



Article original

Fistule anale cryptoglandulaire : prise en charge au CHU Gabriel Touré, Mali

Cryptoglandular anal fistula: management at Gabriel Touré University Hospital, Mali

A Traoré*¹, M Konaté¹, A Diarra², I Tounkara³, B Karembé⁴, Z Saye¹, AA Doumbia¹, A Maïga¹, T Koné¹, A Bah¹, BY Sidibé¹, S Thiam¹, K Keita², DY Goïta¹, K Traoré⁴, D Bagayogo², I Diakité¹, L Kanté¹, BT Dembélé¹, A Traoré¹, A Togo¹

Résumé

La fistule anale cryptoglandulaire ou primaire est la phase chronique de l'infection initiale d'une glande anale d'Hermann et Desfosses s'ouvrant à la partie moyenne du canal anal. Cette étude avait pour objectifs de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la fistule anale cryptoglandulaire au CHU Gabriel Touré.

L'étude était rétrospective, descriptive, allant de janvier 2004 à décembre 2019. Elle a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré et incluait tous les patients pris en charge dans le service pour fistule anale cryptoglandulaire.

En 15 ans, nous avons colligés 103 cas fistules anales primaires qui ont représenté 75,18% des suppurations anales cryptoglandulaires et 8,10% des pathologies proctologiques. L'âge moyen était de 41,38 ans et le sex-ratio de 4,15. Le motif de consultation était un écoulement péréal persistant dans 59,2%, la douleur anale dans 26,2% et un bouton péréal gênant dans 14,6%. La fistule anale était basse dans 58,3%, haute dans 32% et complexe dans 9,7%. Une fistulotomie à un temps a été réalisée dans 72,8%. Un séton a été placé dans 27,2%. Les suites ont été marquées par

une incontinence anale dans 8,74% des cas et une récurrence dans 1,94%.

La fistule anale cryptogénique est fréquente dans notre pratique et atteint surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le diagnostic est essentiellement clinique. La majorité des fistules anales sont simples et basses. Ce qui autorise le plus souvent une fistulotomie en un temps avec de bons résultats

Mots-clés : Fistule anale, Cryptoglandulaire, Fistulotomie, Chirurgie, Mali.

Abstract

The cryptoglandular or primary anal fistula is the chronic phase of the initial infection of an anal gland of Hermann and Desfosses opening in the middle part of the anal canal. This study aimed to describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of cryptoglandular anal fistula at Gabriel Touré University Hospital.

The study was retrospective, descriptive, going from January 2004 to December 2019. It was carried out in the general surgery department of Gabriel Touré University Hospital and included all patients treated in the department for cryptoglandular anal fistula.

In 15 years, we have collected 103 cases of primary anal fistulas which represented 75.18% of cryptoglandular anal suppuration and 8.10% of proctological pathologies. The mean age was 41.38 years and the sex ratio 4.15. The reason for consultation was persistent perianal discharge in 59.2%, anal pain in 26.2% and an annoying perianal pimple in 14.6%. The anal fistula was low in 58.3%, high in 32% and complex in 9.7%. A one-stage fistulotomy was performed in 72.8%. A seton was placed in 27.2%. The outcomes were marked by anal incontinence in 8.74% of cases and a recurrence in 1.94%.

Cryptogenic anal fistula is common in our practice and mainly affects young adult males. The diagnosis is essentially clinical. The majority of anal fistulas are simple and low. This most often allows a one-stage fistulotomy with good results.

Keywords: Anal fistula, Cryptoglandular, Fistulotomy, Surgery, Mali.

Introduction

La fistule anale cryptoglandulaire ou primaire est la phase chronique de l'infection initiale d'une glande anale d'Hermann et Desfosses s'ouvrant à la partie moyenne du canal anal [1].

La fréquence de la fistule anale cryptoglandulaire est variable d'une région à une autre. En Europe, l'incidence annuelle a été estimée entre 12 et 28 sur 100 000 habitants [2]. En Afrique, au Sénégal, elle occupait la 2ème place des pathologies anales après la maladie hémorroïdaire [3].

Le diagnostic est surtout clinique devant un écoulement anal purulent. Le traitement est essentiellement chirurgical. La fistulotomie est le traitement de référence sauf pour les fistules anales hautes ou complexes [4, 5]. Pour ces dernières, il n'existe pas de consensus ; de nombreuses techniques ont été développées dont les objectifs prennent en compte le risque de récurrence et celui d'incontinence anale.

Cette étude réalisée au CHU Gabriel Touré avait pour objectifs de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la fistule anale cryptoglandulaire dans le service.

Méthodologie

L'étude était rétrospective, descriptive, allant de janvier 2004 à décembre 2019. Elle a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Elle incluait tous les patients pris en charge dans le service pour fistule anale cryptoglandulaire. Etaient exclus tous les patients opérés en urgence pour abcès anal au moment du recrutement.

Les variables étudiées étaient la fréquence, l'âge, le sexe, les comorbidités, les signes cliniques et paracliniques, les traitements médicaux et chirurgicaux, les suites opératoires.

Dans l'étude, les fistules anales ont été classées en trois groupes : les fistules complexes qui regroupaient les fistules à orifices externes ou internes multiples ; les fistules hautes qui regroupaient les fistules extra-sphinctériennes, supra-sphinctériennes et trans-sphinctériennes hautes et les fistules basses qui regroupaient les fistules trans-sphinctériennes basses et inter-sphinctériennes.

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft Word et Excel et SPSS statistics 20.0. Le test statistique utilisé a été le Chi2 avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats

En 15 ans, nous avons colligé 103 cas fistules anales primaires qui ont représenté 75,18% des suppurations anales cryptoglandulaires (103/137), 18,10% (103/569) des pathologies proctologiques et 0,42% (103/24696) des hospitalisations.

L'âge moyen était de 41,38 ans avec un écart-type de 14,14 et des extrêmes de 13 et 80 ans. Le sex-ratio était de 4,15.

Le motif de consultation était un écoulement périanal persistant dans 59,2%, la douleur anale dans 26,2% et

un bouton périanal gênant dans 14,6%. Dans 54,4% des cas, les patients ont été adressés par un médecin. Les comorbidités étaient : l'HTA (11,7%), le diabète (3,9%), le VIH (2,9%) et la tuberculose (0,9%). Les antécédents chirurgicaux étaient l'hémorroïdectomie (33%), le drainage d'abcès anal (5,8%) et la chirurgie de fistule anale (1,9%).

L'état général était conservé chez tous les patients. La fièvre a été retrouvée chez 23,3% de nos patients (24/103).

Les signes fonctionnels étaient la douleur anale (80,6%), l'écoulement périanal (92,2%), un bouton périanal (35%), la diarrhée (1,9%).

A l'examen physique, un orifice externe était retrouvé chez tous les patients, sous forme de granulome ou de bouton induré et était associé à un écoulement dans 79,6%, à un orifice interne cryptique dans 93,2%, une tuméfaction fluctuante périanales dans 3,9%. Le trajet fistuleux a été palpé dans 96,1%.

L'orifice externe était unique (figure 1) dans 80,6%, double dans 11,7% et triple ou plus dans 7,7%.

Sa localisation était antérieure dans 52,4% et postérieure dans 47,6%. Une fistulographie était réalisée chez seulement 14,6% des patients (15 cas).

Les fistules anales basses étaient les plus fréquentes (58,3%). Les fréquences des trois groupes de fistules de notre classification ont été rapportés dans le tableau ci-dessous.

Au moment du recrutement, 83 patients (80,6%) présentaient une fistule anale nouvelle ; 14 patients (13,6%) étaient à leur deuxième intervention, 5 patients (4,9%) à leur troisième intervention et 1 patient (0,9%) à sa quatrième intervention.

La rachianesthésie a été réalisée chez tous les patients. Les patients ont été installés en position de taille. La fistulotomie en 1 temps (figure 2) a été réalisée chez 75 patients (72,8%). Une hémorroïdectomie était associée chez 13 patients (12,6%). Une fistulotomie avec mise en place de séton a été réalisée chez 28 patients (27,2%).

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 2,44 jours. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez tous les patients. A trois mois la

morbidity était de 6,8% ; les complications étaient le retard de cicatrisation (0,97%) et la douleur persistante (5,83%).

Les suites tardives au-delà de six mois ont été marquées par une incontinence anale dans 8,74% des cas et une récurrence dans 1,94%.



Figure 1 : image de l'orifice externe unique chez un patient avec fistule anale basse



Figure 2 : image peropératoire de la plaie après fistulotomie pour fistule anale basse

Discussion

Les suppurations anales cryptoglandulaires qui regroupent les abcès et les fistules anales primaires, sont parmi les pathologies les plus fréquemment rencontrées en proctologie [6,7]. Elles sont dominées par les fistules anales (75,18% dans notre étude) [6-8]. Cette dernière représentait 18,1% des pathologies proctologiques ; une fréquence identique à celle rapportée par Sissoko au Mali (20%) [9].

La fréquence de cette pathologie semble être sous-estimée dans la population, pour des raisons socioculturelles qui en font une « maladie honteuse » à cacher [10].

L'âge jeune constitue un facteur de risque de fistule anale [11]. Ce constat a été fait dans notre étude dans laquelle, l'âge moyen de nos patients a été de 41,25 ans. Cette jeunesse est aussi rapportée dans la littérature avec un âge moyen variant entre 32 et 44 ans [5,6,8,12,13].

Dans la plupart des études, les hommes sont les plus touchés par les suppurations anales. [1,9,11,12]. Le même constat a été fait dans notre étude avec un sex-ratio de 4,6. Les raisons de cette prédominance masculines ne sont pas bien connues. La testostérone serait un facteur favorisant alors que la progestérone serait protectrice [14].

Le diagnostic de la fistule anale est clinique [2,8]. L'écoulement périanal a été le signe fonctionnel le plus constant avec une fréquence de 92,2%. Il a également été le signe fonctionnel le plus constant retrouvé dans les différentes études hospitalières [9,10,11]. L'examen proctologique est le temps clé du diagnostic ; il doit permettre de rechercher les trois caractéristiques de la fistule anale à savoir l'orifice externe, l'orifice interne et le trajet fistuleux qui sont indispensables à la classification. Le bilan morphologique est réservé aux fistules complexes ou récidivantes. Actuellement, les deux examens les plus performants sont l'IRM et l'écho-endoscopie du canal anal et du pelvis [1,2,8,12]. Ces examens n'ont pas été réalisés dans notre étude pour des raisons d'indisponibilité et de manque de moyens financiers. La fistule anale est simple dans la plupart des cas [8,12]. Les 2 classifications les plus utilisées sont celles de Parks et de Arnous [8]. Nous avons préféré celle qui se rapproche de la classification de Arnous en regroupant les fistules en 3 groupes (basses, hautes et complexes) pour des raisons thérapeutiques essentiellement. Les fistules basses sont plus nombreuses et leur prise en charge est plus simple [1,8].

Le traitement des fistules anales est chirurgical. Il a pour but de tarir la suppuration, de préserver la

continence anale et d'éviter la récurrence [8,9,15,16]. De nombreuses techniques sont décrites dans la littérature ce qui donne lieu à la controverse.

Cependant, pour la fistule simple et basse, la fistulotomie en un temps est la référence et donne de bons résultats [5,8,12,15]. Elle consiste à réaliser la mise à plat et le curetage du trajet fistuleux [1,16]. Elle a été réalisée chez 72% de nos patients. Elle permet la guérison sans incontinence anale avec un taux de récurrence de 1 à 9% [12].

Les fistules anales hautes ou complexes dont la chirurgie présente un risque d'incontinence sont classiquement traités par la fistulotomie en plusieurs temps. Le premier temps consiste en une fistulotomie partielle et en un drainage par le séton dont l'objectif est d'abaisser la fistule anale et de traiter l'infection locale. Les temps suivants varient selon les chirurgiens allant de la section lente par ligature élastique, à la section au bistouri au cours de la reprise chirurgicale [5, 8,16]. Cette technique a un taux de guérison d'environ 90% mais expose à un risque non négligeable d'incontinence anale (5 à 40%) [8, 15].

Pour éviter cette séquelle fonctionnelle, ce dernier temps chirurgical peut être remplacé par les techniques d'épargne sphinctérienne (obturation du trajet par la colle biologique ou le bouchon de collagène, l'abaissement de lambeau muqueux, le LIFT (ligature du trajet inter-sphinctérien), la coagulation au laser ou par radiofréquence. Ces techniques n'ont pas été réalisées dans notre étude. Elles ont l'avantage d'être sans risque pour la continence et renouvelables. Cependant, le taux de récurrence est important autour de 50% [2,15,17].

Conclusion

La fistule anale cryptogénique est fréquente dans notre pratique et atteint surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le diagnostic est essentiellement clinique. La majorité des fistules anales sont simples et basses. Ce qui autorise le plus souvent une fistulotomie en un temps avec de bons résultats. Les choix thérapeutiques sont divers pour de la fistule anale complexe ou haute.

*Correspondance

Amadou TRAORE

atzouzou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 11 Avril 2022

1 : Service de Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali.

2 : CHU de Kati, Mali

3 : Centre de Santé de Référence de la Commune II, Mali

4 : Centre de Santé de Référence de la Commune III, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] G Zufferey, K Skalaa, R Chautemsb, B Rohec. Suppurations et fistules anorectales. *Swiss Medical Forum* 2005; 5: 851-7.
- [2] Moreau J. Fistules anales : épidémiologie, étiologie, diagnostic et présentation clinique, imagerie. *Colon Rectum* 2019; 13 (2) :72-75.
- [3] Fall B, Mbengue M, Diouf ML, N'Diaye A, Diarra O, Ba M. Evaluation du traitement chirurgical des fistules anales. *Dakar Médical* 2001; 46 : 138-40.
- [4] C Horaist, N Fathallah, E Pommaret, V de Parades. Prise en charge des fistules anales en 2015. *Hépatogastro & Oncologie Digestive* 2015; 22(9) : 816 - 27.
- [5] Bektaşoğlu HK, Kunduz E. Elastic Seton Placement in Treatment of Complex Anal Fistula: Analysis of 44 Patients. *Turk J Colorectal Dis* 2018; 28: 18-21.
- [6] Merzouk M, Hamdani A, Alyoune M, Mourid A, Biadillah Ch. M. Les Suppurations anales et périanales approche épidémiologique à propos de 1523 cas. *Médecine du Maghreb* 1992; 34: 23 – 5.
- [7] A. Bagny, LM. Lawson-Ananissoh, O. Bouglouga, YR. El Hadji, LY. Kaaga, D. Redah, MA. Djibril. La Pathologie

Anorectale Au Chu Campus De Lome (Togo). *European Scientific Journal* 2017; 13(3): 423 – 8.

- [8] Tarrerias AL. La fistule anale cryptogénique. *Post'U* 2013; 91-100.
- [9] Sissoko F, Ongoiba N, Coulibaly Y, Coulibaly B, Doumbia D, Dembele M et Al. Les fistules anales en chirurgie B à l'hôpital du point G expérience à propos de 164 cas. *Mali Médical* 2003; 18 (1,2): 25 – 28.
- [10] Senejoux A. Traitement chirurgical conventionnel des fistules anales. *Ann Chir* 2004 ; 129 : 611 – 5.
- [11] Perera AP, Howell AM, Sodergren MH, France A, Darzi A, Purkayestha A. A pilot randomized controlled trial evaluating post operative packing of the perianal abscess. *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 267 – 71.
- [12] Hrorra A, Raiss M, Menfaa M, Sabbah FM, AL Baroudi S, Benamar A, Oudanane M : Le traitement chirurgical des fistules anales à propos de 300 cas. *Maroc Med* 2001; 23: 253 – 6.
- [13] Diop B, Dia AA, Ba PA, Sy A, Wane Y, Sane SM. Prise en charge des fistules anales au service de chirurgie de l'Hôpital Militaire de Ouakam à propos d'une série de 63 observations. *Rev.Afr.Chir.Spéc.* 2017; 11(2): 5 – 9.
- [14] El-Tawil AM. Mechanism of non-specific-fistula-in-ano: hormonal aspects—review. *Pathophysiology* 2012; 19(1):55–59.
- [15] Soudan D, Abramowitz L et al. Fistule anale : la fin du tunnel ? *Hépatogastro et oncologie digestive* 2011; 18(1) : 259 – 67.
- [16] V. de Parades, F. Daniel, P. Atienza. Traitement d'une fistule anale crypto-glandulaire. *J Chir* 2006; 143(2) : 99 – 104.
- [17] N. Fathallah · M. Aubert · E. Pommaret · V. de Parades · N. Lemarchand. Traitement des fistules anales par laser Filac (Fistula Laser Closure) : un nouvel espoir. *Colon Rectum* 2016 ; 10: 63 – 9.

Pour citer cet article :

A Traoré, M Konaté, A Diarra, I Tounkara, B Karembe, Z Saye et al. Fistule anale cryptoglandulaire : prise en charge au CHU Gabriel Touré, Mali. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 100-104