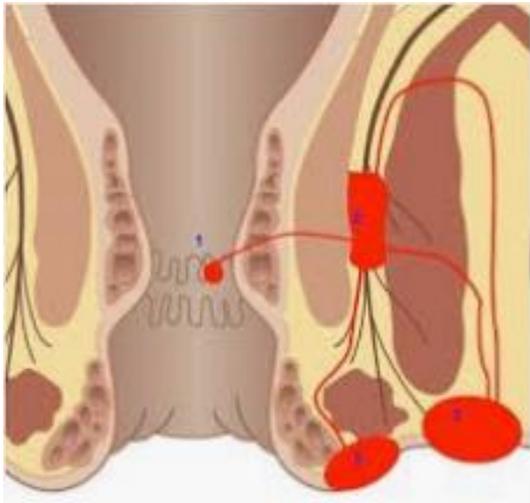


2nd *Masterclass de Proctologie interventionnelle* *Mindar*

Suppurations anales cryptogénétiques Quoi de neuf en 2024?



MR.BELKAHLA
Gastroentérologie et hépatologie
chu oran
Pr korti Nazim

03/05/2024

Introduction

- Pathologie connue depuis **l'Antiquité**.
- les fistules anales sont encore aujourd'hui un **défi thérapeutique majeur**
- Simple ou complexe basse ou haute crypto glandulaire ou spécifique → **Polymorphe**
- **Objectifs du traitement** : tarir le trajet fistuleux, éviter sa récurrence et **préserv** **l'appareil sphinctérien**.
- **Alternative thérapeutique ++** : épargne sphinctérienne

Objectifs pédagogiques

- Connaitre la pathogénie et l'histoire naturelle des suppurations anales cryptiques
- Comment mener un examen proctologique ?
- Place des examen complémentaires , quand les demander?
- Base du traitement conventionnel et ses alternatives

Pathogénie et histoire naturelle?

Historique...

Louis XIV



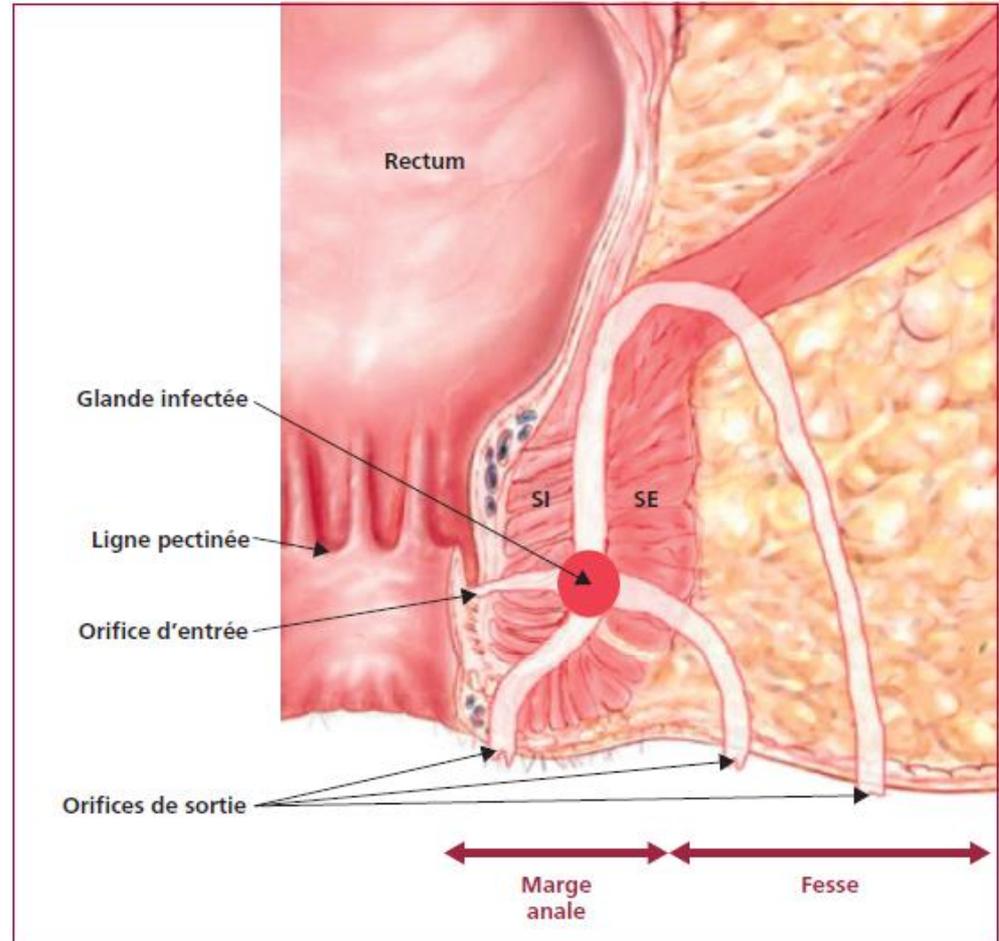
- **Le roi-Soleil Louis XIV** : maladie fistuleuse ano-rectale.
- Les médecins **Felix et Bessières** : (Fistulotomie une section directe de la fistule en **1686**)
- Louis XIV créa (**la royale académie chirurgicale**)



Définition et origine...

Une histoire simple...

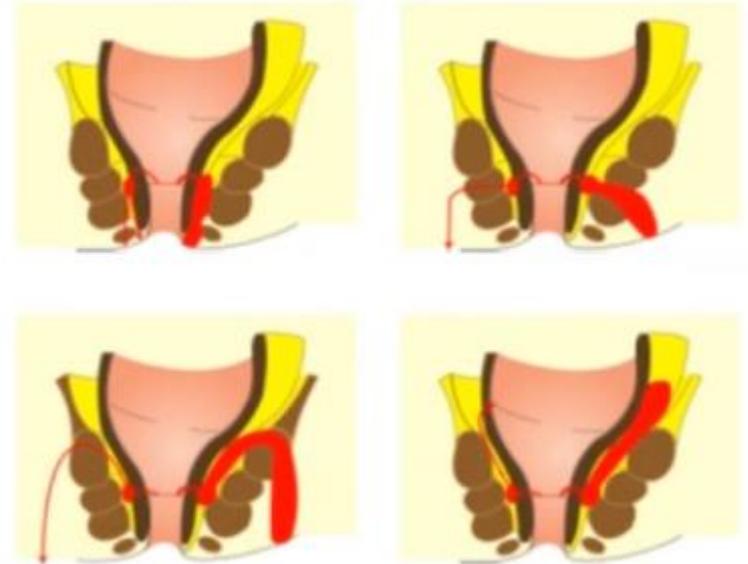
- Infection d'une glande **d'Hermann et Desfosses** qui s'abouche au niveau **des cryptes de la ligne pectinée**



Principaux trajets fistuleux (SI : sphincter interne ; SE : sphincter externe)

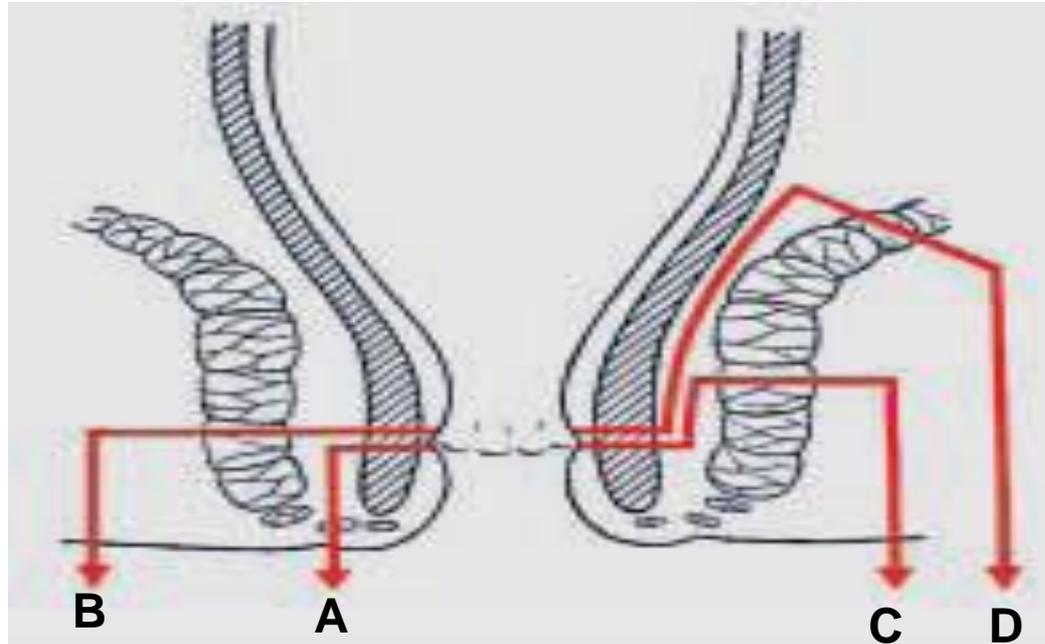
Evolution de l'infection

- **abcès primaire** situé dans l'espace intersphinctérien
 - un **orifice primaire** (ou orifice interne) toujours présent situé dans le canal anal au niveau de la ligne pectinée ;
 - un **trajet** qui chemine
 - Vers la peau en traversant l'appareil musculaire,
 - ou le long de l'ampoule rectale dans l'espace intersphinctérien (espace d'Eisenhammer)
 - un **orifice secondaire** externe en cas d'ouverture la peau +++ (interne en cas d'abcès intersphinctérien s'ouvrant spontanément dans le rectum)



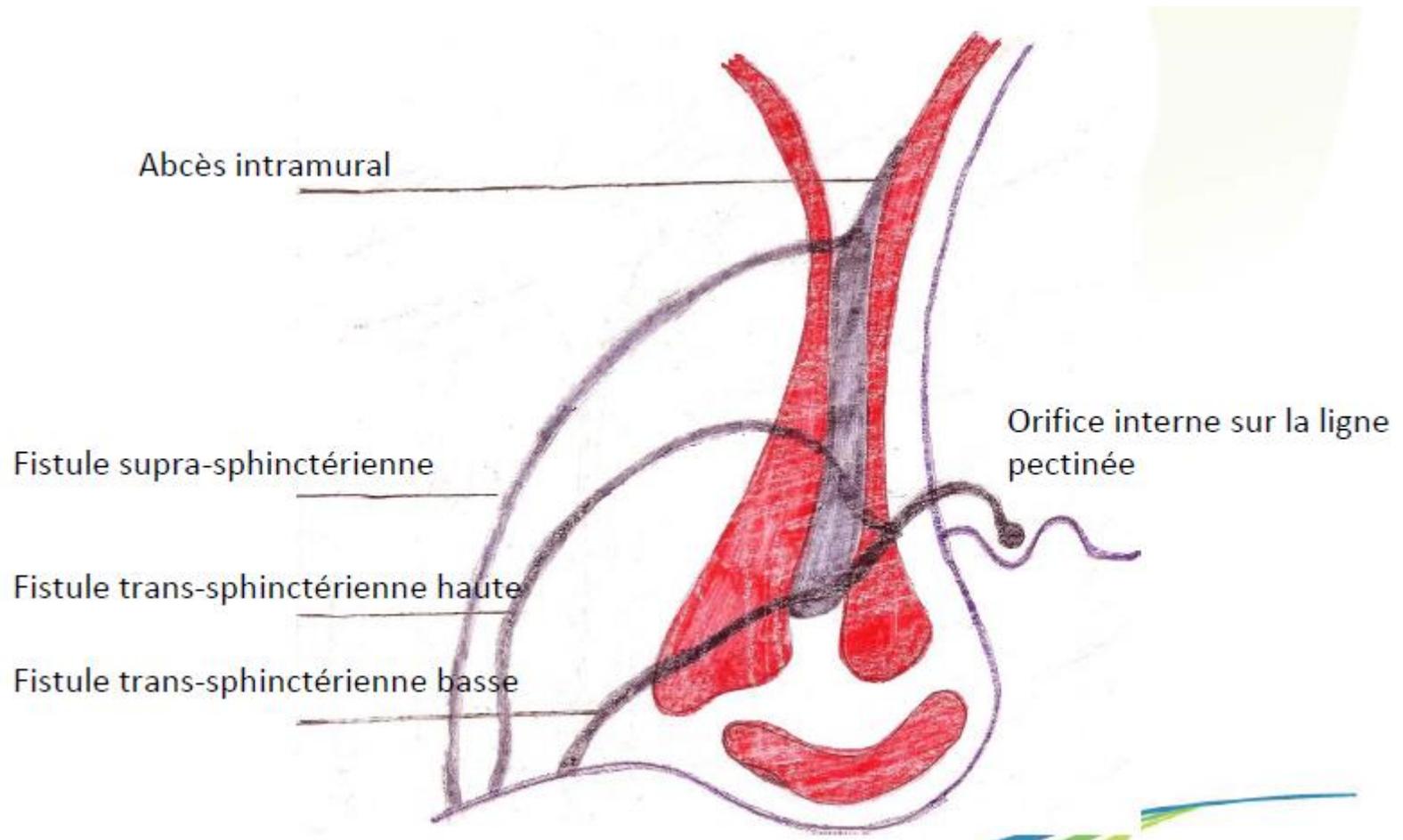
pas de fistule « borgne » : il y a toujours un orifice primaire interne ou alors il s'agit d'une suppuration d'une autre origine

Classification de Parks



- A) Fistules inter-sphinctériennes
- B) Fistules trans-sphinctériennes basses
- C) Fistules trans-sphinctériennes hautes
- D) Fistules supra-sphinctériennes

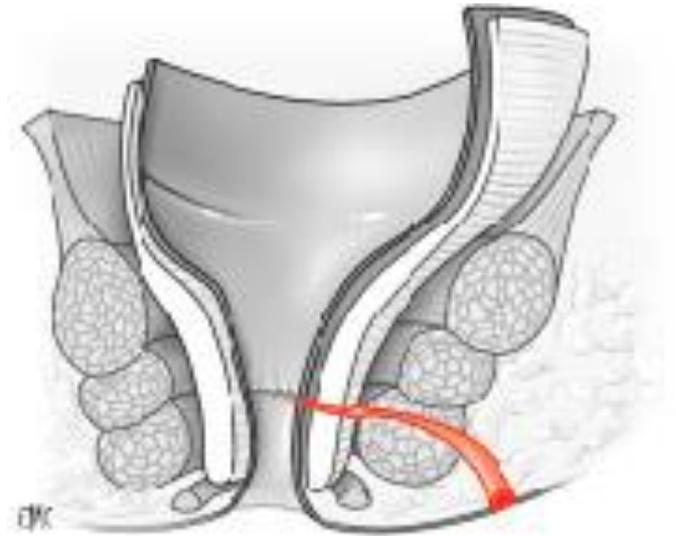
Classification de Arnous (Fistules crypto glandulaires)

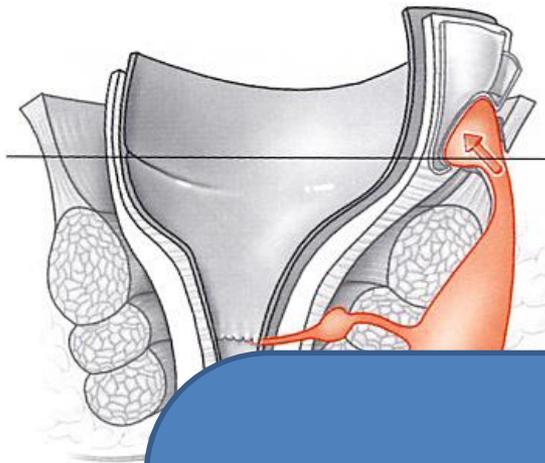


Le but principal de ces classifications est d'individualiser les fistules dites simples et complexes qui va guider notre conduite thérapeutique

Fistules simples ...

- ❑ Trajet direct entre les 2 orifices (Sans ramifications secondaire)
- ❑ Orifice primaire et secondaire unique ,bien authentifiés
- ❑ Trajet perméable : épreuve indigo carmin positive
- ❑ Histologie : aucune spécificité



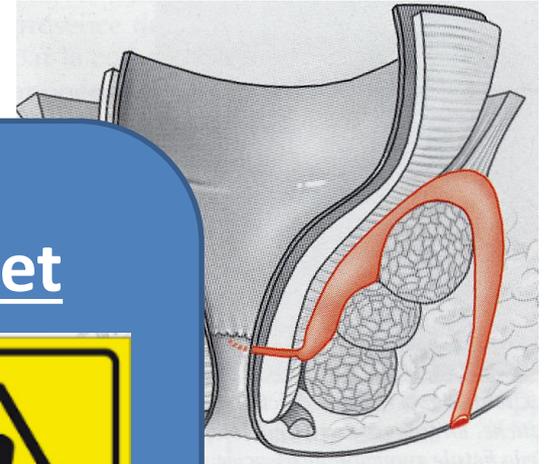


...Ou complexes

Trajets
avec

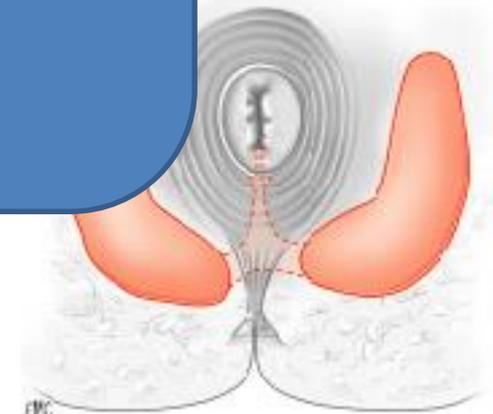
Facteurs favorisant diverticules et trajets secondaires

- Les trajets hauts situés
- Les TTT ATB ou AINS +++
- La maladie de Crohn
- ATCD de chirurgie infructueuse



trajet haut situé

☞ ✕ ◆ ◆ ● ℳ dont la mise à plat est à

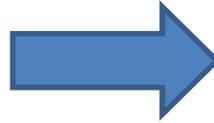


Fer a cheval

Quelle prise en charge diagnostic?



Modes de révélation

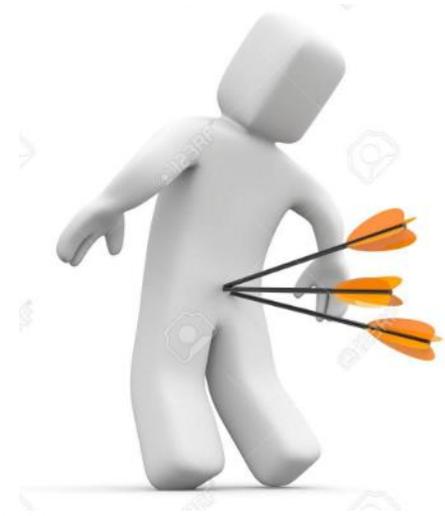


Forme aiguë : l'abcès
Symptomatologie
bruyante

Forme chronique: fistule
constituée

De l'abcès ano-périnéal à la fistule anale

Clinique phase aigue



- Abscès :
 - Douleur anale croissante non rythmée par les selles, lancinante, brutale, permanente, insomniante, intense
 - +/- irradiation pelvienne ou génitale
 - Épreinte
 - +/- dysurie, rétention urinaire
 - Fièvre et syndrome infectieux variable



Examen physique phase aigue

Inspection de la marge anale/ périnée

- Masse rouge tendue, mal limitée effaçant les plis radiés
Parfois normale !(profond)

Rechercher également :

- Cicatrice antérieure?
- Béance anale? Ecoulement de pus

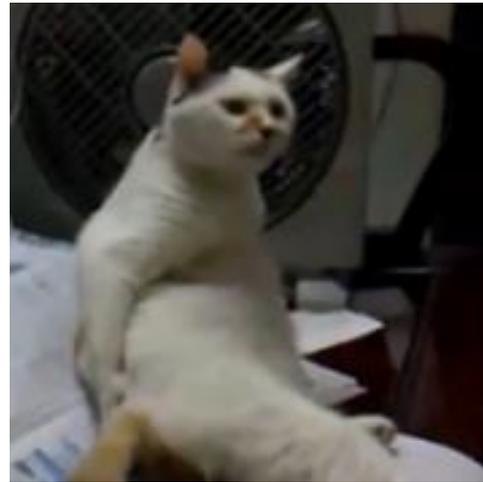
Toucher rectal

- Bombement ?
- Orifice interne?
- Infiltration profonde?



Au stade de fistule

- Au stade de fistule
 - Évolution possible en dent de scie
 - Suintement
 - Prurit
 - Rarement fièvre



Examen physique phase chronique

Inspection : écoulement

- **Orifice externe** (en peau saine , Sur cicatrice)?
(Unique? Multiple? Fer a cheval)?



Examen physique phase chronique

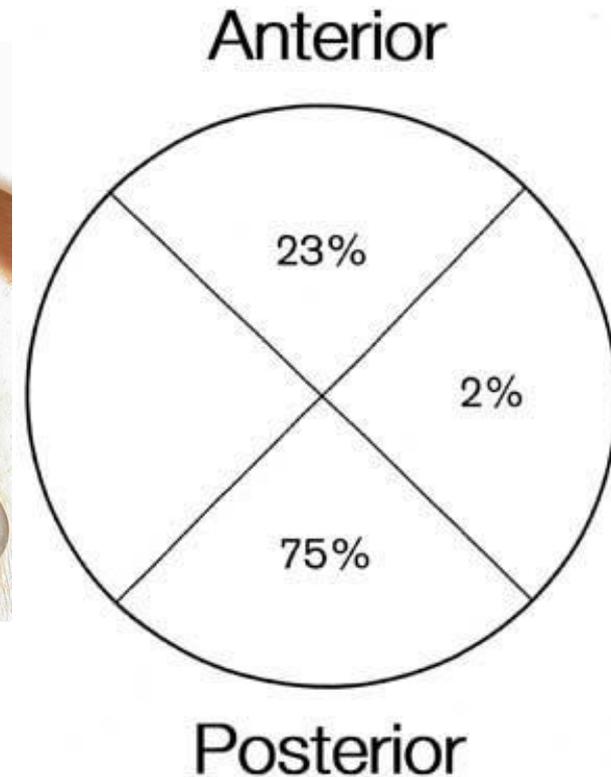
Orifice primaire

- Anuscopie : Large et perméable?

Ou simple granulation?

Trajet :

- Superficiel? Induration?
- Injection d'air par orifice externe = bulle
- Stylet ,colorations (difficile sans anesthésie)



Place des examens complémentaires ?



En pratique place des Examens complémentaires (imagerie)

IRM ou EE +++

Aigue	Chronique
<p>Pas obligatoires</p> <p>Ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale</p>	<p>indispensable ???</p> <p>Trajet avec l'orifice interne et externe</p> <p>Diverticules</p> <p>État de l'appareil sphinctérien</p>

Fistulographie
Tomodensitométrie



Autres bilans...

- Iléo-coloscopie !
- Syndrome inflammatoire biologique : CRP++
- Prélèvements bactériologiques : peu de rentabilité mais peuvent être utiles en pratique pour certains germes (tuberculose, actinomycose, gonocoque)
- Sérologies virales (syphilis, chlamydia, HIV...)
- IDR tuberculine...

Diagnostics différentiels



Suppuration cutanée :
sans trajet!

Furoncle



Maladie de
Verneuil



Talmant gastro-enterology fév 2006

Sinus
pilonidal



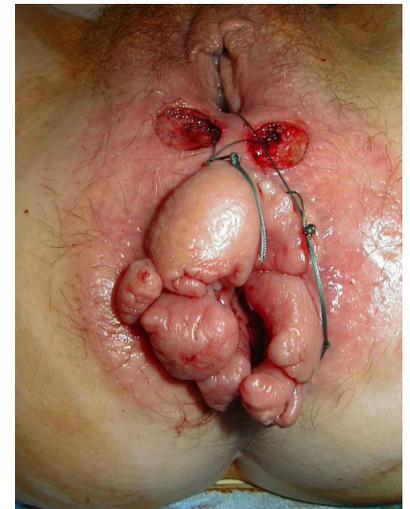
Diagnostics différentiels



- Suppurations spécifiques
- Suppuration à germes spécifiques :
 - Tuberculose
 - Actinomyose
 - Gonocoque



- Autres fistules :
 - Maladie de Crohn
 - Fistule recto-vaginale iatrogène ou obstétricales
 - Abscès diverticulaire fistulisé à la peau



=> SANS JAMAIS OUBLIER les cancers

traitement?

L'antibiothérapie?

- Non curative de la fistule ni de l'abcès
- Peut favoriser l'extension
- Indication spécifique en appoint de la chirurgie.

Abcès seule urgence thérapeutique!

- **Le plus rapidement possible**
- Abcès hyperalgique et facile d'accès :
- **mise à plat** après anesth locale en ambulatoire par incision
- Abcès étendu et/ou difficile d'accès au bloc opératoire



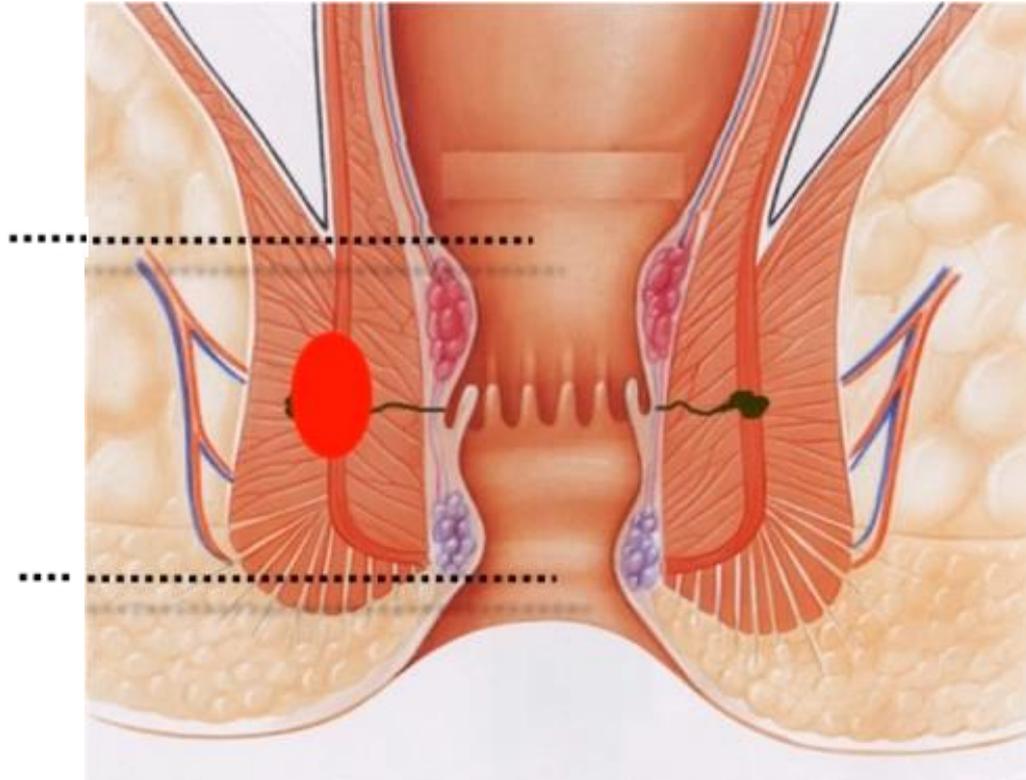
TRAITEMENT DU TRAJET FISTULEUX

But du traitement : Traiter le trajet fistuleux pour éviter la récurrence et préserver au mieux la continence anale

Deux types de traitements :

- Classique : mise à plat, abaissement, fragmentation
- Technique d'épargne sphinctérienne :
 - Chirurgicale : lambeau, LIFT
 - Obturation : colles, plug, cellules souches
 - Autre en cours d'évaluation...

En pratique...Abscés fistuleux

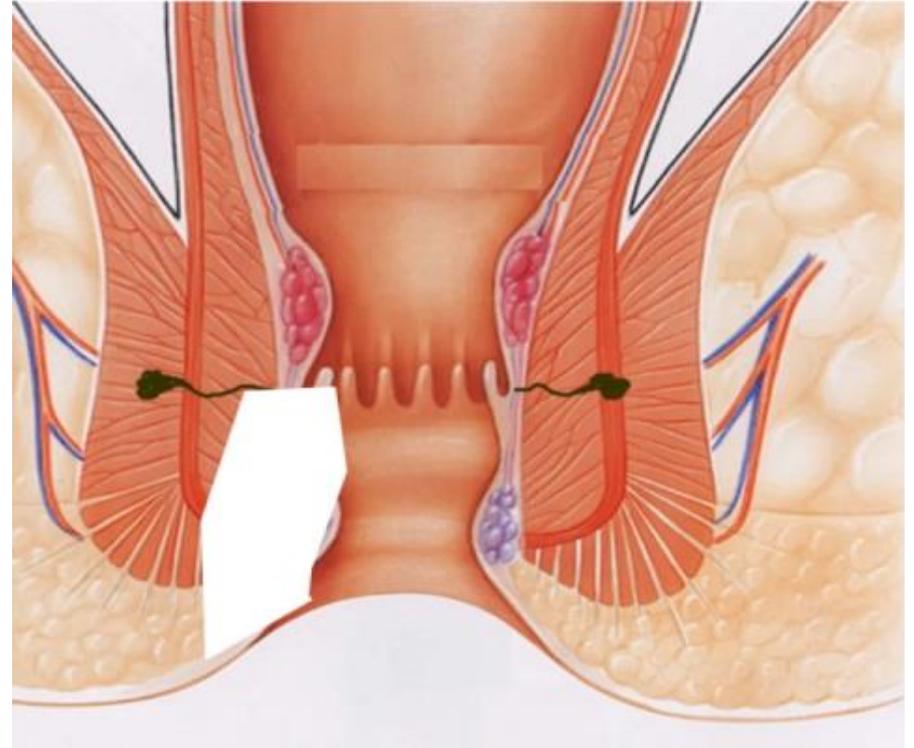
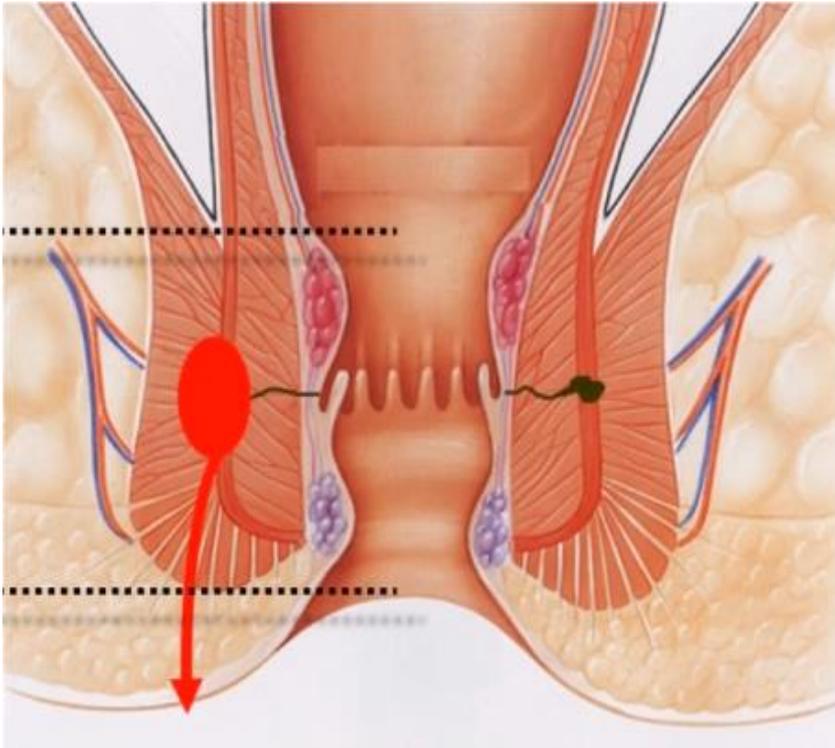


Mise a plat direct ou abaissement ?

Mise a plat direct ou abaissement ?

- **Hauteur du trajet fistuleux** et appréciation de **la quantité de sphincter** pris dans le trajet
- Terrain +++ :
 - Femme ,ATCD de traumatismes locaux (obstetricaux,chirurgie proctologique)
 - Maladie de Crohn....

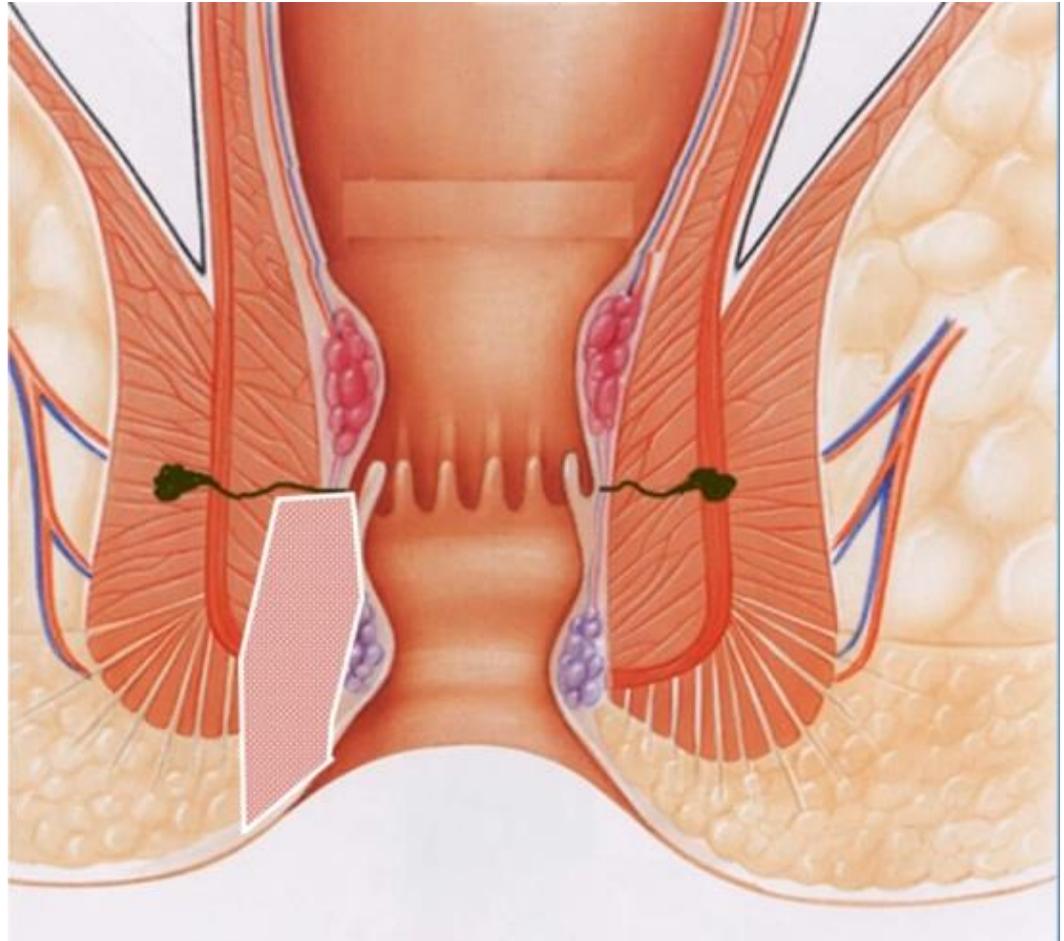
Fistule basse



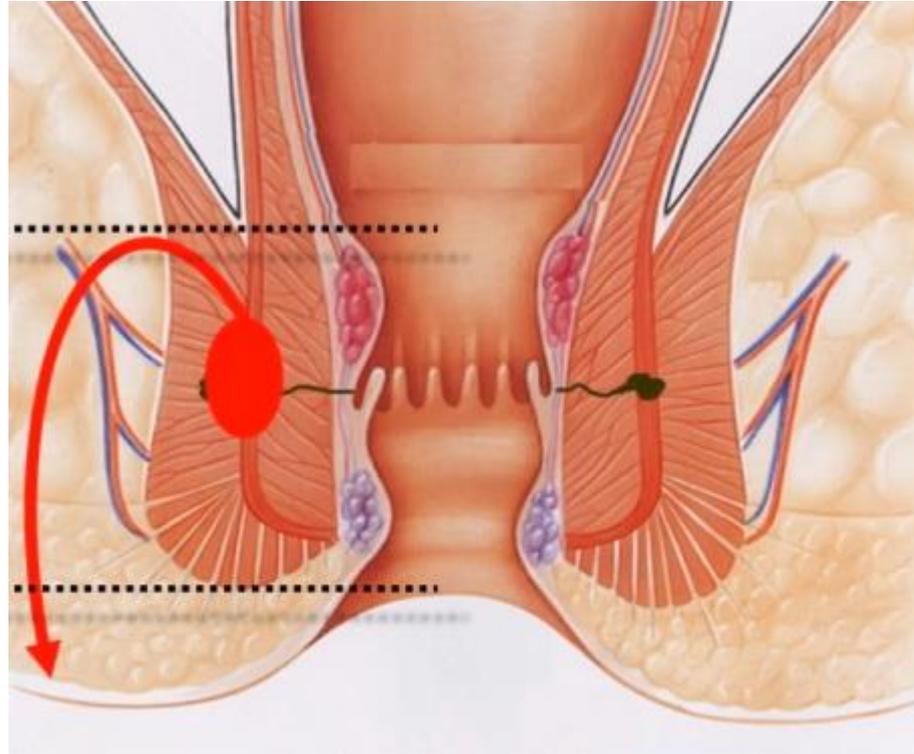
Mise à plat direct de la fistule

Fistule basse

- Cicatrisation : 6 semaines
- Defect sphincter interne modéré
- Déformation canalaire modérée
- Trouble de la continence modeste



Fistule haute



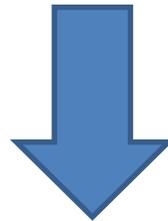
Enjambe la totalité de l'appareil sphinctérien !

Règles de bonne pratique

➤ Buts :

-Ne pas rompre la continuité de l'anneau sphinctérien

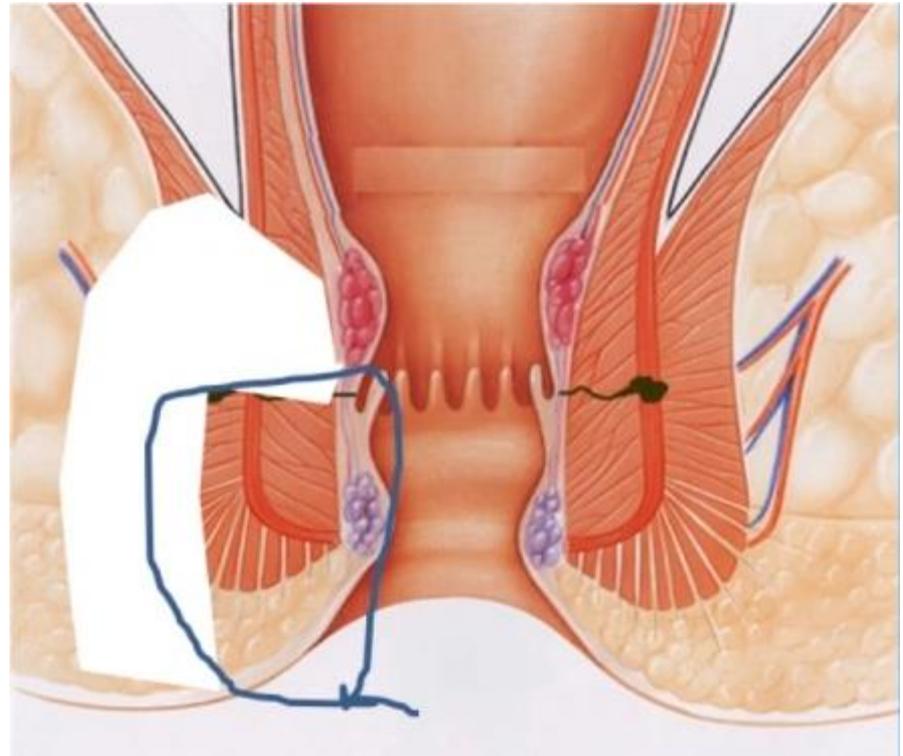
-Ne pas provoquer de déformation majeure du canal anal



Fragmentation des temps opératoires :
transformation d'une fistule haute en fistule
basse

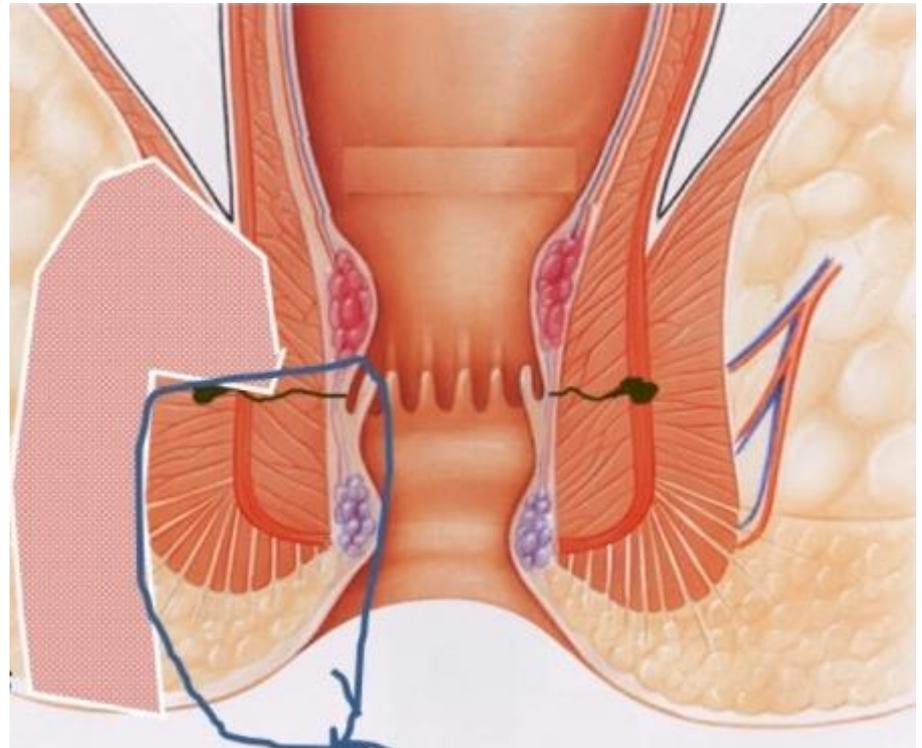
Premier temps opératoire

- Drainage** de la collection
 - Abaissement du trajet de **Haut en bas +++**
 - Mise en place d'un séton **lâche**
 - Préferer une fistulotomie à une fistulectomie
- fistule basse ou moyenne



Premier temps opératoire

- Cicatrisation : 6-8 semaines
 - Pas de Cutting séton
+++ : (douleurs ,diverticules...)
- fistule basse ou moyenne

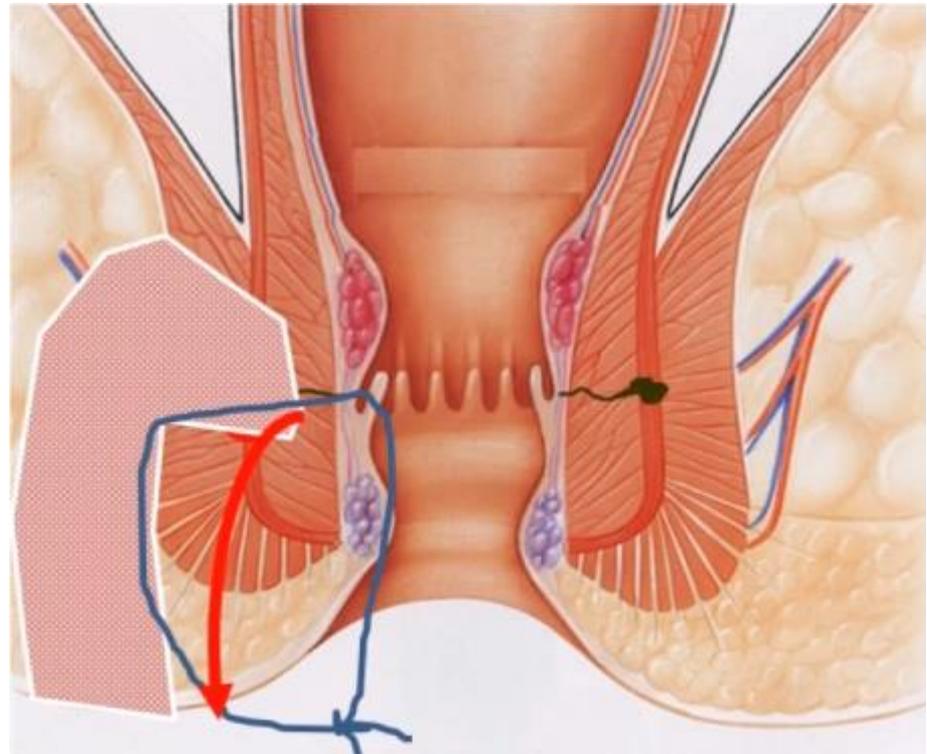


Deuxième temps opératoire

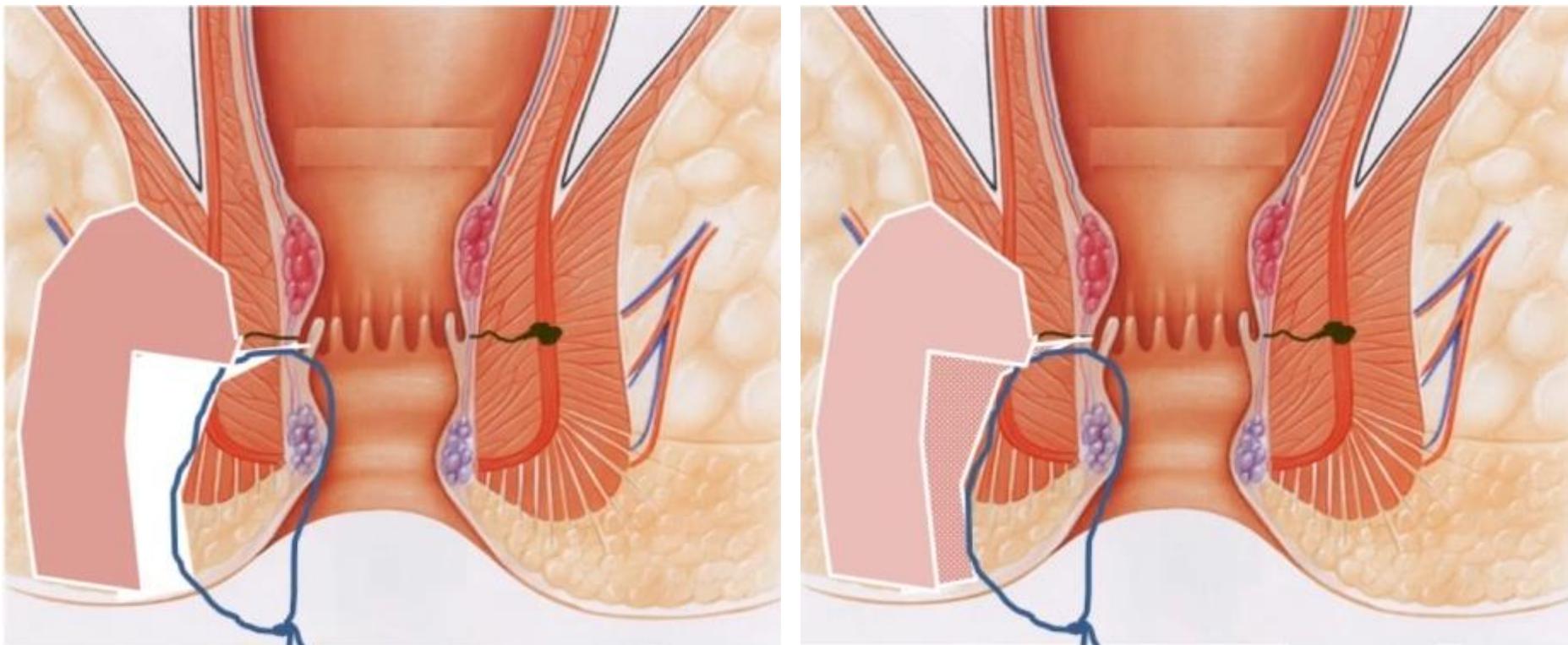
-Soit mise à plat +

**-Soit nouvel abaissement
du trajet en fistule basse**

++++

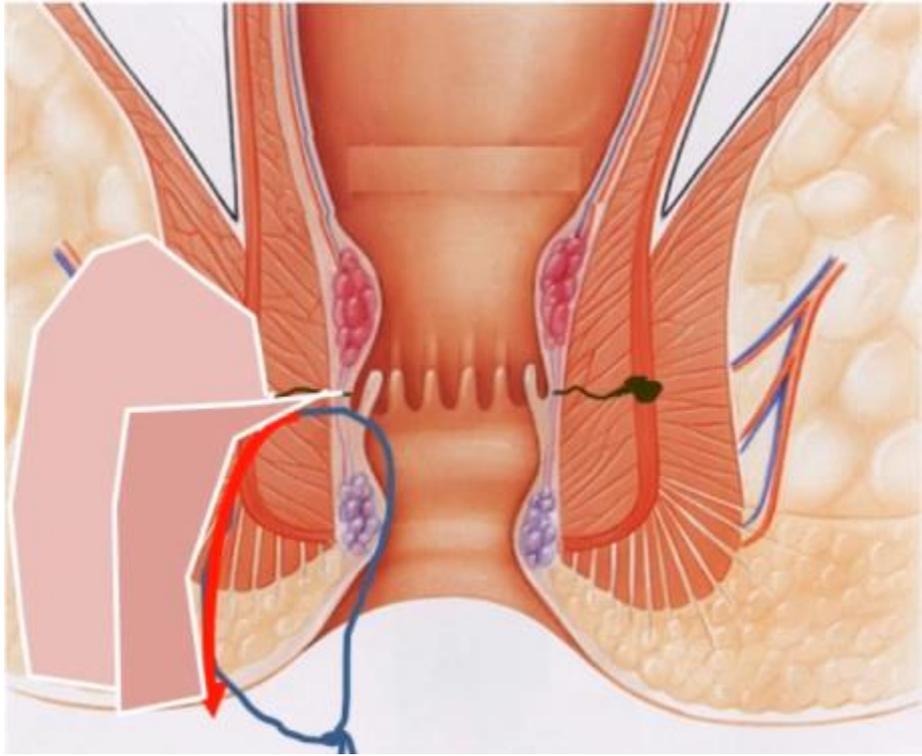


Second temps d'abaissement

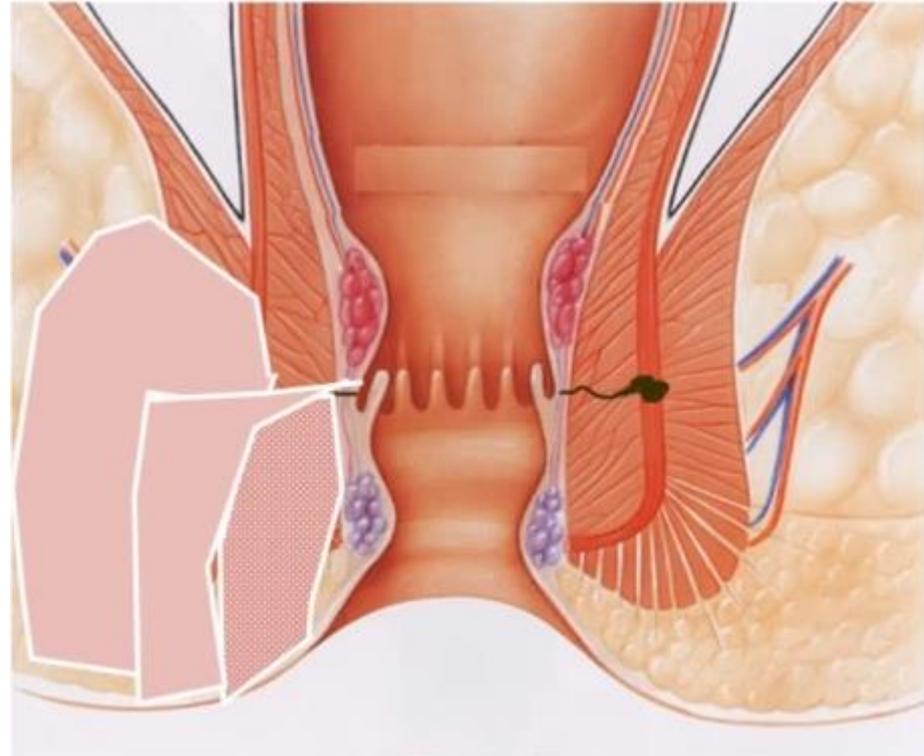


-Cicatrisation en fistule basse : 06 semaines

03^{ème} et dernier temps opératoire



-Mise à plat de la fistule basse



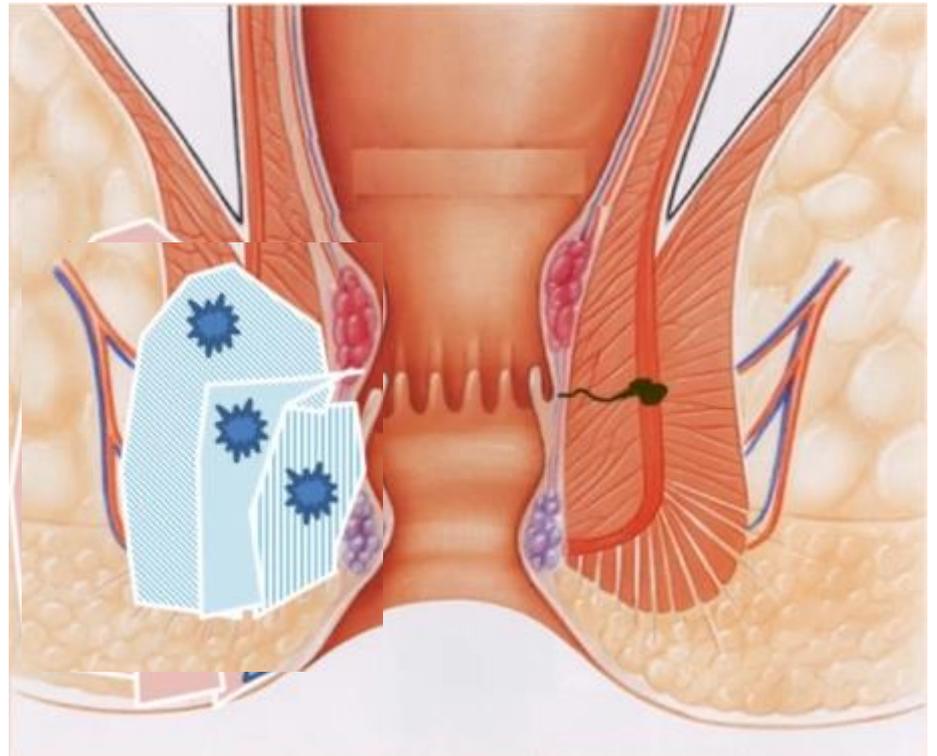
**-Cicatrisation 4 à 6 semaines
après ...**

Dégâts sphinctériens après les 03 temps

Au total 4 à 5 mois après le début de traitement



Déformation canalaire fin de traitement



Limite des techniques de mise à plat : hypo continence secondaire

Original article

doi:10.1111/codi.13121

The outcome of fistulotomy for anal fistula at 1 year: a prospective multicentre French study

L. Abramowitz*, **D. Soudan†**, **M. Souffran‡**, **D. Bouchard§**, **A. Castinel¶**, **J. M. Suduca****,
G. Staumont**, **F. Devulder††**, **F. Pigot§**, **R. Ganansia†**, **M. Varastet‡‡** and for the **Groupe de
Recherche en Proctologie de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie and the Club
de Réflexion des Cabinets et Groupe d'Hépatogastroentérologie**

*Proctologie Médico-Chirurgicale, Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris, France, †Institut de Proctologie Léopold Bellan, Hôpital Saint Joseph, Paris, France, ‡Service de Proctologie, Clinique Saint Augustin, Nantes, France, §Service de Proctologie, Hôpital Bagatelle, Talence, France, ¶Clinique Théodore Ducos, Bordeaux, France, **Service de Proctologie, Clinique St Jean Languedoc, Toulouse, France, ††Clinique Courlancy, Reims, France and ‡‡ClinSearch, Bagneux, France

Received 13 February 2015; accepted 3 July 2015; Accepted Article online 18 September 2015

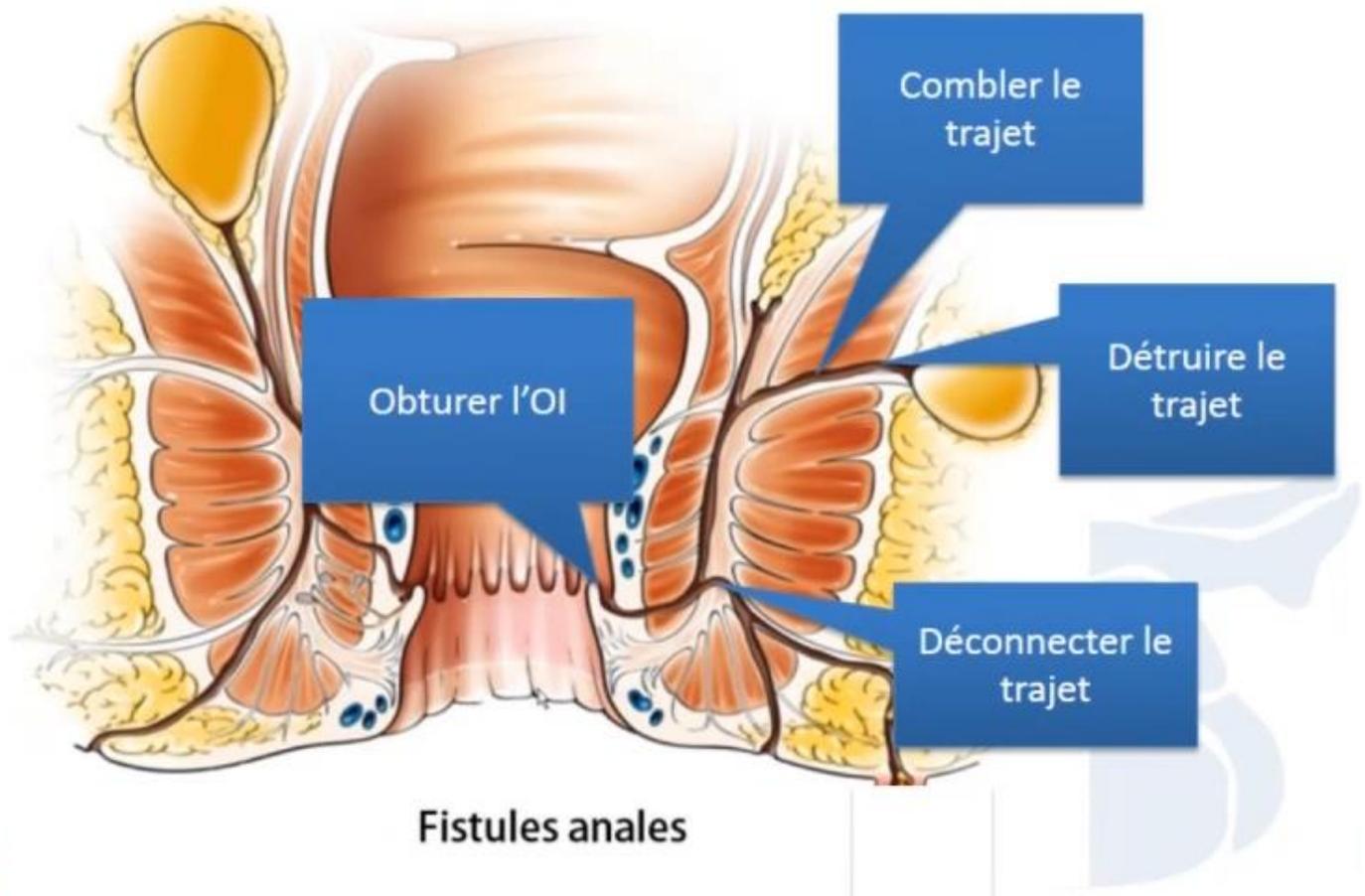
- **33 %** de troubles sphinctériens dans les fistules hautes, **20 % aggravation de NOVO**
- **Causes :**
 - Dégâts sphinctériens dus au geste chirurgicale de mise à plat
 - Déformation canalaire cicatricielle : trou de serrure, gouttière

Facteurs de risque d'incontinence postopératoire

- Trajets fistulaires antérieurs, hauts ou complexes
- Age avancé
- Sexe féminin
- Hypotonie anale pré-opératoires
- Diarrhée chronique
- Lésions pré-opératoire (obstétrical, chirurgicales)
- Maladie de Crohn

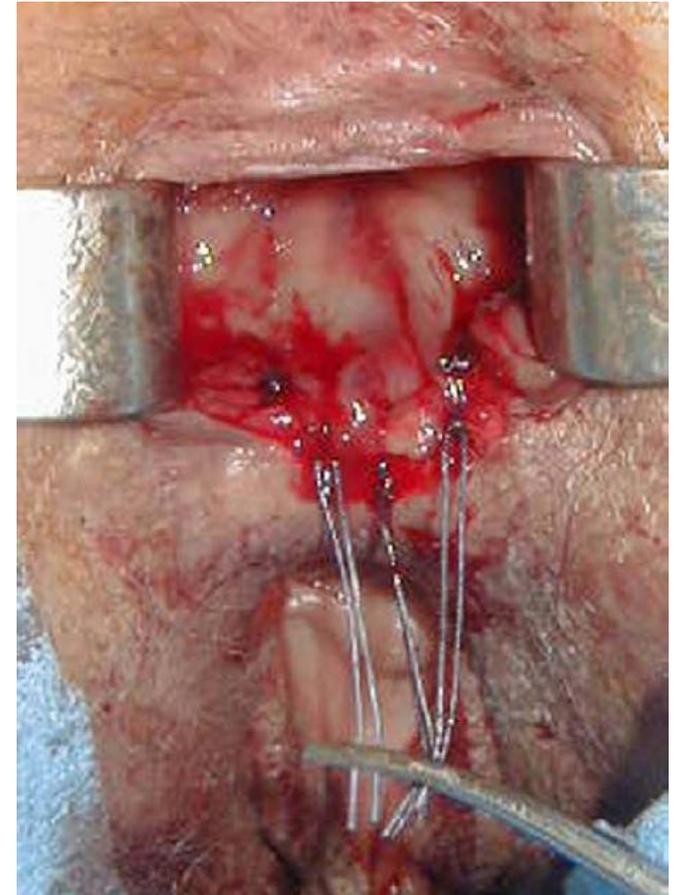
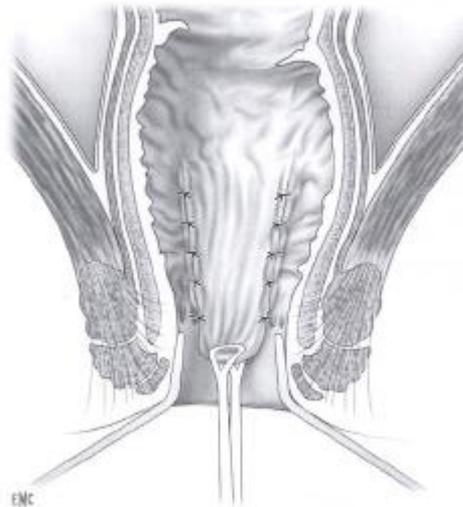
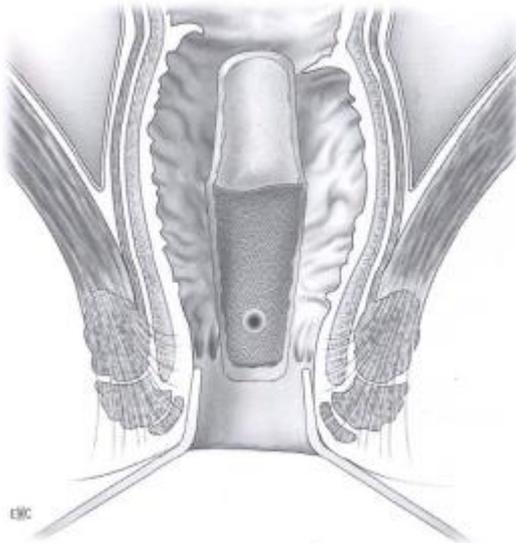
Comment guérir sans couper ni déformer?

Traitement d'épargne sphinctérienne



Lambeau d'avancement rectal, 1902

- Fermeture de l'orifice interne par un lambeau de muqueuse et sous muqueuse voire de musculuse
- Pré requis : bon drainage ,muqueuse rectale saine.



De Parades V. Journal of surgery, 2010

Lambeau d'avancement rectal

- Méta analyse sur 30 ans :
26 études, n=1655 ,suivie >12 mois

Fistules cryptoglandulaires :

Succès : **79 %** (100 à 53 %)

Incontinence : **13 %** (0 à 51 %)

Plus le lambeau est épais, plus le succès est grand (70>90 %)
au dépend de l'incontinence (10 >20%)...

[Am J Surg](#). 2017 Sep;214(3):428-431. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.01.013. Epub 2017 Jan 10.

The changes in resting anal pressure after performing full-thickness rectal advancement flaps.

Balciscueta Z¹, Uribe N², Mínguez M³, García-Granero E⁴.

Injection de Colle biologique



-Injection : lors du retrait du cathéter à double lumière de l'orifice interne vers l'orifice externe



Injection de Colle biologique

- Revue de la littérature 2005 (1966-2004)

Succès : **53 %** (10 -78 %)

Facteur péjoratif : fistule complexe

Fibrin glue for fistula-in-ano: the evidence reviewed.
Swinscoe MT et al. Tech Coloproctol 2005

- Etude prospective, indienne :

14 fistules hautes ,16 fistules basses

Suivi 6 mois

Succès : **100 %** fistules basses uniques

57 % fistules hautes

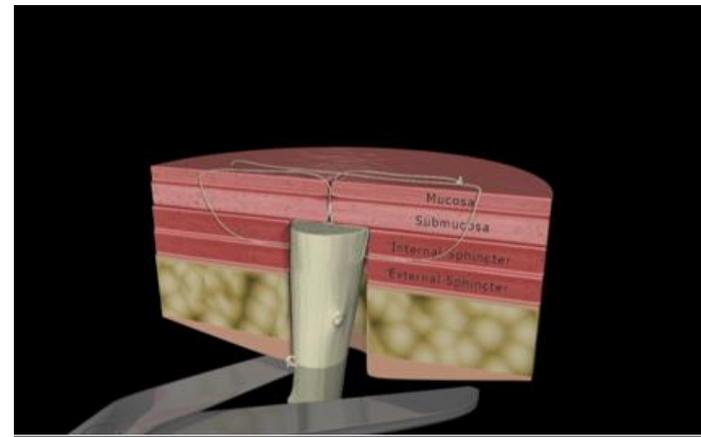
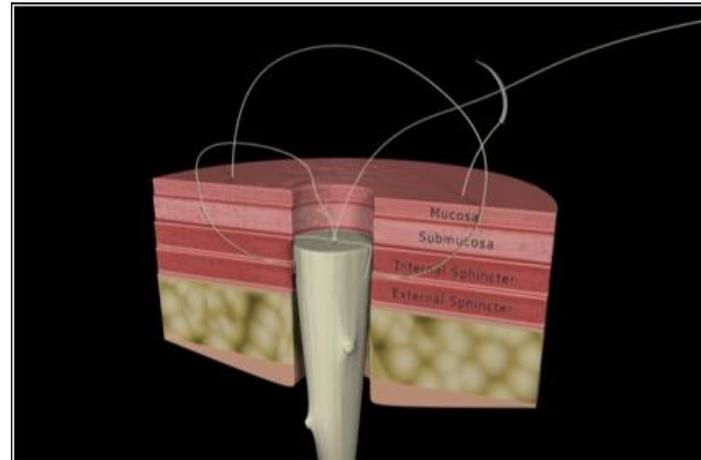
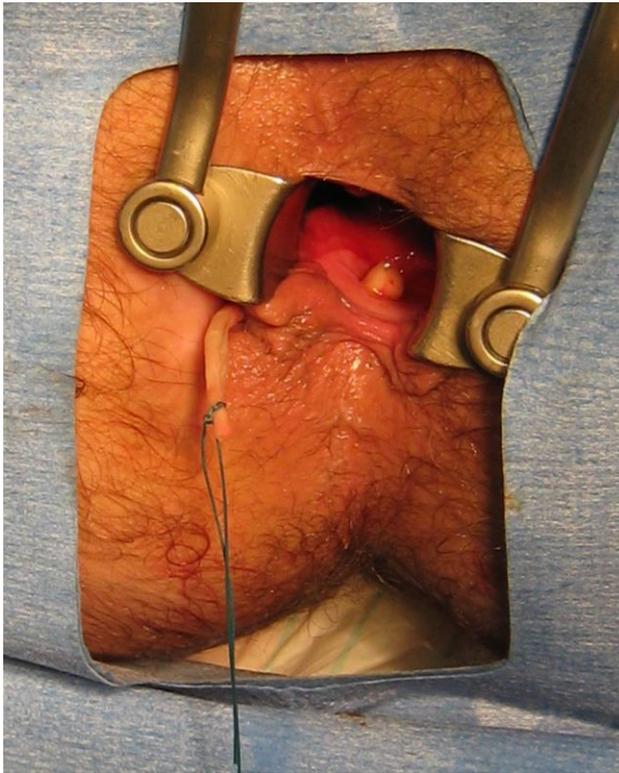
14 % fistules hautes recidivantes



The role of fibrin glue in the treatment of high and low fistulas in ano.
Mishra A et al. J Clin Diagn Res 2013

Plug

- Cône de sous-muqueuse de porc lyophilisé biodégradable.



Résultats du plug

50 à 60% de guérison

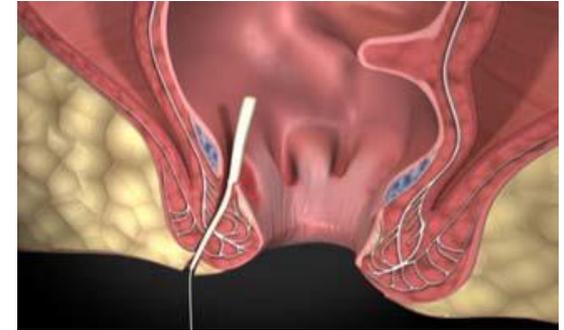


Table 8 Results of fistula plug procedure.

Author (reference)	Year	Number of patients	Cure Rate (%)
Johnson et al. [51]	2006	15	87
Ellis [52]	2007	18	88
Ky et al. [53]	2008	45	55
Thekkinkattil et al. [54]	2009	43	44
Ortiz et al. [38]	2009	16	87
Chung et al. [36]	2009	27	59
Christoforidis et al. [37]	2009	37	32
Schwandler et al. [55]	2009	60	62
Non-published series from the Diaconesses Hospital	2009	12	50

Les échecs sont précoces par expulsion du plug

Ligature de fistule par voie inter sphinctérienne LIFT, 2007

- Principe : séparé le trajet fistuleux dans l'espace inter sphinctérien
- Méta analyse :
 - 24 articles ,1110 patients (20 séries)
 - 10 mois de suivie
 - Succès : **76 %** incontinence : **0 %**
 - Complication perop **0 %** /post op **5 %**
 - Facteurs d'échec : **BMI élevé** ,trajet **>3cm**
- Mais peu d'études portant sur les fistules complexes ,
Suivie < 12 mois



LASER , 2011

FilaC (fistula laser Closure) : technique d'obturation du trajet fistuleux consistant à le « brûler » de manière radiale avec du laser.

puissance ? énergie délivrée?

Succés **70 à 90 %**



VAAFT , 2011

- **VAAFT (video-assisted Anal fistula treatment)**

Electrocoagulation du trajet par scopie et fermeture de l'orifice interne

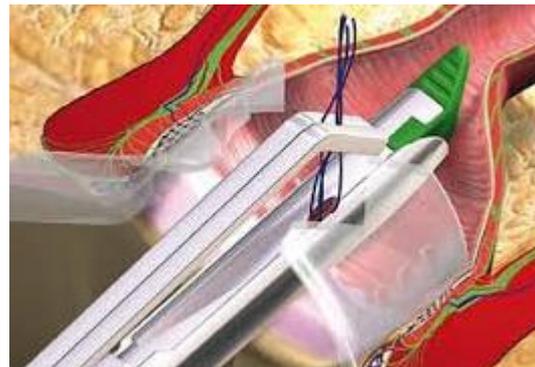
11 études, n=788, 2/3 fistules complexes

Succès : **86 %** à 9 mois, dépend du type de fermeture de l'OI

Faux trajet dans **4 %**

A Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT)

Emile et al. Surg Endosc. 2017



Perspectives... à évaluer ?!

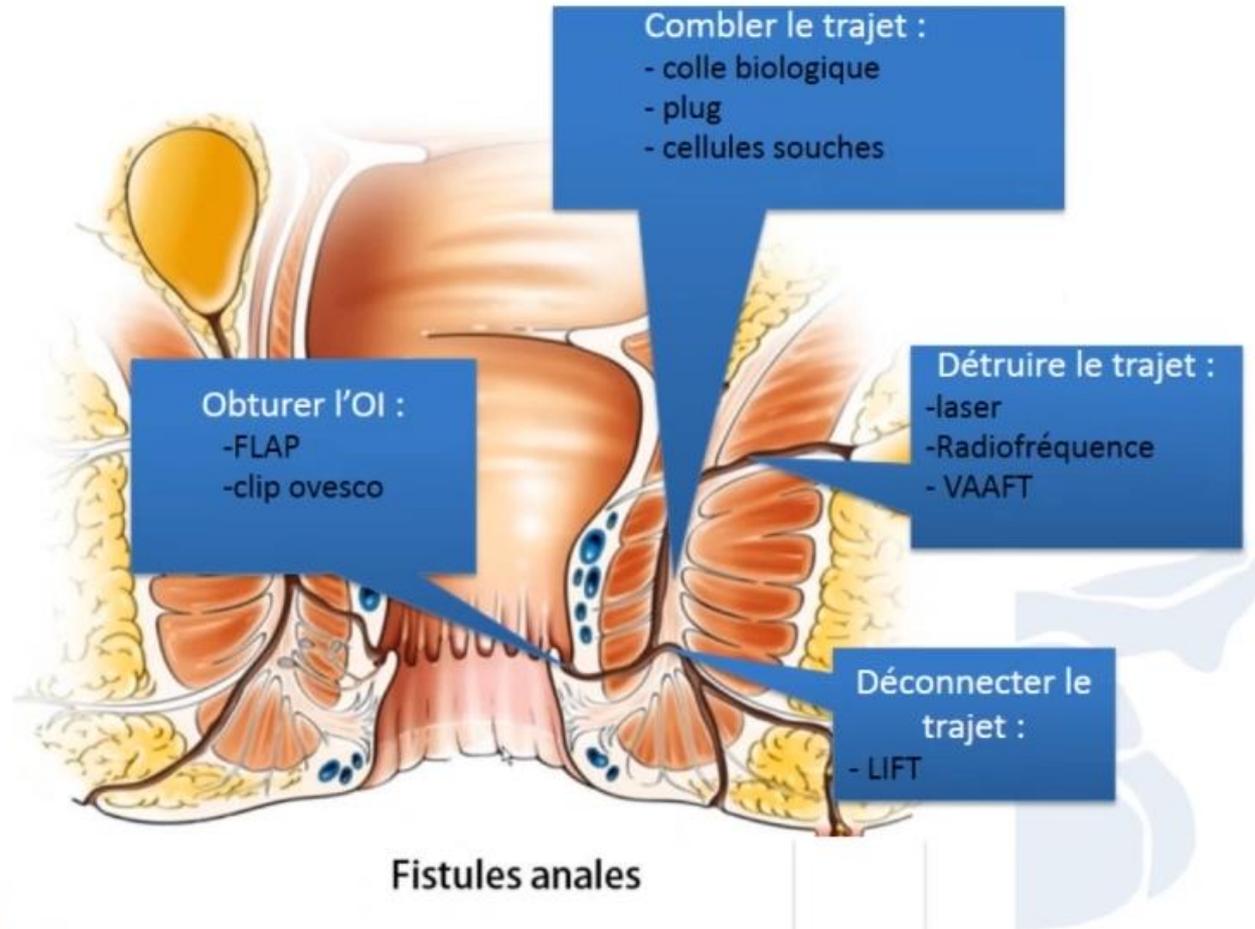
Injection de cellules souches :
Crohn +++



Radiofréquence

The proposed use of radiofrequency ablation for the treatment of fistula-in-ano
Keogh et al. Medical Hypotheses 2015

Techniques d'épargne sphinctérien...



Quelle technique choisir ?

Quelle technique choisir ?

- Etude américaine (Chicago)
- ✓ n=503 patients ayant eu une technique d'épargne (**FLAP,LIFT, Plug,colle**)
- ✓ **03** centres universitaires ,rétrospective sur 10 ans
Suivie **09 mois** (1-125)
- ❖ Succès : **44 %**
- ❖ **FLAP-LIFT** > **colle-plug** (p<0,001)
- ❖ Echec : **56 %** avec délai médian de **03 mois** (0-75)
79 % à **6 mois**
91 % à **12 mois**
- ✓ Pas de facteurs pronostic selon les données démographiques,les co morbidité et les caractéristiques des fistules

Take home messages...

- **La plus fréquente** des suppurations ano-périnéales
- Les antibiotiques ne sont **pas curatifs** , L'urgence c'est **l'abcès**
- L'enjeu véritable challenge : contrôler l'infection sans **altérer la continence**
- **La fistulotomie**, quelles que soient ses différentes modalités, est le traitement de référence
- Les troubles de la continence sont fréquents et parfois sévères en cas de **fistule haute**
- **La fragmentation temps opératoires** : garant de moins de dégâts sphinctériens
- Les méthodes d'épargne sphinctérienne sont nombreuses préservent le sphincter mais sont plus à **risque d'échec**