Les pathologies anales sont fréquentes mais seul 1 sujet sur 5 consulte précocement. L'automédication est fréquente.

### Deux raisons pour consulter:

Les maladies anales sont d'autant plus curables que diagnostiquées rapidement; Les maladies anales peuvent parfois être confondues avec d'autres pathologies, parfois graves.



# Les hémorroïdes

Tout le monde a des hémorroïdes, elles font partie de la structure normale du rectum et jouent un rôle essentiel dans l'étanchéité de l'anus.



External hemorrhoids

Les hémorroïdes sont des éléments présents normalement au niveau de l'anus chez tous et depuis la naissance. Il ne s'agit pas de simples veines mais de lacs sanguins associés à des petits vaisseaux artériels et veineux. L'ensemble est regroupé en général en 3 à 4 structures, ayant des formes de grappes de raisin unies entre elles, et fixées à la paroi de l'anus.

On sépare habituellement les hémorroïdes internes qui tapissent le canal anal et qui ont un aspect de coussinet violacé, des hémorroïdes externes qui sont immédiatement à l'extérieur de l'anus, uniquement visibles lors de complications.

Les hémorroïdes externes sont examinée par un simple examen de la marge anale et un toucher rectal.

Pour les hémorroïdes internes, il faut introduire dans l'anus, un appareil non traumatisant (anuscope) pour les examiner.





# Quels sont les facteurs qui déclenchent ou aggravent les hémorroïdes ?

De nombreuses incertitudes persistent sur les causes de la maladie hémorroïdaire. On ne sait pas très bien si les plaintes sont en rapport avec une maladie des vaisseaux ou s'il s'agit d'une maladie du système de fixation (ou d'ancrage) des hémorroïdes. De nombreux facteurs déclenchants ont été proposés mais très peu d'entre eux ont fait l'objet d'études suffisamment poussées pour les impliquer de façon certaine. Parmi les facteurs les mieux documentés, on retient les troubles du transit intestinal (constipation mais aussi diarrhée), les efforts physiques, le stress, certains agents irritants médicamenteux (certains laxatifs, suppositoires utilisés dans la constipation) ou alimentaires (épices), les menstruations, la grossesse et l'accouchement. Un terrain familial propice est souvent retrouvé.

# Quels types de traitement peuvent être envisagés?

Trois grands types de traitements sont proposés :

les traitements médicamenteux, les traitements instrumentaux, les traitements chirurgicaux.

Les traitements médicamenteux consistent à calmer la douleur (médicaments antalgiques ou antiinflammatoires), régulariser le transit intestinal (laxatifs), à améliorer le flux veineux (médicaments dits veinotoniques comme le daflon), à diminuer l'ædème et à calmer l'inflammation locale (suppositoires et crèmes de type trianal, cosanal, sheriproct). On dispose aujourd'hui de données scientifiques qui valident l'utilisation de ces médicaments dans le traitement de la crise hémorroïdaire.

Les traitements instrumentaux sont faits lors d'une simple consultation, dans le cabinet du gastroentérologue (pas du chirurgien). Ils ont tous pour but de renforcer le soutien des hémorroïdes internes en créant une zone cicatricielle au sommet de ceux-ci. Ils ne suppriment pas les hémorroïdes.

La constitution d'une zone cicatricielle repose sur la création d'une brûlure minime de la paroi par un agent chimique (sclérose), thermique (photocoagulation) ou par l'apposition d'une strangulation localisée au sommet de l'hémorroïde (ligature élastique).

Ces traitements sont dans l'ensemble bien tolérés parce qu'ils sont effectués sur une zone non sensible de l'anus.

Les complications observées après ces gestes concernent moins de dix pour cent des malades : il s'agit surtout de douleurs et de saignements. L'efficacité ne se fait pas sentir immédiatement et il faut parfois répéter une à deux fois les séances. La disparition des signes concerne plus de deux personnes sur trois durant la première année qui suit le traitement. Néanmoins les effets bénéfiques ont tendance à s'atténuer avec le temps. Des séances d'entretien peuvent alors être envisagées à la demande du patient en fonction des symptômes.

# La chirurgie des hémorroïdes :

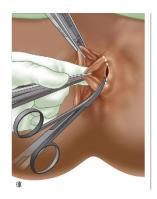
On distingue 3 types de traitements chirurgicaux.

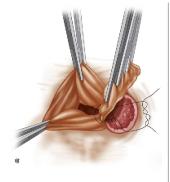
Le choix de la technique est décidé en consultation mais peut être revu lors de l'intervention. En effet, le canal anal est relâché sous narcose et peut mener à un changement d'option thérapeutique.

Les interventions sont réalisées en hôpital de jour ou en séjour d'une nuit. L'anesthésie générale est conseillée. La durée de l'intervention est variable (30 min-1h).

# • La technique de Milligan Morgan, la plus communément pratiquée

L'ablation concerne habituellement les trois paquets hémorroïdaires (deux à droite et un à gauche). Les plaies sont laissées ouvertes ou partiellement fermées. La dissection peut éventuellement être réalisée par une pince bipolaire de thermofusion.







Les suites de l'intervention sont habituellement douloureuses au moins pendant les 10 premiers jours. La douleur est plus intense au moment de la selle. Elle nécessite souvent le recours à des calmants comme la morphine et les médicaments anti-inflammatoires. La cicatrisation est lente. Elle est achevée en moyenne 6 à 8 semaines après l'intervention. Ce geste impose en moyenne deux à quatre semaines d'arrêt de travail, selon l'importance des hémorroïdes à réséquer.

Les complications précoces sont essentiellement la rétention urinaire (10%), les saignements (5%) et les complications tardives sont le rétrécissement du canal anal, en cas de résection étendue (3%). Les troubles de la continence anale (essentiellement aux gaz) peuvent être présents mais s'améliorent après cicatrisation.

Un lavage des plaies au moyen de bains de siège ou de douches anales (avec savon désinfectant) doit être réalisé 2X/jour et après chaque selle afin d'atténuer les douleurs et d'assurer une guérison plus rapide. Le séchage doit être non traumatique (linge doux ou sèche-cheveux sur le froid), suivi de l'application d'une solution désinfectante (isobetadine ou hacdil) localement.

Il est normal que les plaies suintent (jaune-vert, parfois malodorant) ou que des filets de sang se trouvent sur la bande de protection des sous-vêtement ou dans les selles. Il est important de ne pas irriter les plaies (lingette au lieu du papier WC, éviction des sous-vêtements serrés, ...) ni de les laisser macérer (pas de bains, piscine,... les 3 premières semaines). Les rapports sexuels anaux sont interdits.

Les visites chirurgicales sont régulières (1x/15j) afin d'évaluer l'évolution. Des démangeaisons sont fréquentes et signe de bonne guérison. Elles sont soulagées par l'application de mitosyl (pommade).

# La technique de Longo (anopexie)

L'hémorroïdopexie (ou anopexie) selon Longo, consiste en un « lifting » des hémorroïdes internes : grâce à une pince mécanique, une collerette de muqueuse est enlevée au sommet des hémorroïdes internes, et une suture mécanique par agrafage est réalisée. Les hémorroïdes sont remontées mais pas enlevées, l'apport sanguin est réduit tout en renforçant le soutien du tissu hémorroïdaire dans l'anus. Elle est faite sous anesthésie générale ou rachi anesthésie.







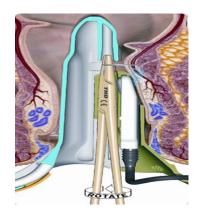
Cette technique est moins douloureuse que la précédente, il n'y a pas de soins locaux, pas de suintements ni démangeaisons et l'arrêt de travail est donc d'une semaine. Les agrafes tombent d'ellemême après 1 mois.

Les complications possibles sont les saignements, le rétrécissement cicatriciel au niveau de la zone d'agrafage, la survenue de thrombose hémorroidaire, et exceptionnellement des infections gravissimes.

Cette techniques ne traite pas les marques ni les hémorroïdes externes.

Elle est préférée en cas de pédicules hémorroïdaires multiples, circulaires ou en cas de prolapsus anal (extériorisation de l'anus à la poussée).

# La technique THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterialization)



Elle consiste à repérer par écho doppler les six pédicules artériels vascularisant les hémorroïdes et à les lier sélectivement.

Les paquets hémorroïdaires ne sont pas enlevés. Ils se vident de leur sang et se rétractent progressivement. Cette technique n'est pas applicable à des hémorroïdes trop volumineuses ni à des hémorroïdes externes.

Cette technique est peu utilisée dans ma pratique en raison du peu de données sur les résultats au long terme.

# • L'incision en urgence, en cas de thrombose :

La thrombose hémorroïdaire est une manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire. Il s'agit d'un caillot dans une hémorroïde. Elle se manifeste le plus souvent par des douleurs très vives d'apparition brutale, en même temps que se forme au niveau de l'anus une tuméfaction plus ou moins dure. Plus rarement, il n'y a pas de douleur et seulement apparition rapide d'une grosseur.

La thrombose hémorroïdaire est la cause la plus fréquente des urgences en proctologie (près de 30% alors que les abcès ne représentent que 14%). Presque 9% de la pathologie hémorroïdaire se présente sous une forme de thrombose. Cet accident se voit à tout âge mais surtout dans la 3ème et 4ème décennie ; il se manifeste d'égale façon dans les deux sexes. Il ne faut pas confondre les thromboses avec d'autres causes de douleurs aiguës comme l'abcès, la fissure ou d'autres grosseurs anales : marisques, tumeurs bénignes ou malignes.

Beaucoup de facteurs déclenchants ont été incriminés dans la survenue d'une thrombose : l'alcool, les épices, le stress, les sports violents, les voyages, les troubles du transit intestinal, les efforts exagérés de poussée pour aller à la selle et surtout chez la femme, les épisodes de la vie génitale : règles, grossesses (au 3ème trimestre 8% des femmes font une thrombose) et surtout accouchement (20% des accouchées font une thrombose hémorroïdaire).

La thrombose hémorroïdaire est douloureuse et gênante, mais n'est en rien dangereuse : aucun de risque d'hémorragie grave, de migration du caillot de sang ou autre infection ; c'est une pathologie bénigne.

Une incision sous anesthésie locale peut être réalisée afin d'évacuer le thrombus et de soulager immédiatement le patient. Ceci est réalisé au cabinet médical.



# Quels choix de traitement pour quelles situations?

Les traitements médicamenteux peuvent être utilisés dans le traitement des douleurs hémorroïdaires aiguës qui accompagnent la thrombose externe ou la crise hémorroïdaire. Ils ne sont donc justifiés que pour de courtes périodes (en règle générale, une à deux semaines). Les traitements instrumentaux constituent le traitement des hémorroïdes internes lorsqu'elles sont responsables de signes chroniques comme la procidence ou les saignements. La ligature a une petite supériorité d'efficacité par rapport aux autres méthodes instrumentales mais au prix d'un peu plus de douleurs. Le traitement chirurgical classique est souvent réservé aux échecs des traitements instrumentaux, mais aussi pour des maladies hémorroïdaires très avancées d'emblées, ou pour les hémorroïdes externes sur lesquelles les traitements instrumentaux n'ont pas d'effet. C'est la méthode qu'il faut proposer aux personnes très gênées et qui souhaitent une solution plus radicale. Les autres techniques, moins invasives, peuvent aujourd'hui être proposées aux personnes souffrant de saignement et d'une procidence (hémorroïdes internes) lorsque celles-ci craignent une immobilisation longue (activité professionnelle) ou des douleurs post-opératoires importantes.

# Hémorroïdes et accouchement

J'ai souffert de douleurs anales après mon accouchement, est-ce forcément des hémorroïdes ? Non, pas forcément. Un examen proctologique est nécessaire car plusieurs maladies anales peuvent être déclenchées par l'accouchement.

La fissure anale, plaie du canal anal, est une pathologie fréquente dans cette situation, source de douleurs essentiellement au passage de la selle et après. Elle peut être à l'origine d'une marisque sentinelle c'est-à-dire d'une réaction œdémateuse avec tuméfaction anale pouvant mimer une thrombose hémorroïdaire (c'est le capuchon mariscal).

Les hémorroïdes après un accouchement correspondent plutôt à des tuméfactions permanentes et douloureuses, localisées à un endroit précis autour de l'anus, mais parfois tout autour.

L'examen proctologique réalisé par votre médecin est donc nécessaire avant d'entreprendre un traitement. En effet, le traitement de la fissure anale est très différent de celui de la thrombose hémorroïdaire.

Si j'ai présenté une crise hémorroïdaire après mon accouchement, ai-je plus de risque de récidiver au 2e accouchement ?

Chaque grossesse ne se ressemble pas... c'est aussi vrai pour le canal anal. La grossesse et l'accouchement sont des moments privilégiés pour voir apparaître une maladie hémorroïdaire. Pour autant, il n'y a pas plus de risque au 2e accouchement d'en souffrir, que l'on ait ou non eu des hémorroïdes au premier.

#### Comment éviter une crise hémorroïdaire à l'accouchement?

Le seul traitement préventif ayant fait la preuve de son efficacité est le traitement des troubles du transit (diarrhée ou constipation) pendant la grossesse et au décours de l'accouchement. Les mesures diététiques qui consistent à user et abuser des fibres (fruits, légumes, céréales) sont à envisager en premier lieu mais si malgré une bonne hygiène alimentaire, la constipation persiste, un traitement laxatif peut vous aider. Ce traitement est à envisager seulement après avis de votre médecin ou gynécologue.

Faut-il envisager un traitement chirurgical réputé douloureux et pas toujours efficace?

La pathologie hémorroïdaire de l'accouchement se résorbant spontanément dans les 6 mois, il n'est pas logique d'envisager un traitement chirurgical durant cette période. Dans des cas extrêmes, si le traitement médical n'est pas efficace et les symptômes majeurs en cours de grossesse, on pourra exceptionnellement vous proposer un traitement instrumental pour une thrombose, ou chirurgical.

Par contre si vous souffriez d'hémorroïdes avant votre grossesse ou si ces hémorroïdes ne se résorbent pas dans les 6 mois qui suivent l'accouchement, un traitement chirurgical peut vous être proposé par le proctologue, mais à distance de votre accouchement; il n'y a aucune urgence.

Les hémorroïdes se résorbent-elles définitivement après l'accouchement ?

Dans 90 % des cas la maladie hémorroïdaire devient asymptomatique dans les 6 mois qui suivent l'accouchement. Il persiste parfois des marisques : excès de peau qui restent après une distension, due à une thrombose ou un œdème.

Les hémorroïdes, qui sont des structures vasculaires normales et présentes chez tous, restent bien sûr en place, mais sont le plus souvent non gênantes.

Comment éviter qu'elles ne ressortent plus tard?

Le seul traitement ayant prouvé son efficacité dans la prévention des poussées hémorroïdaires est celui des troubles du transit, à savoir la constipation ou la diarrhée.

Comment calmer la douleur rapidement et durablement?

Après un accouchement le traitement de la poussée hémorroïdaire associe un traitement local pour réduire l'inflammation : crème anti hémorroïdaire anesthésiante, glace (petits pois congelés). La régularisation du transit est essentielle. Des anti inflammatoires peuvent vous être prescrits pour calmer la douleur si elle est intense, à prendre de préférence après la tétée si vous allaitez. Attention : les anti inflammatoires sont en revanche formellement contre indiqués pendant la grossesse !! Demandez l'avis de votre médecin.

Les traitements pour la circulation du sang préviennent-ils les hémorroïdes ?

Ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de la crise hémorroïdaire, ni pendant ni après la grossesse. Ils permettent éventuellement de soulager plus rapidement de la douleur.

Quel facteur déclenche une crise hémorroïdaire lors d'un accouchement?

L'hyperpression vasculaire pendant la grossesse, due à la tête du fœtus, favorise la formation d'une turgescence hémorroïdaire. Les poussées importantes au moment de l'accouchement favorisent l'extériorisation de ces hémorroïdes. Lorsque ces coussinets hémorroïdaires se font étrangler dans le canal anal par le sphincter à la suite de leur extériorisation cela favorise l'apparition de thrombose.

Des facteurs hormonaux pourraient intervenir si on en juge par l'existence de récepteurs hormonaux au niveau des coussinets hémorroïdaires et par la plus grande fréquence des poussées hémorroïdaires en période prémenstruelle chez la femme.

J'ai souffert d'hémorroïdes après mon accouchement, je n'ai plus mal mais il me reste une hémorroïde à l'extérieur qui sort, que dois-je faire ?

Si cette hémorroïde n'est pas source de gêne, de saignement ou de douleur alors il ne faut rien faire. N'oubliez pas que la maladie hémorroïdaire est une maladie bénigne.

# La marisque

Le mot « marisque » vient du latin marisca qui signifie « sorte de petite figue ».

En proctologie, il s'agit donc d'un repli de peau péri-anale pouvant mesurer de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres.

La formation pend à l'anus comme un fruit à l'arbre. Elle est souple, non douloureuse, non ulcérée et ne donne pas de symptômes.



Parfois elles sont multiples ou volumineuses, elles gênent l'essuyage et l'hygiène locale. Pour avoir un anus propre, le patient a souvent recours à des essuyages multiples ou doit se laver après la selle.

Les marisques peuvent également favoriser la macération locale dans ce milieu tropical chaud et humide que constitue le pli inter-fessier. Cette macération peut entraîner un prurit, voire des phénomènes d'eczéma. Enfin les marisques deviennent quelquefois oedémateuses, légèrement douloureuses.

L'important est de constater si les marisques sont de simples séquelles de poussées hémorroïdaires antérieures, les marisques étant souvent la forme de guérison d'une thrombose hémorroïdaire ou si ces marisques sont associées à une pathologie hémorroïdaire active, avec prolapsus et saignement. A noter que dans certains cas, des marisques inflammatoires peuvent amener au diagnostic de maladie de Crohn anale.

Le traitement dépend de la gêne ressentie par les patients. Les marisques étant le plus souvent asymptomatiques, elles ne nécessitent aucun traitement.

Certains patients demandent l'exérèse car les marisques altèrent leur schéma corporel et peuvent gêner la vie sexuelle. L'exérèse est facile, faite sous anesthésie locale, au bistouri électrique, avec cicatrisation en quelques jours.

Si les marisques sont associées à des hémorroïdes gênantes avec prolapsus, elles sont retirées au cours d'une hémorroïdectomie.

Les soins postopératoires sont les mêmes que ceux d'une hémorroidectomie classique. La propreté locale assure une guérison plus rapide. Dès la première semaine postopératoire, les douleurs sont supportables et les soins plus légers (simples douches matin et soir). Seuls persistent quelques suintements légers (sous formes de taches dans les sous-vêtements). Le port d'une protection est donc conseillé (bande hygiénique). Un retour au travail est tout à fait possible.

# La fissure anale



La fissure anale est une déchirure de la muqueuse, généralement à la partie postérieure et terminale de l'anus.

Elle provoque des douleurs typiques (sensation de brûlure persistant plusieurs heures après le passage des selles) et saignements discrets.

Les symptômes peuvent durer plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, avant de consulter.

Le traitement est médical mais en cas de persistance des symptômes après 1 mois d'application des pommades matin et soir, la chirurgie s'impose.

Une chirurgie est également proposée d'emblée en cas de fissure large ou de fissure à fond fibrineux (blanchâtre).

L'ablation de la fissure anale (fissurectomie) est effectuée, accompagnée d'un recouvrement partiel de la plaie par la muqueuse du canal anal.

Un section partielle du muscle de l'anus, appelé sphincter interne, est associée à ce geste en cas de spasme anal (contracture).



Fissue anale

Simone Solunto interne

### Qu'est-ce qu'une fissurectomie?

On enlève les bords de la fissure pour faire une plaie plus large que la fissure initiale. Ainsi les bords de la plaie ne s'accolent pas et la cicatrisation se fait à partir du fond de la plaie. A la résection de la fissure, on peut associer une fermeture partielle de la plaie avec un petit volet de muqueuse rectale qui est suturé par quelques points résorbables : c'est l'anoplastie.

#### Mode de réalisation

Cette intervention est effectuée sous anesthésie générale ou régionale (rachianesthésie). Plus rarement sous anesthésie locale. Elle dure 10 à 20 minutes. L'hospitalisation est le plus souvent ambulatoire : entrée le matin, sortie l'après-midi.

# Quelle préparation?

L'idéal est d'aller à la selle naturellement le matin de l'intervention. Ceci peut être facilité par l'emploi d'un suppositoire ou d'un petit lavement évacuateurs. Pour l'anesthésie il faut être à jeun au moins 6 heures avant. Il est recommandé de ne pas fumer depuis la veille.

#### Les suites de l'intervention

#### • La plaie

La plaie est visible au bord de l'anus. Elle suinte et peut tacher de sang le pansement pendant les 15 premiers jours.

#### • Les soins

Les soins seront de simples toilettes à l'eau, idéalement à la douche avec un savon doux. Eventuellement une application locale de pommade cicatrisante est proposée. On conseille de mettre une compresse ou une protection au fond du slip pour éviter de le tacher.

Ces soins ne nécessitent pas d'infirmière, vous les ferez seul. Ils sont à faire matin, soir et après chaque selle. Ils seront faits jusqu'à cicatrisation complète. Celle-ci prend en moyenne 2 mois.

# • La douleur

La plaie de la fissurectomie est douloureuse pendant les premiers jours. Cette douleur est rarement supérieure à celle de la fissure. Dès 2-3 jours elle commence à diminuer.

Un traitement contre la douleur sera démarré dès le jour de l'intervention. Les premiers jours il est conseillé de prendre les antalgiques sans attendre d'avoir mal, puis les jours suivants de les prendre à la demande.

#### • Le transit

En général les premières selles sont évacuées 1 à 3 jours après l'intervention. Pour éviter que ces selles soient dures et fassent mal, un traitement laxatif est systématiquement proposé. Il peut être commencé 2 à 3 jours avant l'intervention. La dose de laxatifs sera adaptée à la fréquence et à la consistance des selles, qui doivent être de consistance « compote ». Un petit saignement fugace peut accompagner le passage de la selle tant que la plaie n'est pas complètement cicatrisée.

# Le kyste pilonidal (ou kyste saccro-coccygien)

Le kyste pilonidal est une cavité inflammatoire (granulome) qui se forme sous la peau, en raison du retournement de poils au niveau du pli inter-fessier.

Des poils libres, cassés et donc « pointus », pénètrent au niveau des » fossettes » du sillon inter fessier. Ces poils migrent sous la peau, créant ainsi un trajet fistuleux qui part en profondeur, et s'étend le plus souvent vers le haut du sillon interfessier et vers la gauche. Une fois prisonniers sous la peau dans ce trajet fistuleux, ces poils se comportent comme des corps étrangers et déclenchent une réaction inflammatoire. Le granulome inflammatoire prend la forme d'un pseudokyste (sans paroi propre).

Ce pseudokyste sous cutané peut rester peu inflammatoire et donc quasiment invisible ou aller jusqu'à s'infecter.

L'infection dans le pseudokyste peut aboutir à un abcès aigu, et à la formation d'un orifice cutané fistuleux quand il se perce à la peau.

Le diagnostic repose sur la présence d'un ou plusieurs orifices cutanés situés dans le sillon inter-fessier, parfois suintants, ou sous forme d'un abcès (tuméfaction chaude, rouge, douloureuse)

Cette maladie concerne l'adulte jeune, avec une nette prédominance masculine (75%). L'incidence globale dans la population générale est estimée à 26/100 000.

Les facteurs favorisants communément admis sont une pilosité marquée, une peau grasse, une surcharge pondérale (IMC > 25), un pli interfessier profond, un manque d'hygiène, la position assise plusieurs heures par jour et des frottements répétés et une histoire familiale.



# **Aspects cliniques**

- La forme aiguë : apparition plus ou moins rapide d'une tuméfaction douloureuse, rouge, chaude, siégeant dans le sillon inter fessier ou légèrement latéralisée. La douleur est insomniante, la fièvre est le plus souvent absente. Il peut y avoir évacuation spontanée du pus par les fossettes ou par un ou des orifices externes.
- La forme chronique succède à la phase aiguë ou peut survenir d'emblée: sécrétion purulente ou séro-purulente, indolore mais pouvant engendrer gênes et démangeaisons, s'évacuant par une fossette ou un orifice secondaire le plus souvent latéralisé à gauche.



### Que faire devant des fossettes asymptomatiques ?

Un patient chez qui on découvre de fossettes sur le sillon interfessier, sans induration sous jacente, sans écoulement à la pression, sans notion d'épisode de tuméfaction ou de douleur à cet endroit ne nécessite aucun traitement. On peut le prévenir que ces micro-kystes risquent éventuellement de s'infecter un jour, mais sans aucune certitude. Il n'est pas nécessaire de préconiser rasage ni épilation.

# Que faire devant un orifice cutané qui coule de façon chronique?

On rencontre parfois de jeunes patients qui supportent durant des années un écoulement quasi quotidien tâchant sous vêtements et draps, le plus souvent cet écoulement est accompagné d'une zone fibreuse cicatricielle qui est plus ou moins sensible et grossit progressivement. L'intervention chirurgicale est inévitable.

# Que faire devant un kyste infecté?

L'infection d'un kyste pilonidal est un événement en général aigu, qui peut très vite devenir extrêmement douloureux.

Le traitement est l'évacuation en urgence du pus sous pression dans deux buts : soulager quasi immédiatement la douleur et arrêter la progression de l'infection dans les tissus avoisinants. Les antibiotiques seuls ne sont pas recommandés, ils permettent parfois une simple accalmie passagère de quelques jours. L'application de pansement alcoolisés ou autres pour faire « murir » l'abcès est inutile. Les pommades antibiotiques locales sont sans efficacité. Les antiinflammatoires non stéroïdiens ne sont pas recommandés à ce stade car ils diminuent les défenses contre les infections.

L'incision est le plus souvent facile à faire sous anesthésie locale. Au décours de ce geste de simples toilettes avec un savon neutre, voire un antiseptique et surtout le port d'une protection pour se protéger du suintement purulent qui peut persister 24 à 48 heures.

Le malade peut reprendre ses activités normales très rapidement (1 à 3 jours le plus souvent).

Il faut aussi prévenir le malade que cet accident peut se reproduire dans un délai imprévisible. Il faut lui proposer d'effectuer à distance le traitement de ce kyste pour éviter la récidive.

#### Pourquoi on enlève rarement un kyste infecté en urgence ?

La simple évacuation du pus règle quasi instantanément le problème de la douleur et celui de l'infection. Le traitement radical du kyste en phase d'abcès aboutit le plus souvent à une plaie plus importante que le geste effectué à froid, avec une durée de cicatrisation et une immobilisation plus longues.

De plus il faut retenir que le traitement chirurgical d'un kyste pilonidal, même s'il s'agit d'un geste simple, entraine une convalescence et une durée de soins assez prolongées, pas toujours faciles à organiser dans l'urgence.

#### **Traitements**

En dehors de la phase aigüe d'abcès, le traitement chirurgical du sinus pilonidal doit répondre à quatre niveaux d'exigence :

Obtenir une guérison sans récidive

Grace à un geste opératoire simple et reproductible

Au prix d'une interruption minimale des activités scolaires, sportives ou professionnelles

Avec à terme une cicatrice discrète et confortable

La multiplicité des techniques proposées traduit la difficulté de répondre à tous ces critères en même temps.

# Le traitement par excision ouverte

C'est l'intervention la plus pratiquée.

Son principe repose sur l'excision complète des fossettes inflammatoires et des trajets fistuleux en se limitant strictement aux tissus pathologiques.

La plaie est ensuite laissée en cicatrisation dirigée sur une durée de six à dix semaines.

Cette intervention est habituellement réalisée sous anesthésie générale en hospitalisation ambulatoire ou de très courte durée. Le principe d'une excision limitée, l'utilisation de pansements non compressifs hydrocolloïdes ou hydrofibres et non adhésifs, ont amélioré le confort postopératoire des patients.



La reprise des activités normales peut être envisagée après un jour à une semaine.

La contrainte des soins infirmiers et des consultations chirurgicales jusqu'à cicatrisation est de longue durée mais c'est la garantie d'une cicatrisation complète avec un taux de récidive estimé à moins de 5%.

# L'abcès et la fistule anale

# Un abcès est une poche remplie de pus.

C'est à partir de l'infection d'une glande normalement présente autour de l'anus que se forme un abcès anal. Cette glande minuscule et invisible est située contre l'anus, le plus souvent dans l'épaisseur du muscle sphinctérien. Elle possède une ouverture vers l'intérieur du canal anal. Elle s'infecte avec des germes normalement présents dans les selles. Les raisons de l'infection d'une glande anale sont inconnues. Une fois l'infection déclarée, un abcès se forme très rapidement. C'est une poche remplie de pus qui va s'étendre sous la peau autour de l'anus de façon plus ou moins rapide et plus ou moins importante selon les individus, de façon imprévisible.



# Un accident qui peut toucher tout le monde, sans cause particulière.

Cet accident aigu atteint autant l'homme que la femme, le plus souvent entre 30 et 50 ans, mais aussi l'enfant et la personne âgée. Il n'y a pas de cause particulière à cet accident, sauf parfois une maladie inflammatoire digestive (maladie de Crohn).

A part le cas particulier de la maladie de Crohn, on ne fait en général qu'un seul abcès anal dans toute sa vie. Il existe d'autres causes d'abcès dans la région anale, moins fréquentes et sans rapport avec l'infection d'une glande anale, ce sont principalement des maladies de peau (maladie de Verneuil, kystes sébacés) ou l'infection d'un kyste pilonidal.

# Une douleur insomniante d'apparition récente.

Les symptômes se résument principalement à une douleur s'installant rapidement (en quelques heures ou quelques jours). Cette douleur est continue, souvent très forte et empêche de dormir. Si l'abcès est important, le malade sent une boule très sensible à coté de l'anus.

Parfois en quelques jours cette boule se perce spontanément et laisse couler du pus. Alors la douleur diminue car la pression dans l'abcès baisse. Bien qu'il s'agisse d'une infection, la fièvre n'est pas toujours présente. Parfois existent une constipation, une difficulté à uriner.

# Parfois grave chez les sujets fragiles.

Certains abcès contiennent des germes appelés anaérobies. Ces germes se développent sans avoir besoin d'oxygène, ils produisent un gaz et des toxines. Dans ces cas, heureusement exceptionnels, l'infection progresse très rapidement dans les tissus autour de l'anus et va jusqu'à s'étendre aux organes génitaux, au ventre, à la totalité des fesses. Chez les sujets fragiles (diabétiques notamment) cette évolution est souvent mortelle malgré un traitement chirurgical. Cette évolution gravissime peut survenir très rapidement (en quelques jours) soit d'emblée, soit à partir d'un abcès qui n'était pas traité.

# L'ouverture de l'abcès est nécessaire en urgence.

Pour soulager la douleur et éviter la progression de l'infection, l'ouverture rapide de l'abcès est nécessaire. Ce geste est possible avec une simple anesthésie locale.

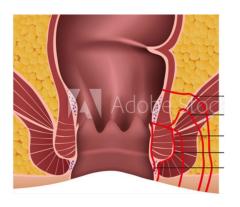
Si le drainage de l'abcès est de bonne qualité, les antibiotiques ne sont pas nécessaires. Une fois ouvert, l'abcès continue à se vider durant quelques jours, puis il se ferme progressivement. Mais si on se contente de cette simple incision, la glande qui s'était infectée reste en place, en profondeur.



Ceci explique la récidive quasi constante survenant de façon imprévisible après quelques semaines, mois ou années.

# Un traitement chirurgical de la fistule est nécessaire pour éviter la récidive.

Si l'on veut guérir définitivement cet abcès il faut opérer et enlever la glande sous jacente et sa « racine » qui communique avec l'intérieur de l'anus. Cette « racine » qui relie l'abcès à l'intérieur de l'anus est aussi appelée fistule.





L'abcès qui s'est évacué spontanément laisse un orifice au niveau de la peau qui est l'ouverture de la fistule sous jacente. Si l'on injecte un colorant par l'orifice cutané le produit parcourt la fistule et ressort dans l'anus au niveau de l'origine de la glande anale.

Le traitement d'une fistule anale nécessite une mise au point préalable par IRM pelvienne.

Si la fistule est superficielle et non compliquée, le chirurgien va pouvoir ouvrir son trajet en un seul temps opératoire.

Le traitement chirurgical classique consiste à ouvrir le trajet de la fistule sur toute sa longueur, ce qui crée une plaie qui va aller jusque dans l'anus.



On parle de mise à plat de la totalité de la fistule.

On en voit bien le trajet rectiligne au fond de la plaie, reliant l'orifice cutané à l'orifice situé dans le canal anal.

En effet une partie du sphincter de l'anus doit être coupée pour ouvrir cette fistule. Selon l'importance de cette section du sphincter des difficultés à retenir les selles peuvent apparaître après l'opération.

Pour éviter cette séquelle, le chirurgien préférera parfois opérer en plusieurs temps.

La mise en place d'un drain élastique permet en effet d'obtenir une mise à plat progressive de la fistule. Comme un fil à couper le beurre, l'élastique est resserré et le pont entre la fistule et l'anus se rétrécit jusqu'à expulsion de celui-ci.

Cette technique peut nécessiter deux à trois reprises chirurgicales sous sédation en hôpital de jour. Elle permet d'éviter les incontinences fécales.



# Les condylomes anaux



Souvent discrets, parfois évolutifs, les condylomes anaux, également appelés papillomes, sont des excroissances en forme de crêtes de coq, végétantes, superficielles. Ils se développent à la marge de l'anus mais aussi dans le canal anal, sur la verge ou le vagin.

Ils sont liés à une infection au virus HPV, il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible. Le mode de contamination est un contact direct (rapports sexuels ou caresses intimes). Le virus étant très résistant, d'autres modes de contamination sont possibles (jaccuzi, saunas, linge de toilette,...).

Un traitement est nécessaire pour éviter la prolifération des lésion, voire la cancérisation.

Des soins locaux par pommades (ALDARA) sont réalisés.

En cas d'inefficacité ou de lésions étendues, une chirurgie est proposées.

L'anesthésie pour cette chirurgie peut être générale ou loco-régionale (uniquement le bas du corps) : cela sera décidé lors de la consultation d'anesthésie préopératoire.

Une fois l'anesthésie réalisée, vous serez installé en position gynécologique, c'est-à-dire sur le dos avec les cuisses relevées et fléchies.

L'acte chirurgical dure environ quinze minutes, il peut être un peu plus long si les lésions condylomateuses sont nombreuses.

Le chirurgien va détruire les lésions avec un bistouri électrique ou un laser, ce qui laissera des petites brulures : leur taille et leur nombre sont dépendants des lésions que vous avez.

Il commence par prélever une ou plusieurs lésions pour les faire analyser en anatomopathologie si cela lui parait nécessaire puis procède à leur destruction. Un examen des organes génitaux externes (testicules et pénis chez l'homme, grandes lèvres et petites lèvres chez la femme) est également réalisé pour ne pas méconnaitre d'autres lésions. Celles-ci pourront éventuellement être traitées durant le même temps opératoire. Il s'assure en fin de geste que les cicatrices ne saignent pas et vous fait un pansement.





ici avant et après traitement

#### Suites opératoires

Les soins sont simples et vous pourrez les pratiquer vous-même. Ils consistent à nettoyer les plaies matin et soir, ainsi qu'après chaque selle à l'aide d'un savon doux ou d'une solution antiseptique puis à appliquer une pommade cicatrisante.

La douleur est le principal désagrément de ce geste. Elle est en général plus importante si les plaies sont nombreuses et situées dans le canal anal. Des antalgiques et des anti-inflammatoires adaptés à l'intensité de votre douleur vous seront prescrits à votre sortie de l'hôpital. Le chirurgien pourra également vous prescrire un anesthésique local si cela est nécessaire ainsi qu'un laxatif doux pour éviter tout épisode de constipation qui pourrait augmenter la douleur.

La cicatrisation nécessite 4 à 6 semaines en moyenne. Pendant cette période, des suintements, des démangeaisons, des saignements sont fréquents et normaux. Un arrêt de travail est souvent prescrit pour une ou deux semaines, en fonction de l'importance des plaies post opératoires.

### Quelles sont les complications possibles ?

Comme après toute chirurgie anale : un fécalome (bouchon de selles nécessitant l'administration d'un lavement), une rétention aiguë d'urines voire même une hémorragie sont possibles. Ces complications sont toutefois beaucoup plus rares qu'après chirurgie des hémorroïdes.

La survenue d'un rétrécissement anal est possible lorsque les lésions internes à traiter sont très importantes et circulaires. Cette complication est exceptionnelle. Une diminution de la sensibilité du canal anal peut être observée après destruction de lésions profuses.

# Suivi post-opératoire

Un suivi post-opératoire est impératif afin de surveiller la cicatrisation et surtout de dépister la survenue de récidives, très fréquentes (jusqu'à une fois sur deux). Il dure en général de 9 mois à 1 an, pouvant être interrompu après plusieurs contrôles négatifs.

L'infection étant contagieuse certaines précautions doivent être adoptées : dépistage du ou des partenaires (examen gynécologique chez les femmes ou examen des organes génitaux externes chez l'homme), utilisation de linge et objets de toilette à usage personnel, lavage des mains après contact avec les zones atteintes. L'utilisation de préservatifs n'est pas une protection absolue (les lésions périnéales, scrotales, pubiennes, orales étant contagieuses, et la transmissibilité dépendant des pratiques sexuelles). D'ailleurs cette protection est inutile si vous êtes en relation stable depuis longtemps car dans ce cas le virus a déjà contaminé les deux membres du couple.

L'avis d'un infectiologue est généralement conseillé afin de déterminer l'indication d'une vaccination anti-HPV.

# Pour tout renseignement complémentaire:

# **Docteur Perrine MATHONET**

Chirurgie digestive, pariétale et bariatrique
Hôpital DELTA à Auderghem (CHIREC)
mail: docpmathonet@gmail.com

Prise de rdv: 0472 04 23 01

