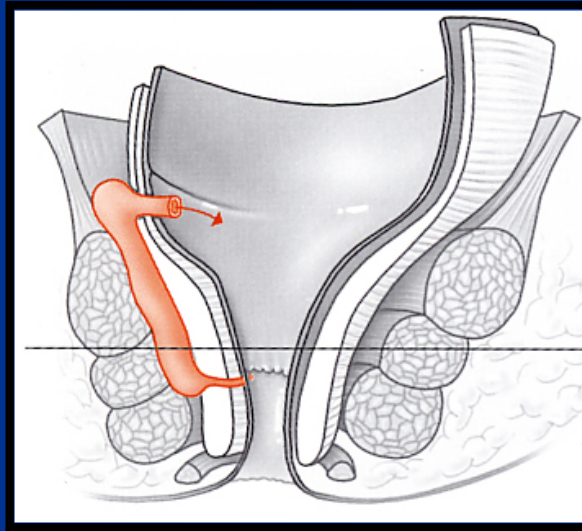
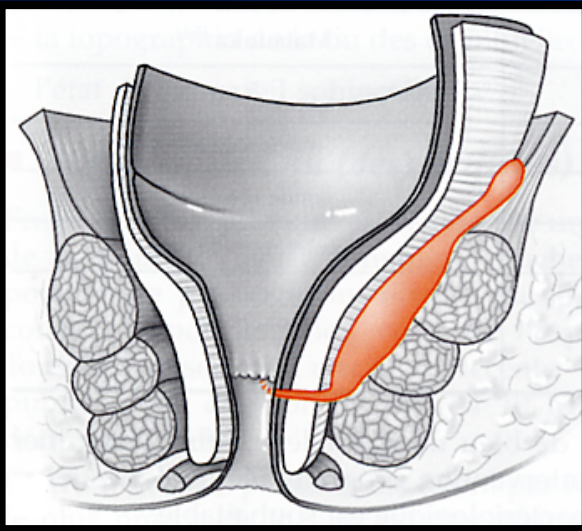
Traitement des fistules suprasphinctériennes

- ↪ Prise de la sangle puborectale
- ↪ Section du muscle puborectal de dedans à dehors
- ↪ Ramener le trajet à une fistule transsphinctérienne supérieure
- ↪ Drainage puis striction



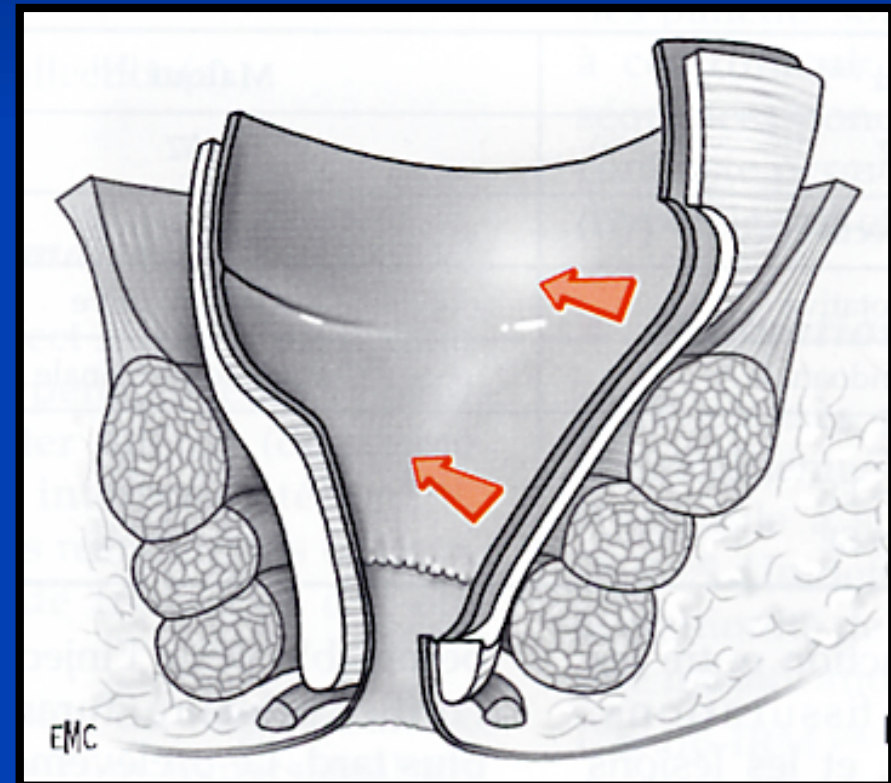
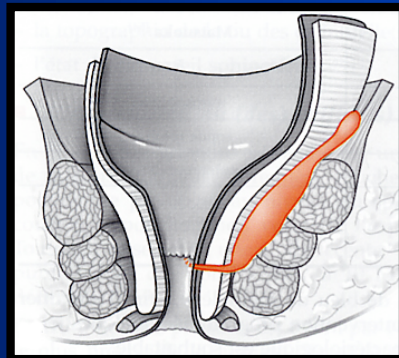
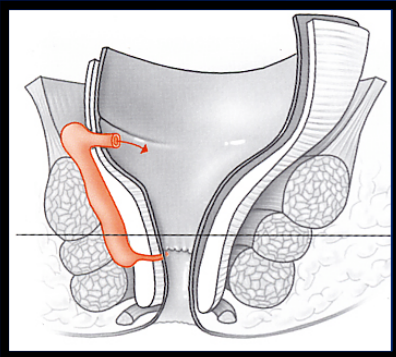
Fistule intra-murale

- ⇒ Succède à un abcès inter-sphinctérien puis intra mural
- ⇒ Ouverture spontanée dans le rectum
- ⇒ Piège diagnostique fréquent (examen externe normal)
- ⇒ Ouverture par voie endo-anale



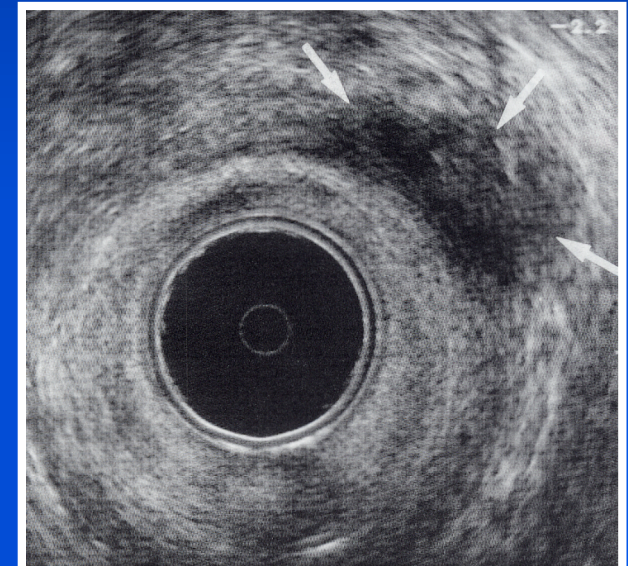
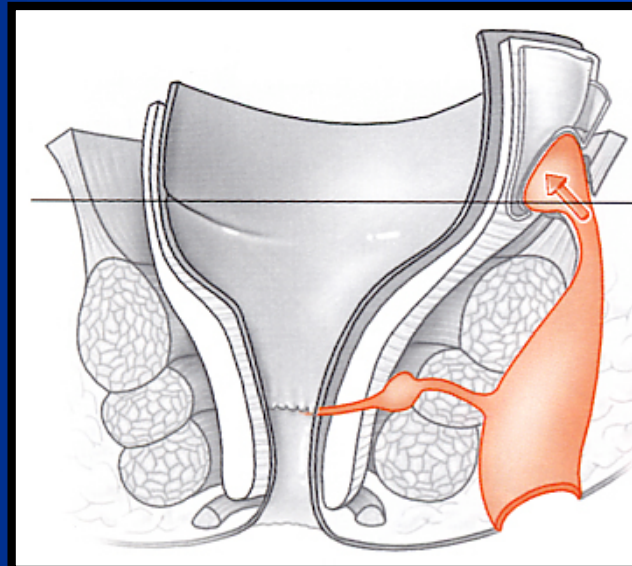
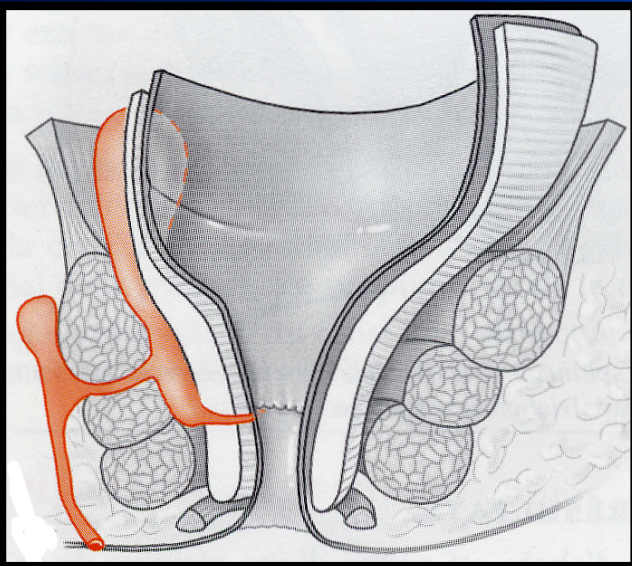
Traitement des fistules (abcès) intra-murales

- ↪ Un temps
- ↪ Parfois en Y et hélicoïdal
- ↪ Toujours ouverture par voie endo-anale



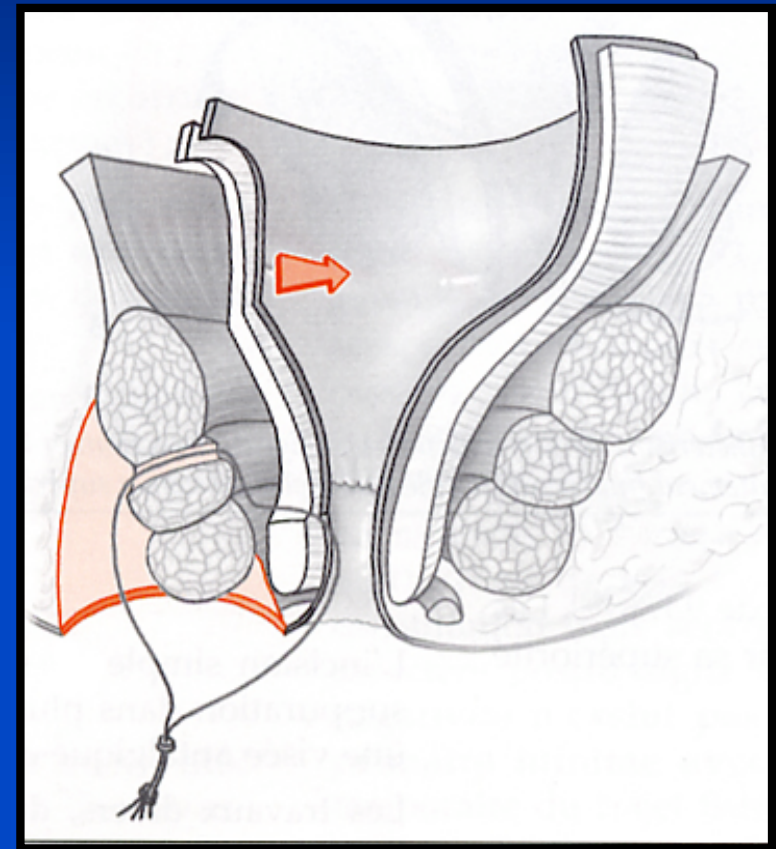
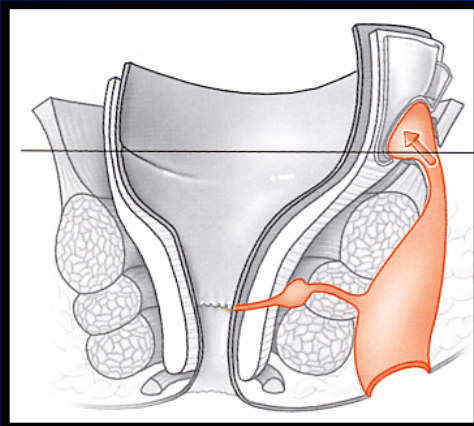
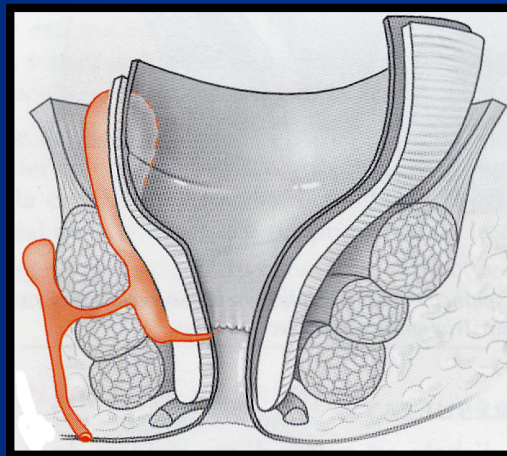
Fistule complexe

- ↪ Associations possibles (diverticules, trajets multiples)
- ↪ Recherche du trajet délicate
- ↪ Segmentation des temps opératoires
- ↪ Intérêt de l'imagerie



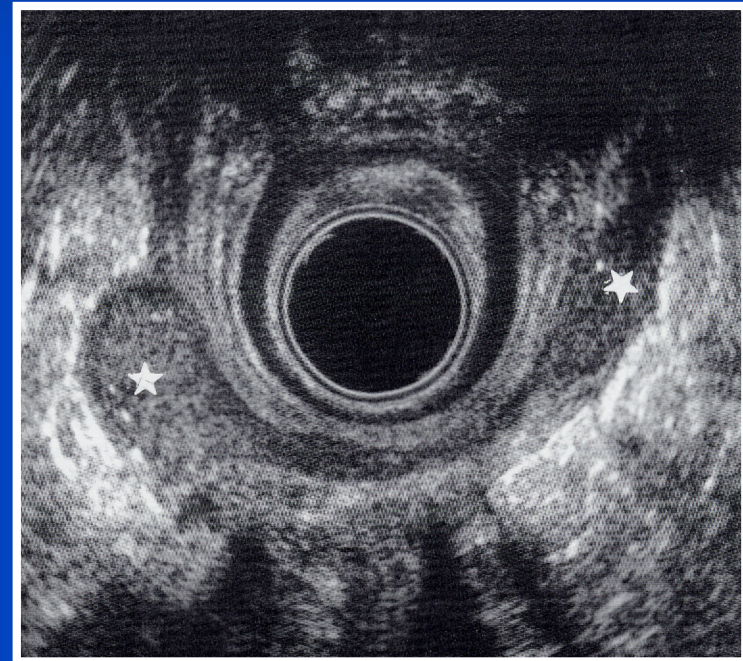
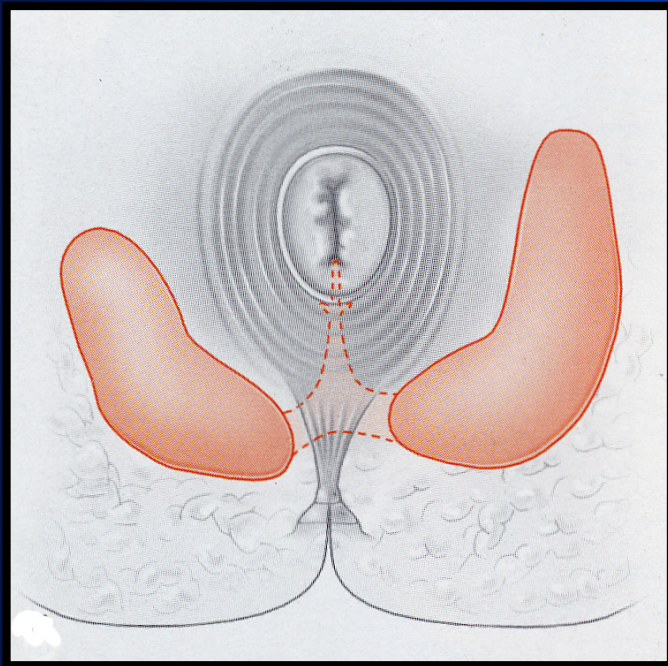
Traitement de fistules complexes

- ⇒ Associations possibles (diverticules, trajets multiples)
- ⇒ Segmentation des temps opératoires



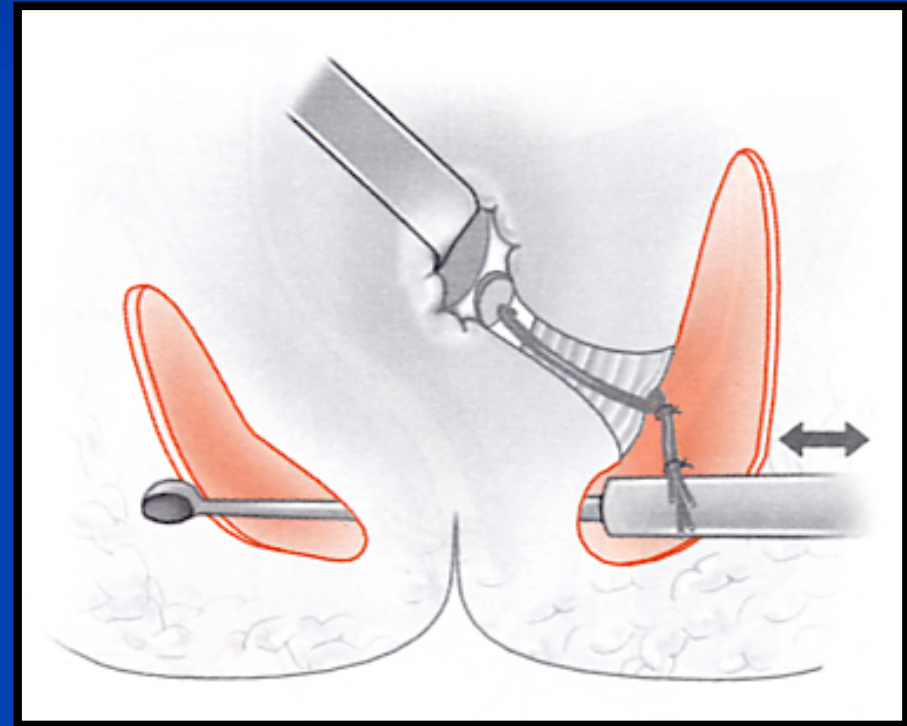
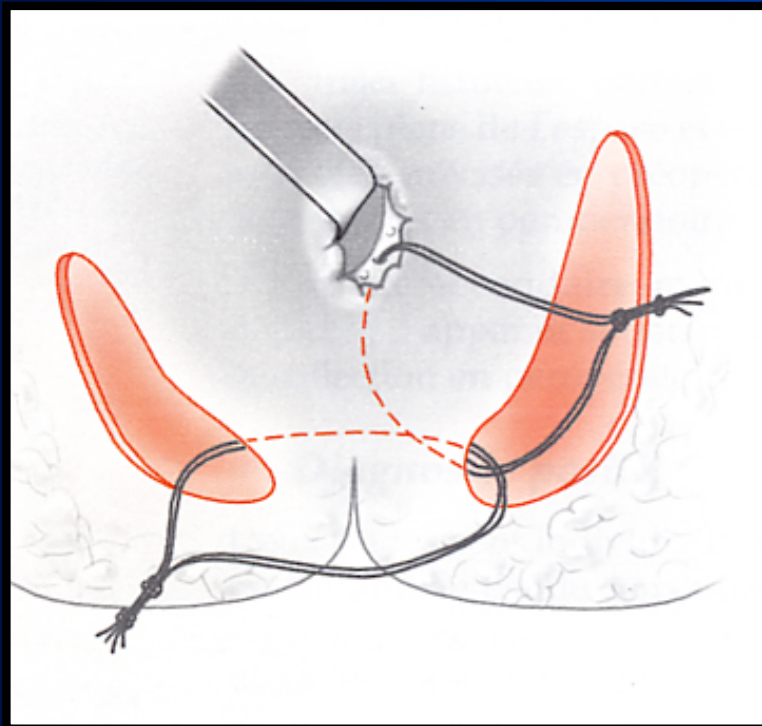
Fistule en « fer à cheval »

- Extension à la région anopérinéale controlatérale
- Repérage du trajet fistuleux
- Identifier le bon espace de diffusion
- Segmentation en deux temps opératoires voire trois



Traitement des fistules en « fer à cheval »

- ⇒ Segmentation des temps opératoires
- ⇒ Soins post-opératoires fondamentaux



Conclusion

- Diagnostic essentiellement clinique
- Recours à l'imagerie si diagnostic difficile ou récurrence de fistule complexe
- Pas d'antibiotique, ni d'anti-inflammatoire de première intention
- Le traitement est chirurgical
- Histologie et prélèvement bactériologique systématique de toute fistule
- Repérage précis de l'orifice primaire
- Segmentation des temps opératoires pour les fistules complexes
- Suivi post-opératoire rigoureux

But du traitement:

assécher la fistule et préserver la continence anale