
Les fistules anales

DES Hépato-Gastroentérologie

13/01/2006

Dr Damien Corberand

Pr Patrick Atienza

Introduction

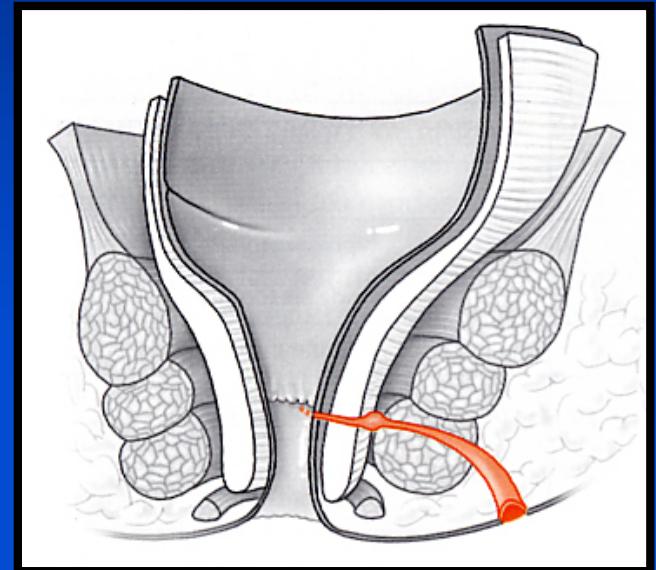
- Pathologie peu/mal enseignée
- Importance de l'anatomie ano-rectale
- Fistule simple vs fistule complexe
- Prélèvements bactériologiques et histologiques systématiques
- But du traitement: assécher la fistule et préserver la fonction sphinctérienne et la continence du patient

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

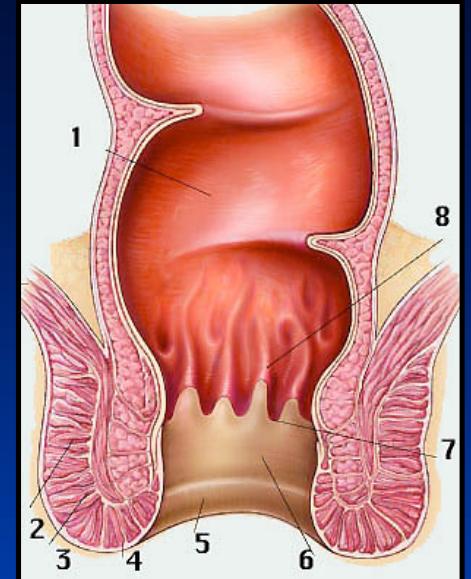
- Les fistules simples : fréquentes
- Les fistules complexes : rares
- Les fistules non spécifiques : germes habituels
- Les fistules spécifiques : germes rares
- Apports récents de l'imagerie
- Traitements



Anatomie anorectale

⇢ L'appareil sphinctérien

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

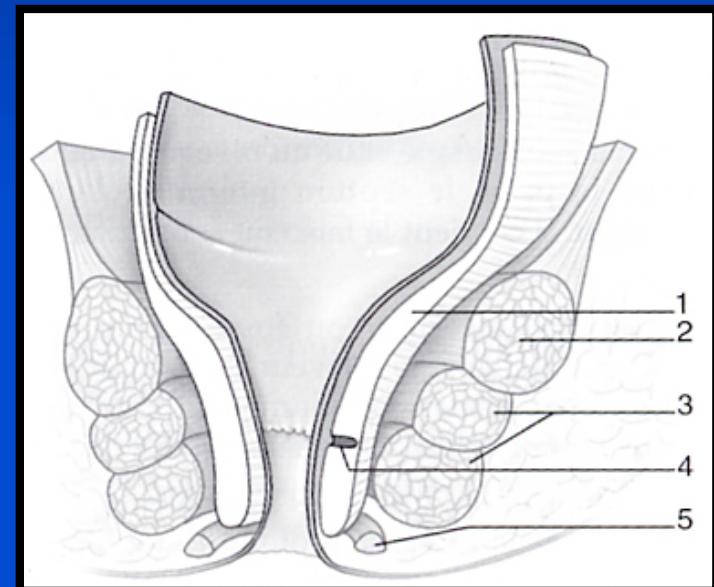


⇢ La revêtement du canal anal

- ⇢ Glandes d 'Herman et Desfosses (4)

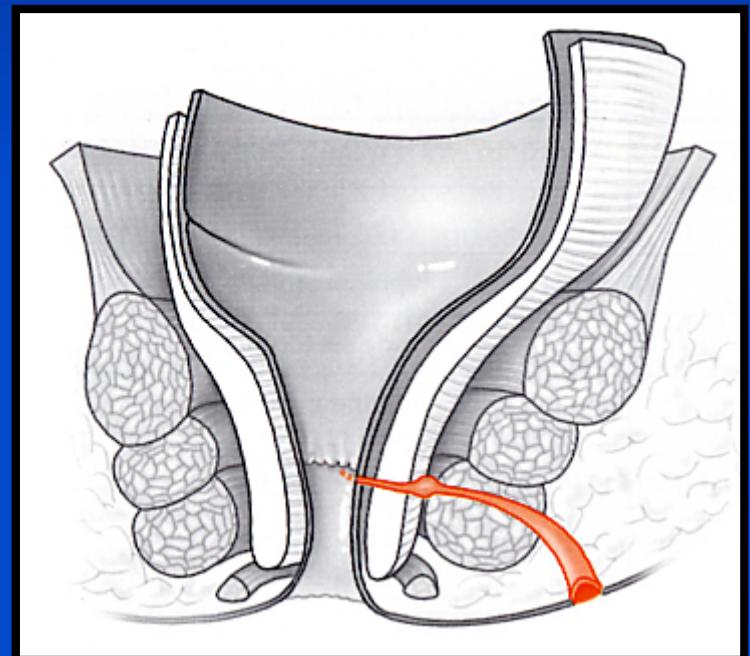
⇢ La situation de la fistule

- 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 tissus

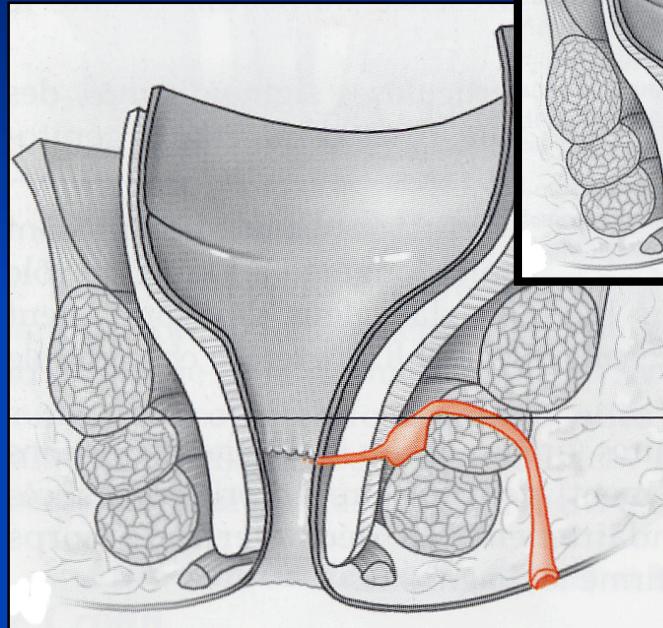


Fistules complexes

- ⇒ 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

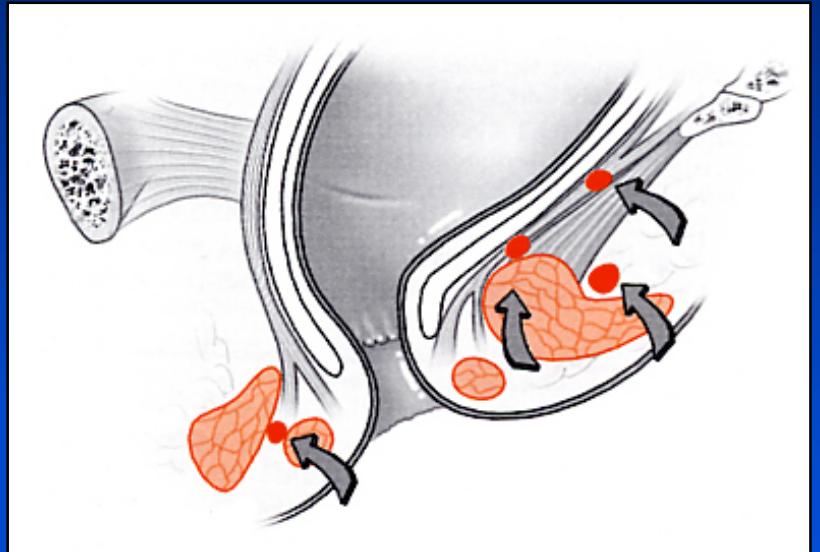
- ⇒ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal
(passage 2 D à 3 D)



- ⇒ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique
- ⇒ Existence de diverticule(s)
- ⇒ Trajet(s) « singulier(s) » (maladie de Crohn, iatrogène)

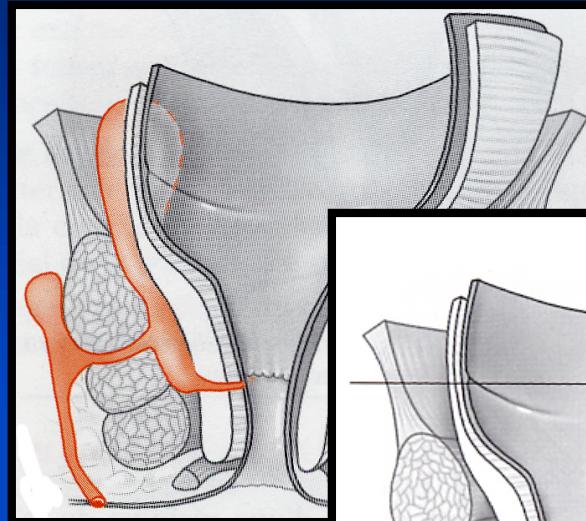
Fistules complexes

- ⇒ 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)

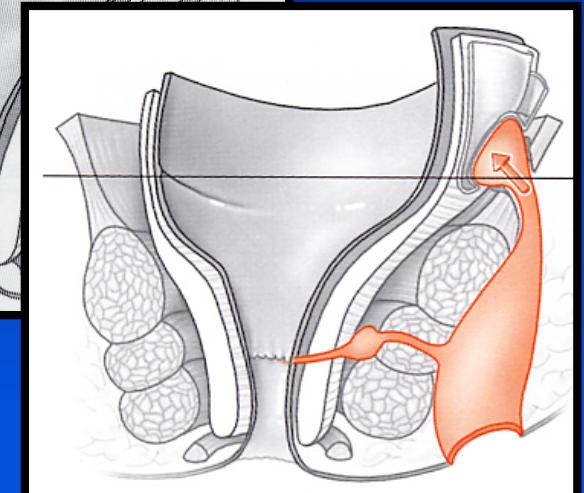


Fistule complexe

→ Fistule de trajet haut-situé et/ou hélicoïdal



→ Prolongement(s) dans les espaces de diffusion anatomique

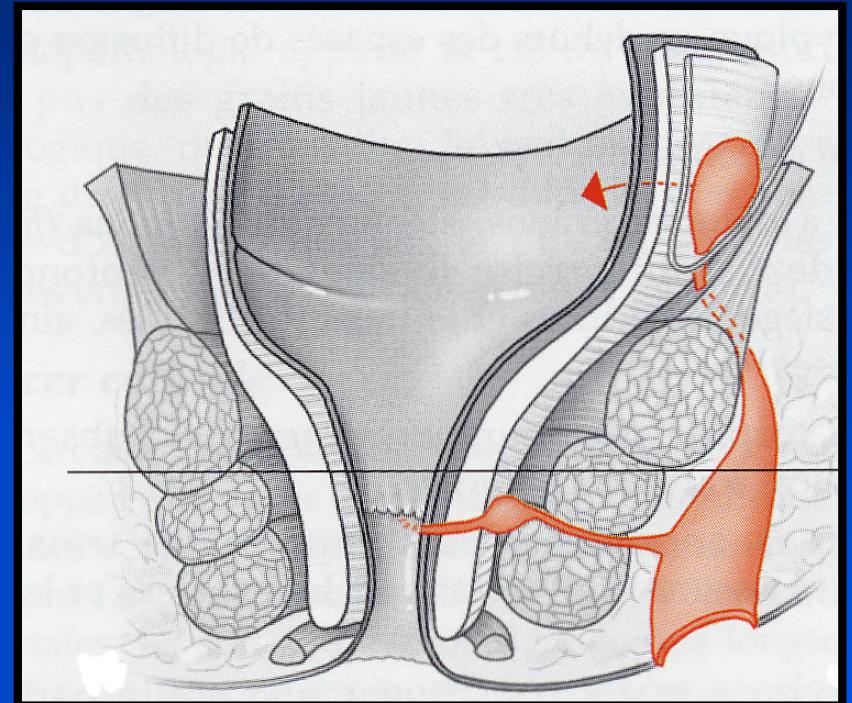


→ Existence de diverticule(s)

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

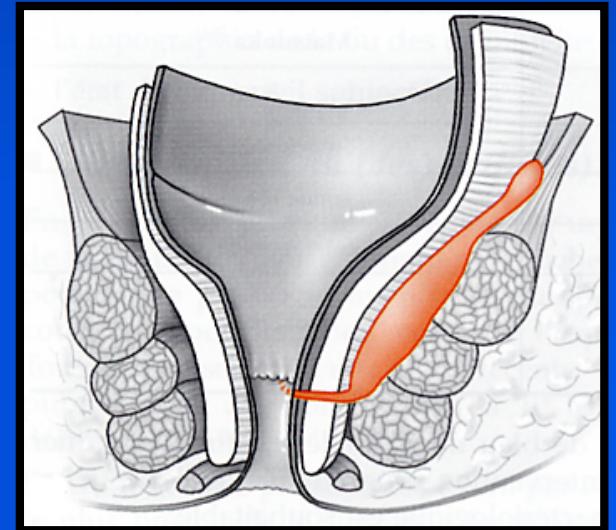
Fistule complexe

- ⇒ 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)



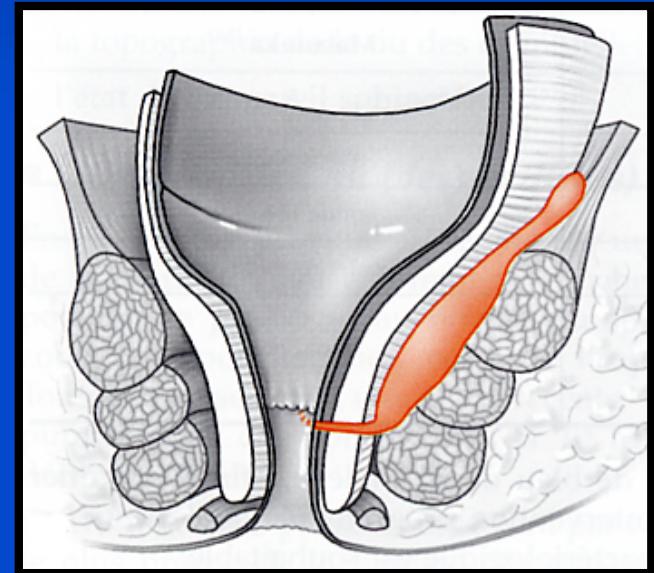
De l'abcès anopérinéal à la fistule anale

- 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?, Actinomycose
 - ➡ 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
 - ➡ Abcès 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

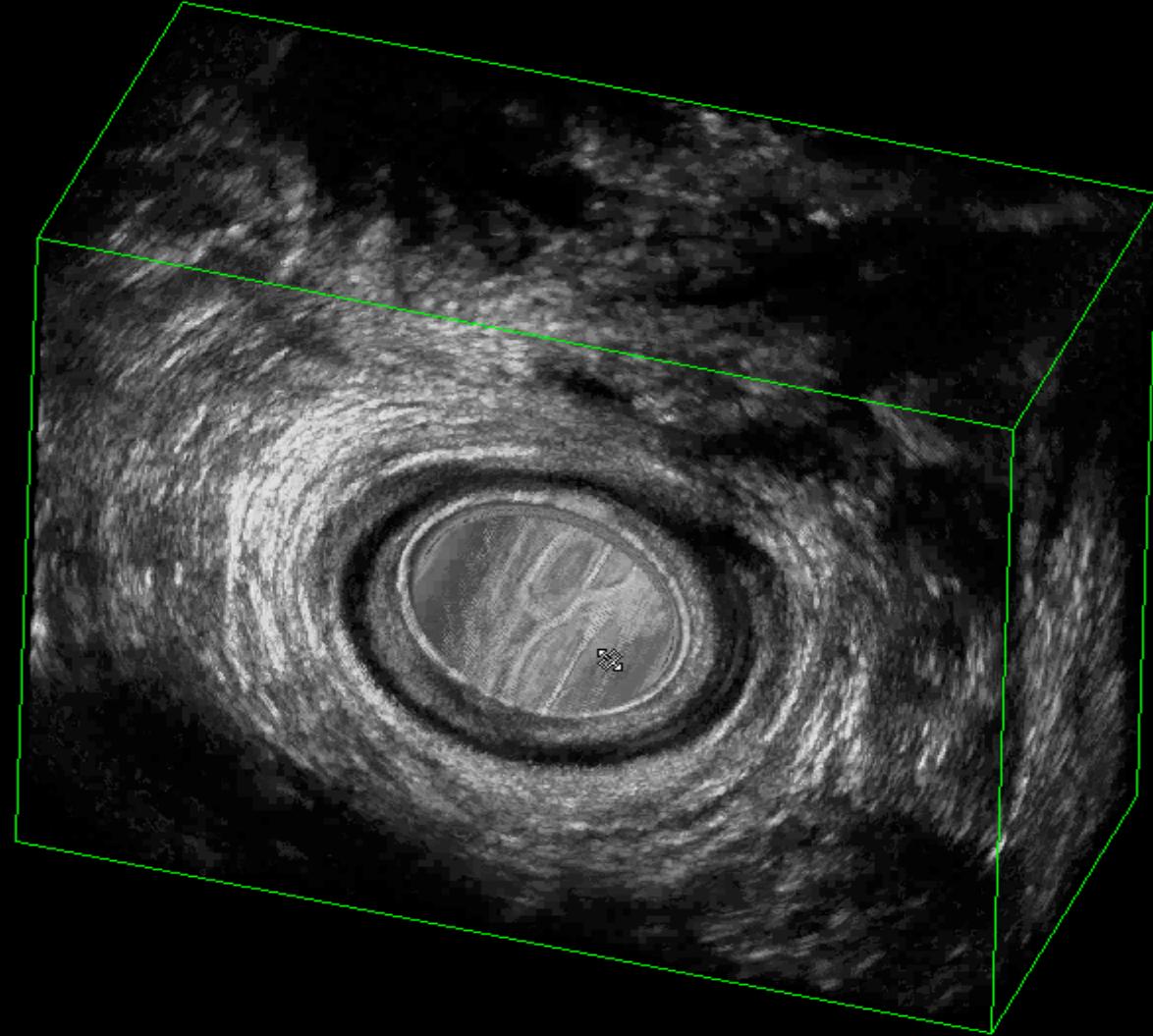
- Echographie endo-anorectale (EEA)
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Echographie 3D

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



Traitements 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**

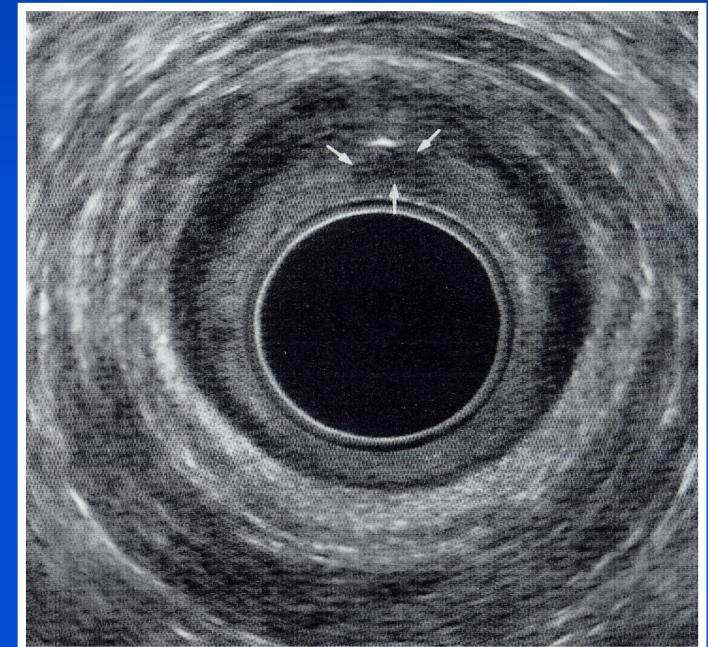
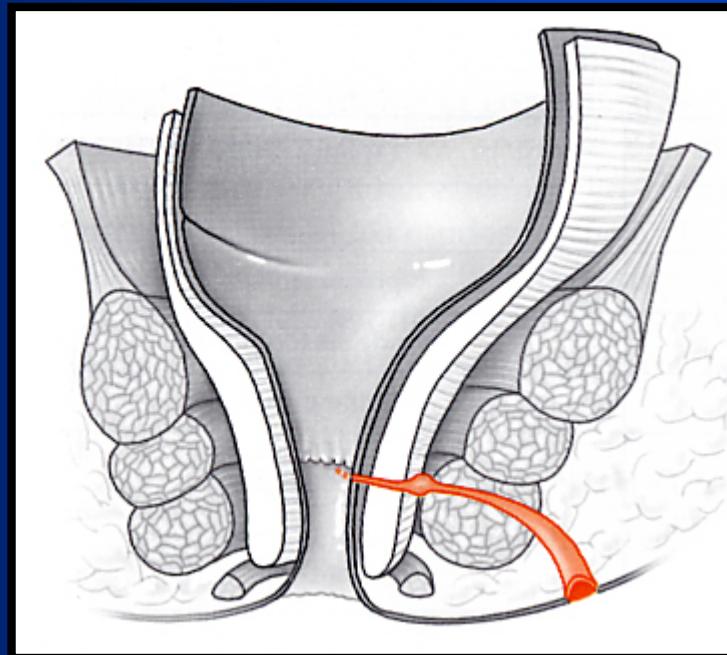
↳ **Mise en place d'un séton**

↳ **Lambeau de recouvrement anorectal**

↳ **Mise à plat des diverticules**

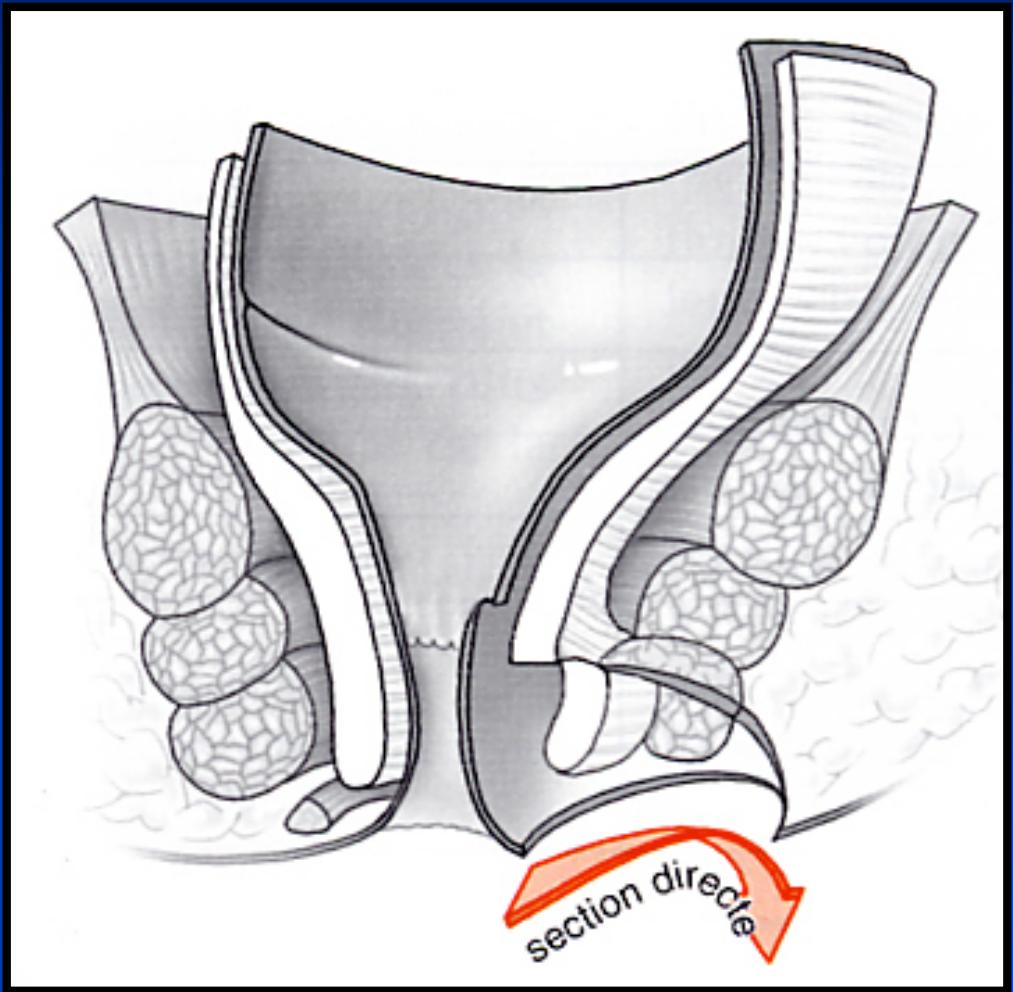
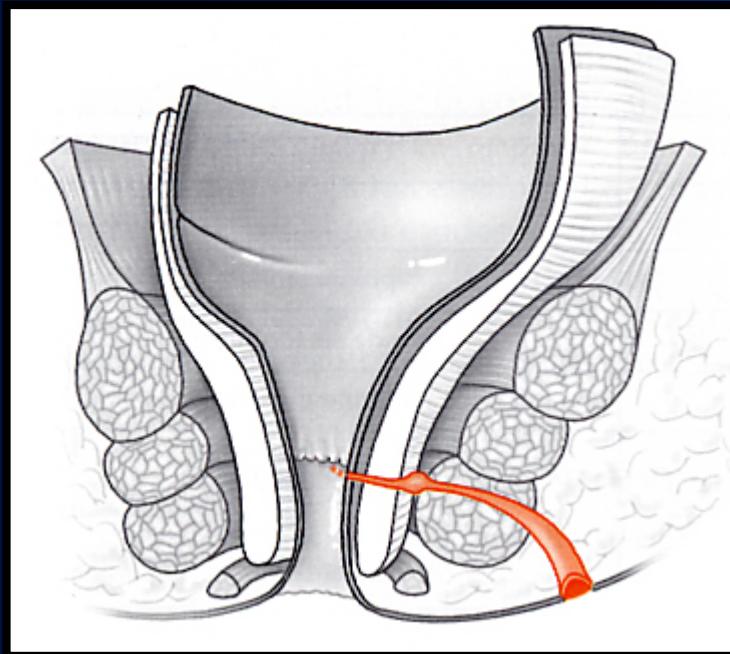
Fistule transsphinctérienne inférieure

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



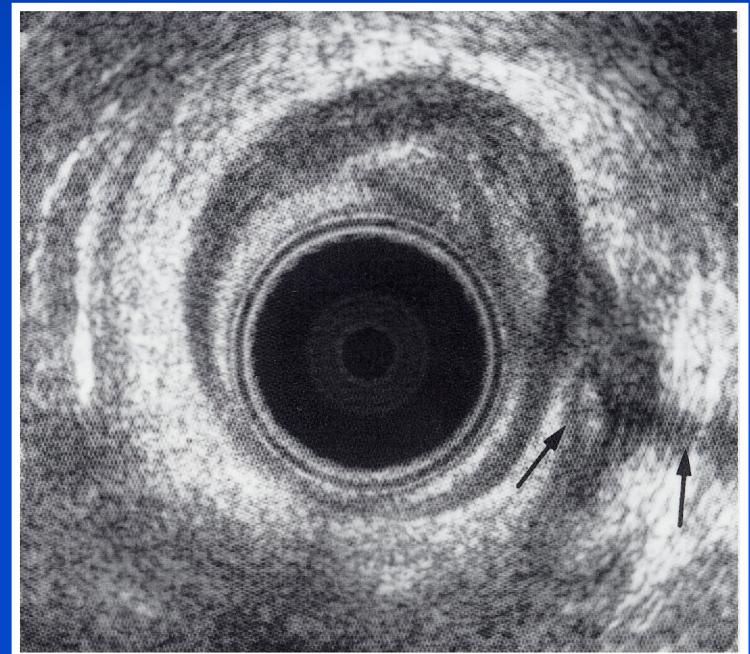
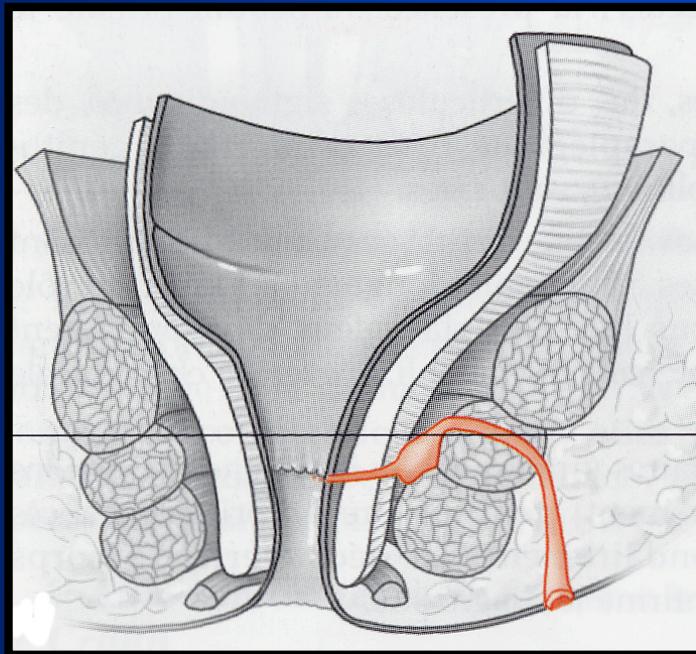
Traitement des fistules transsphinctériennes inférieures

- Un temps
- Mise à plat simple



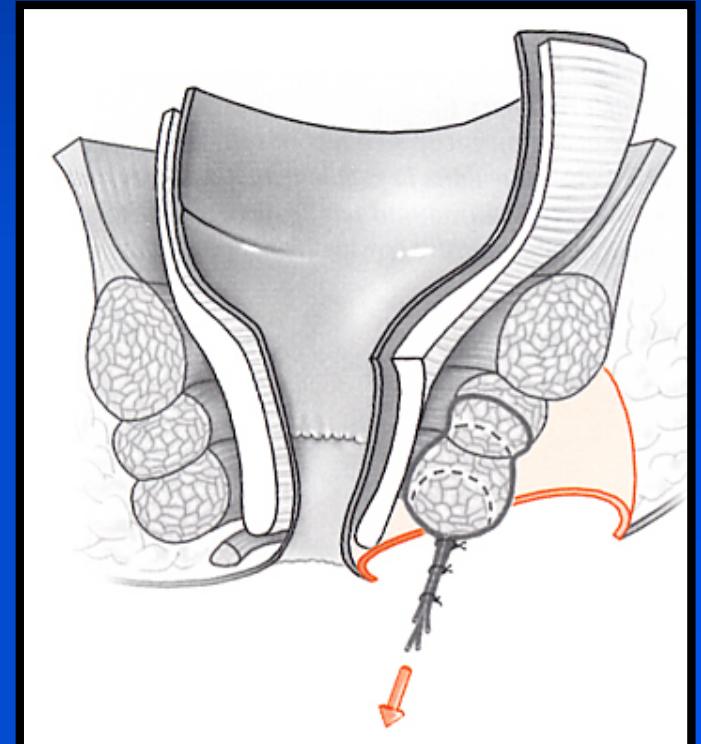
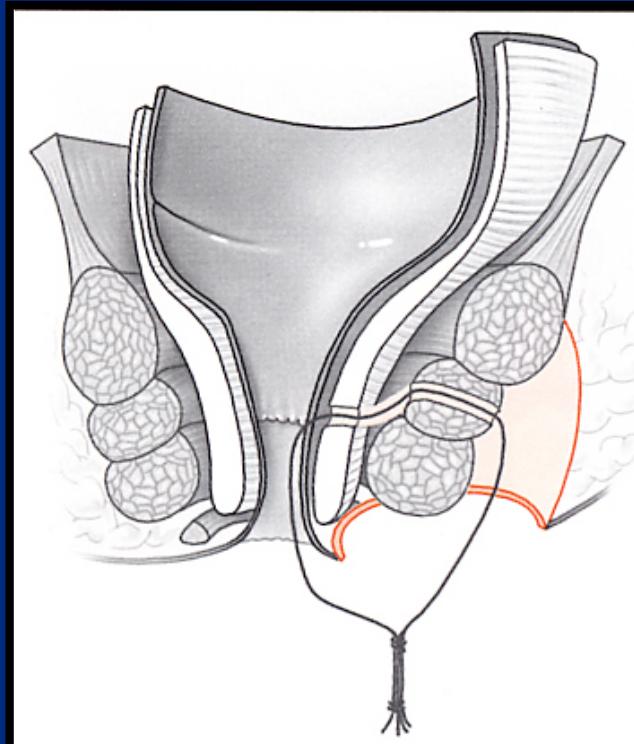
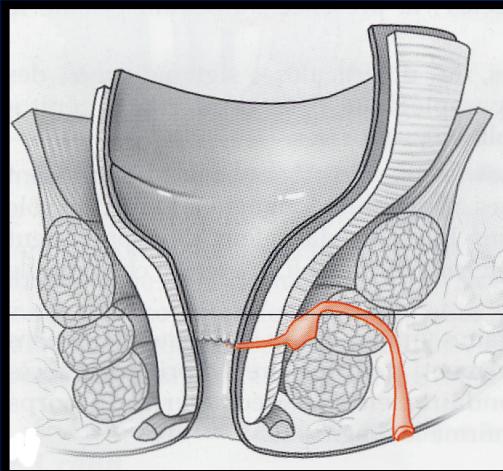
Fistule transsphinctérienne supérieure

- ➡ 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



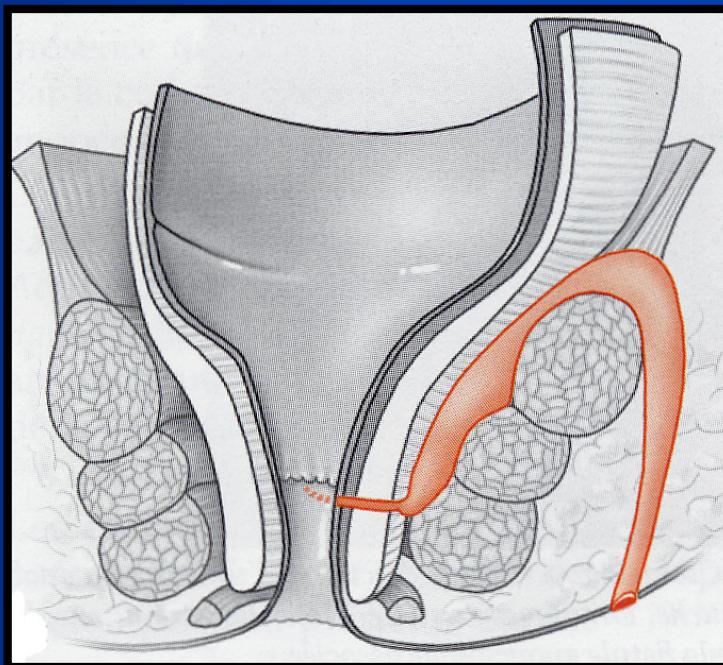
Traitement des fistules transsphinctériennes supérieures

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



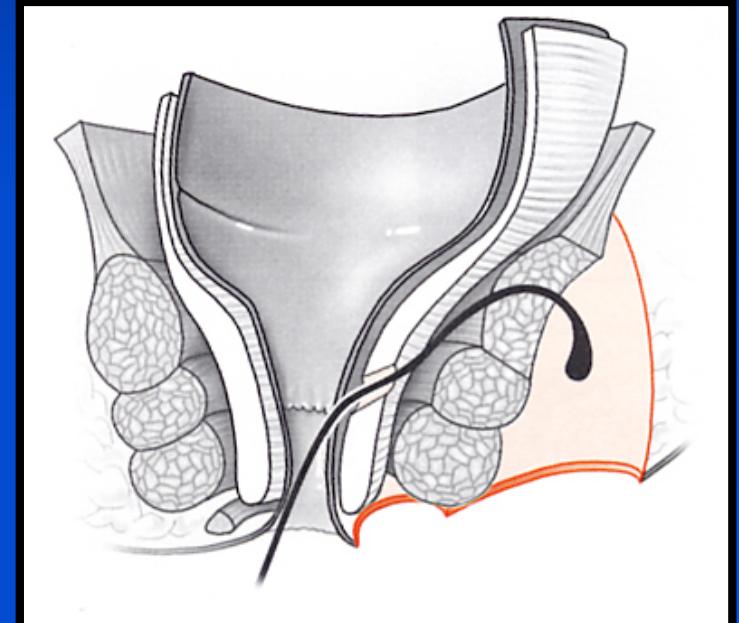
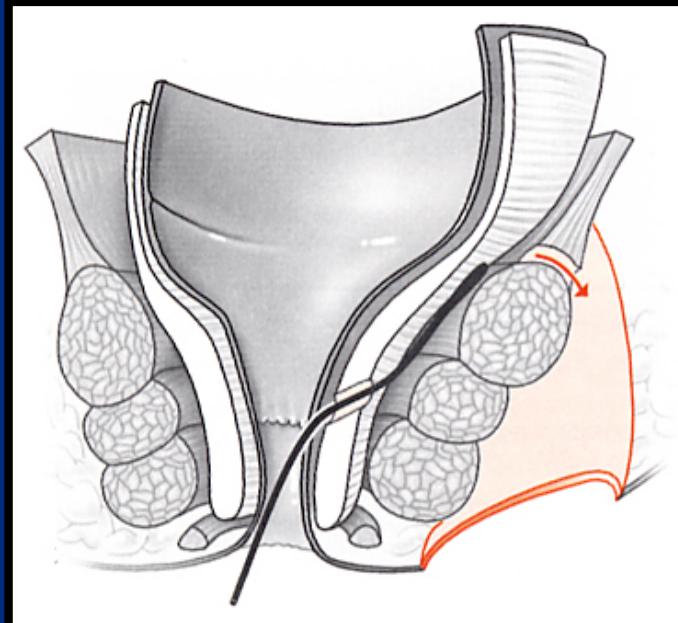
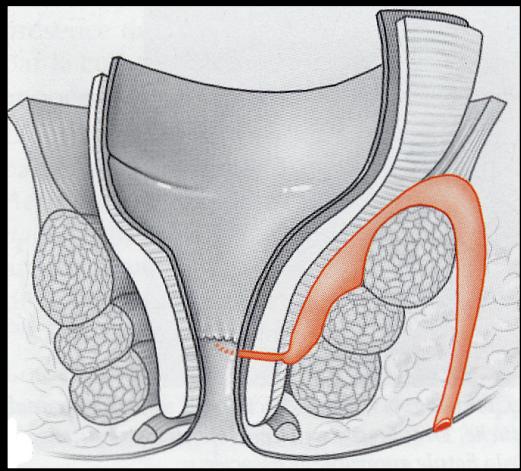
Fistule suprasphinctérienne

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



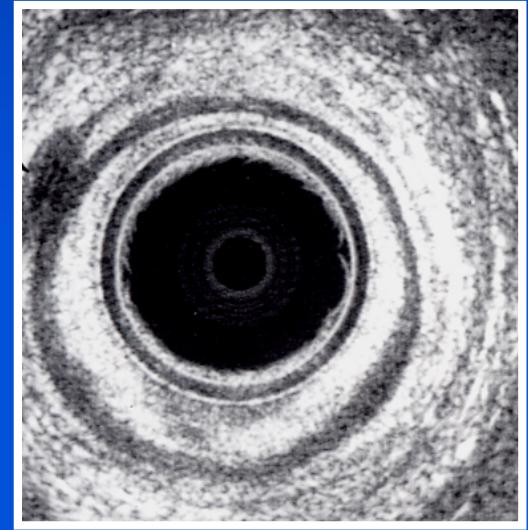
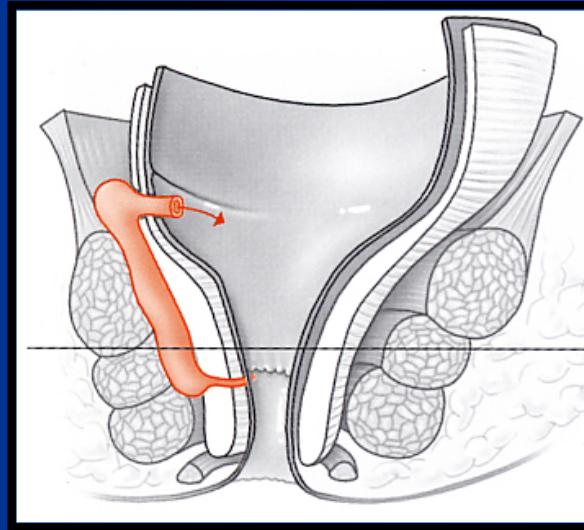
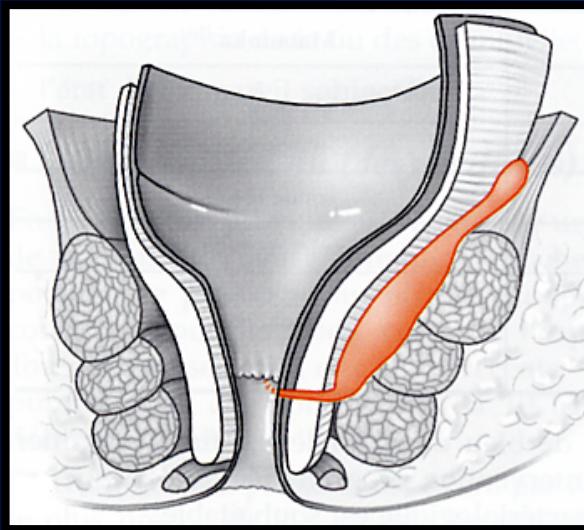
Traitement des fistules suprasphinctériennes

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



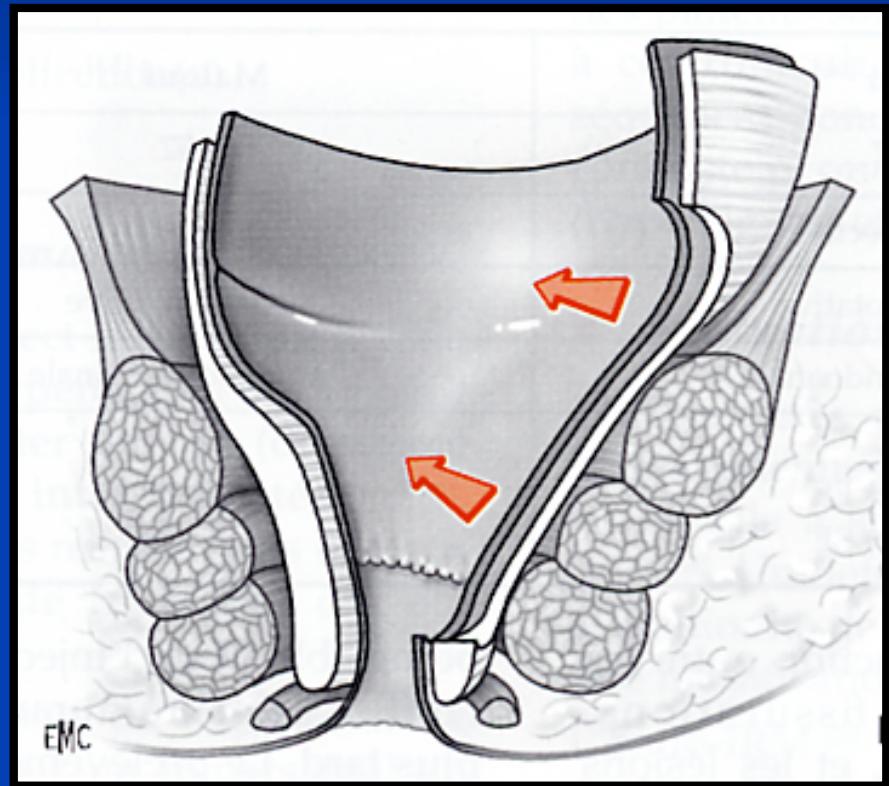
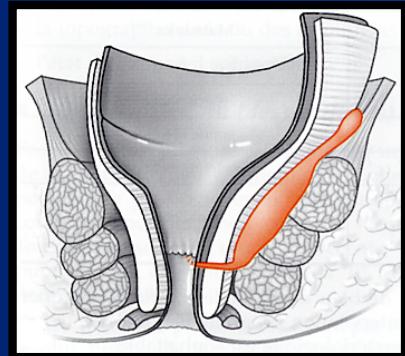
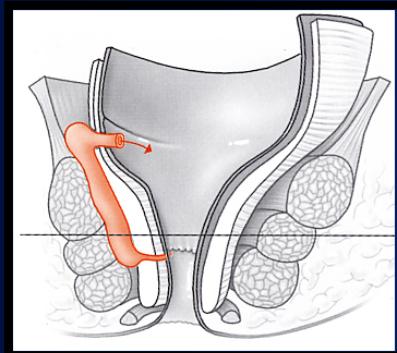
Fistule intra-murale

- ➡ 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



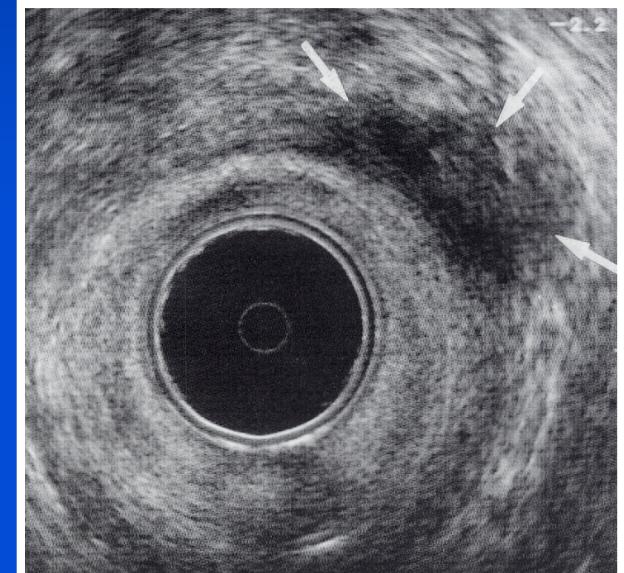
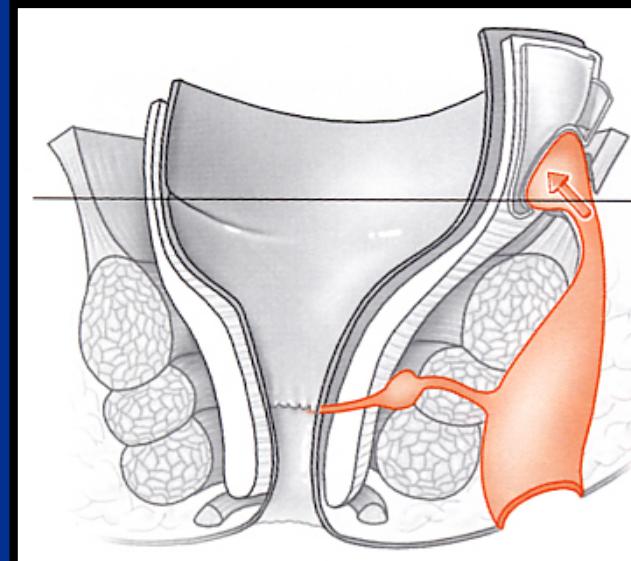
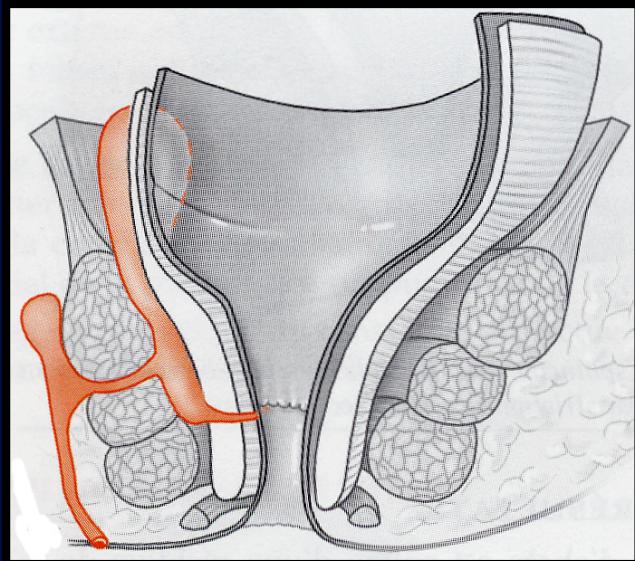
Traitements des fistules (abcès) intra-murales

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



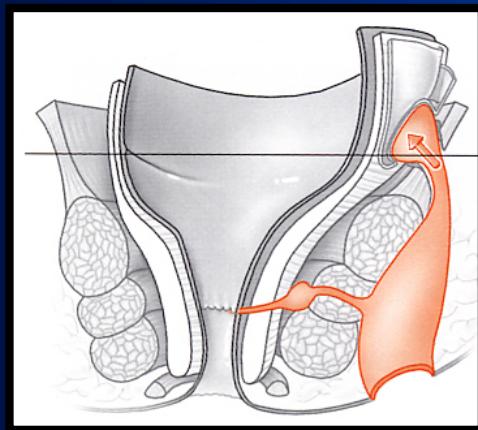
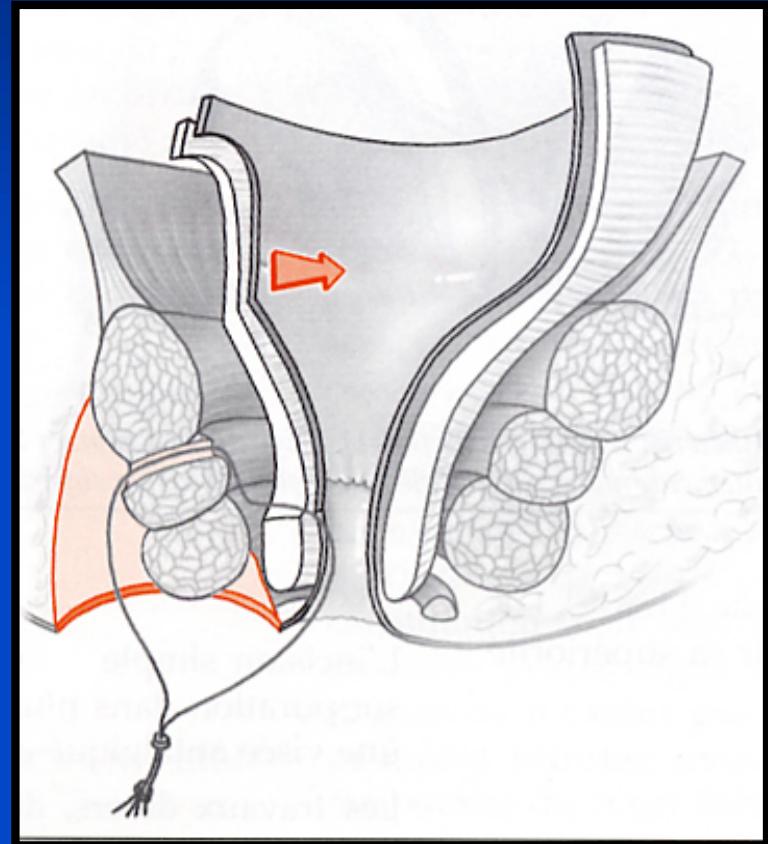
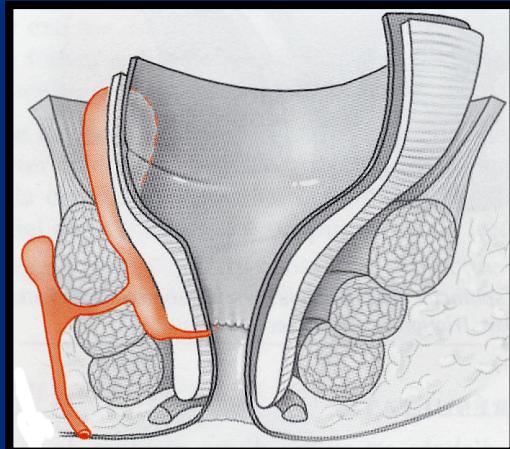
Fistule complexe

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



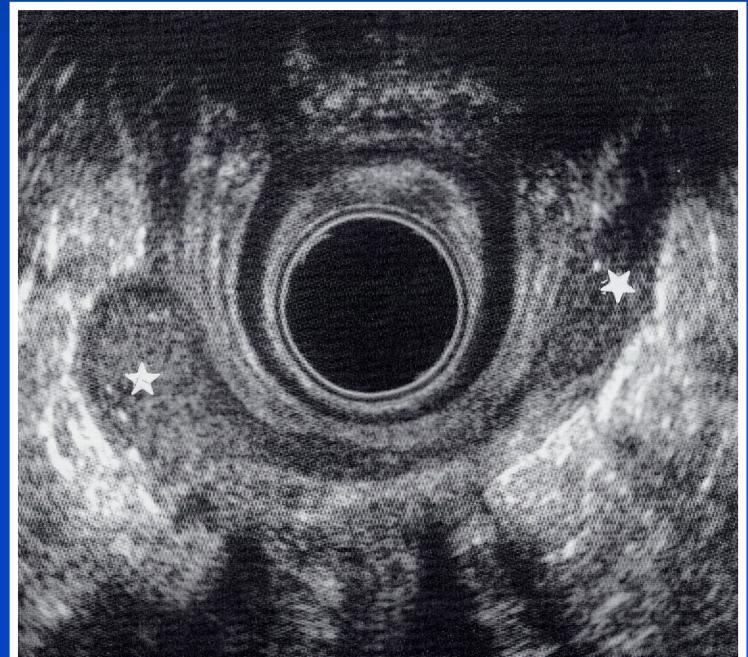
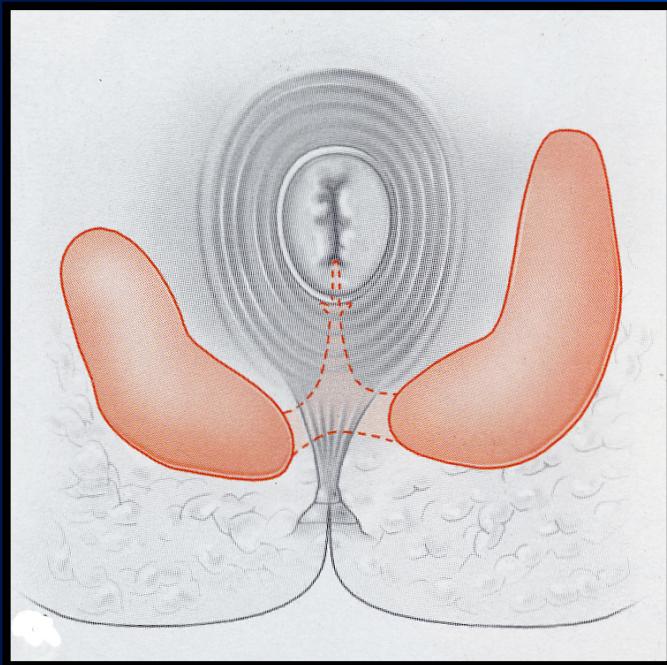
Traitement de fistules complexes

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



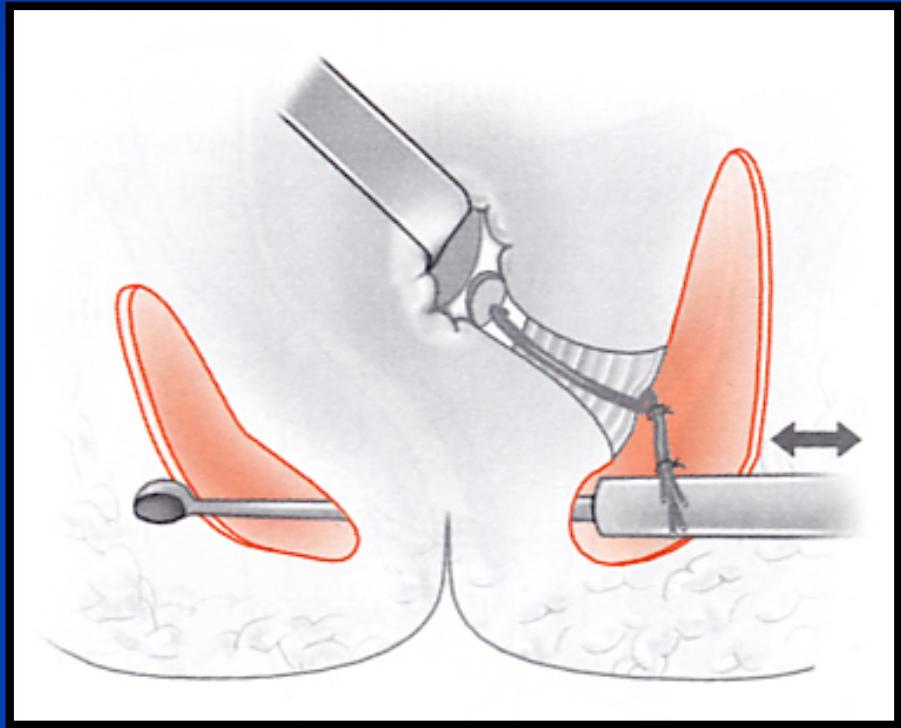
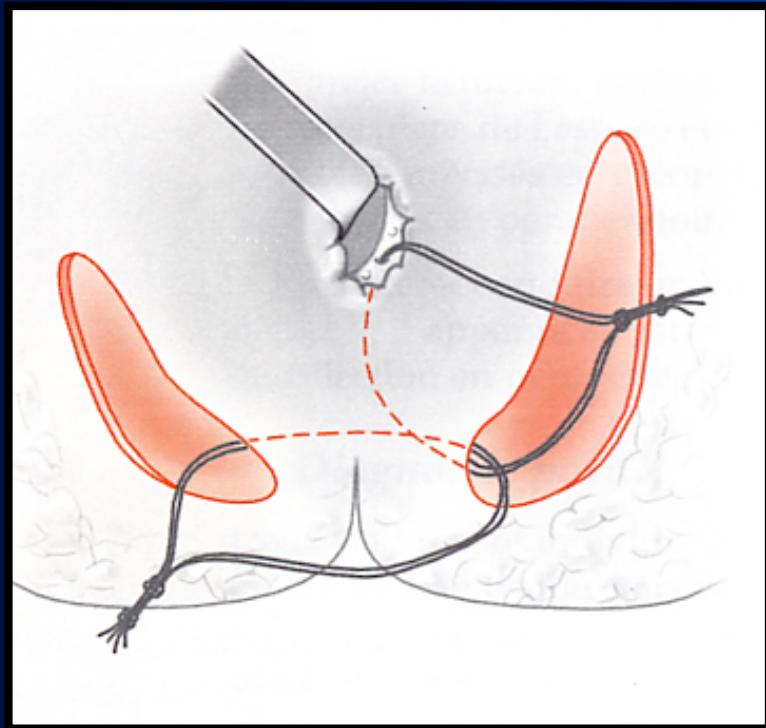
Fistule en « fer à cheval »

- ➡ 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 récidive 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