

Traitement de la fistule anale cryptogénique en 2013

Dr Anne-Laure TARRERIAS
(Paris)

Conflits d'intérêts

- Nycomed
- Shire
- Tonipharm

Objectifs pédagogiques

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

Etiologie

- Un point de départ situé sur la glande d'Hermann et Desfosses.
- Cause inconnue.
- Diffusion de la collection à travers le sphincter interne, puis l'espace intersphinctérien pour traverser la sphincter externe.
- Incidence annuelle : 12,3/100 000 chez l'homme et 5,7/100 000 chez la femme.

Classification de Bellan

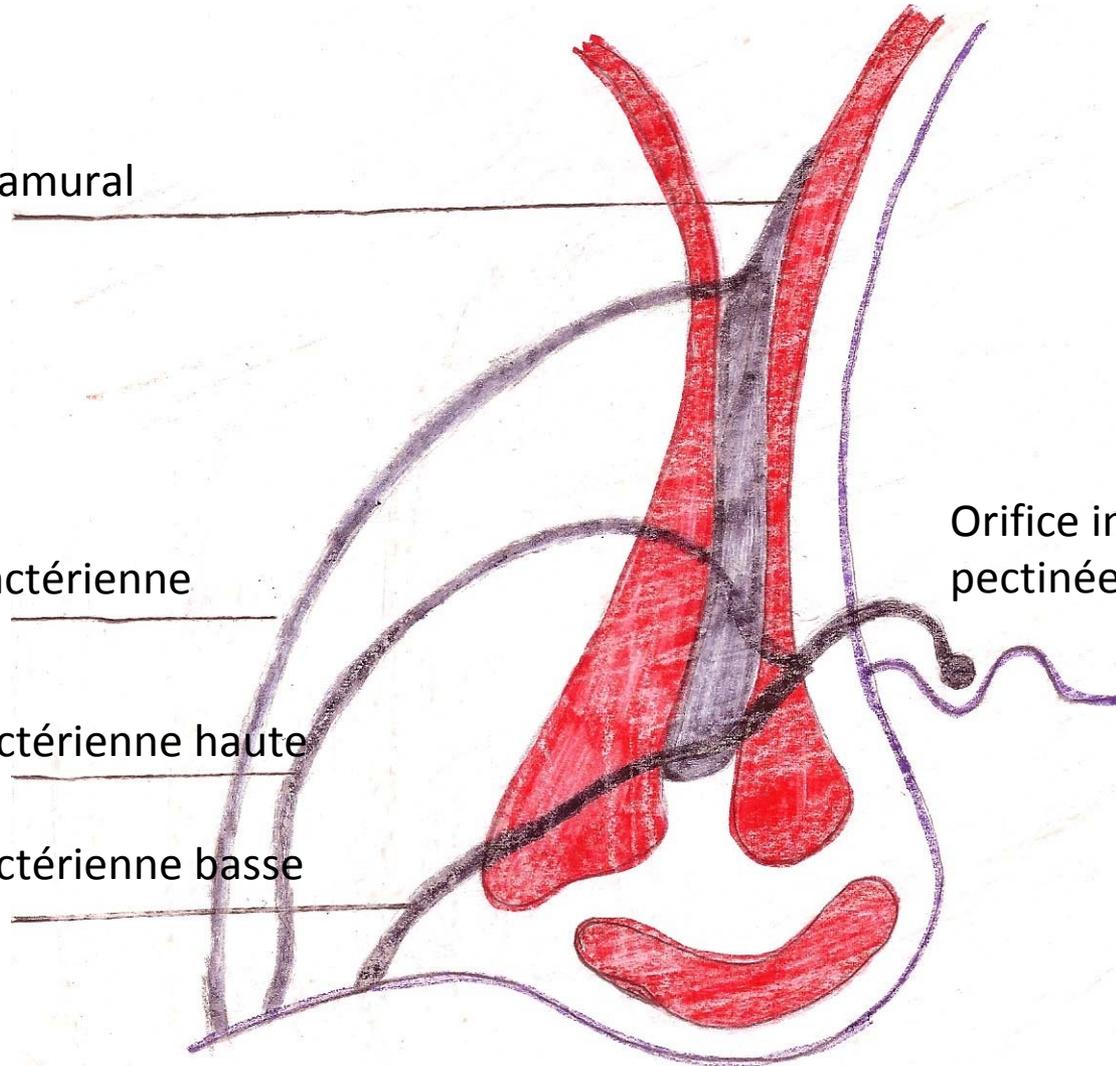
Abcès intramural

Fistule supra-sphinctérienne

Fistule trans-sphinctérienne haute

Fistule trans-sphinctérienne basse

Orifice interne sur la ligne pectinée



Clinique



Aigüe

Chronique

L'examen clinique



Echoendoscopie

- Orifice interne : zone hétérogène de la couche hyperechogène (la muqueuse)
- Trajet : hypoéchogène, il contient parfois des bulles d'air. Amélioration du contraste par de l'eau oxygénée (1)
- Concordance de 91 à 95% avec les constatations peropératoires pour la hauteur du trajet mais pas pour l'orifice interne (2)

(1) Buchanan GH. 2005. *Dis Col Rectum* 48 :141-7.

(2) Atienza P, 2002. *Encycl Med Chir* 9-086-C-10, p14

Echoendoscopie

- Difficile chez un patient algique
- Moins performante pour la détection de collections à distance, et pour différencier une collection active d'une cicatrice
- Sensibilité proche de 100% dans la détection de rupture sphinctérienne (1).

(1) Romano G. 1996. Br J Radiol 69 :6-9.

IRM

- T2 : Muscles en hyposignal, les liquides sont en hypersignal
- Fatsat : efface la graisse et révèle le trajet qui apparaît en hyposignal
- Concordance IRM/Chir : 64 à 96% (1)
- Utile aux patients algiques, et pour les collections distales

(1)Atienza P. 2002. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris Gastroenterologie, Encycl Med Chir 9-086-C-10, p14

Les examens complémentaires : echoendoscopie et IRM

Auteur	Hussain SM	West RL	Buchanam GN
Année	1996	2005	2004
Nbrs de patients	28	40	104
Orifice primaire	IRM>EE	IRM=EE	IRM>EE
Trajet fistule	IRM>EE	IRM=EE	IRM>EE
Collections	IRM=EE	IRM=EE	IRM>EE

Buchanam en 2004 : examen clinique = 61%, EE = 81% et IRM = 90%
 2 de ces examens > un seul

Hussain SM. 1996. Radiology 200 :475-81.

West RL.2005. Eur J Gastroenterol Hepatol 16 :1319-24

Buchanam GN. 2004. Radiology 233 :674-81.

Place des examens complémentaires

- Ne sont pas obligatoires en phase aigüe
- Ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale
- Indispensables dans l'exploration des fistules chroniques
- Ou pour le contrôle du drainage (disparition des collections)

Principes du traitement

Toujours chirurgical et en 2 phases :

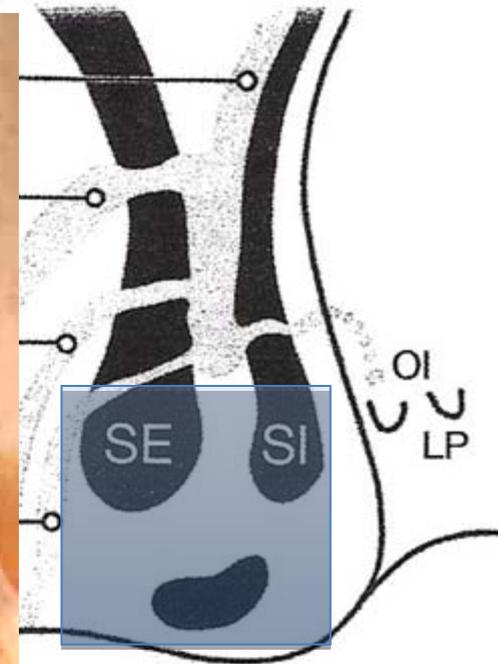
- **Phase 1** : trouver le trajet avec son orifice interne
- **Phase 2** : fistulotomie : section du sphincter sous la fistule

Fistule basse : les phases 1 et 2 sont réalisées au cours d'une même intervention

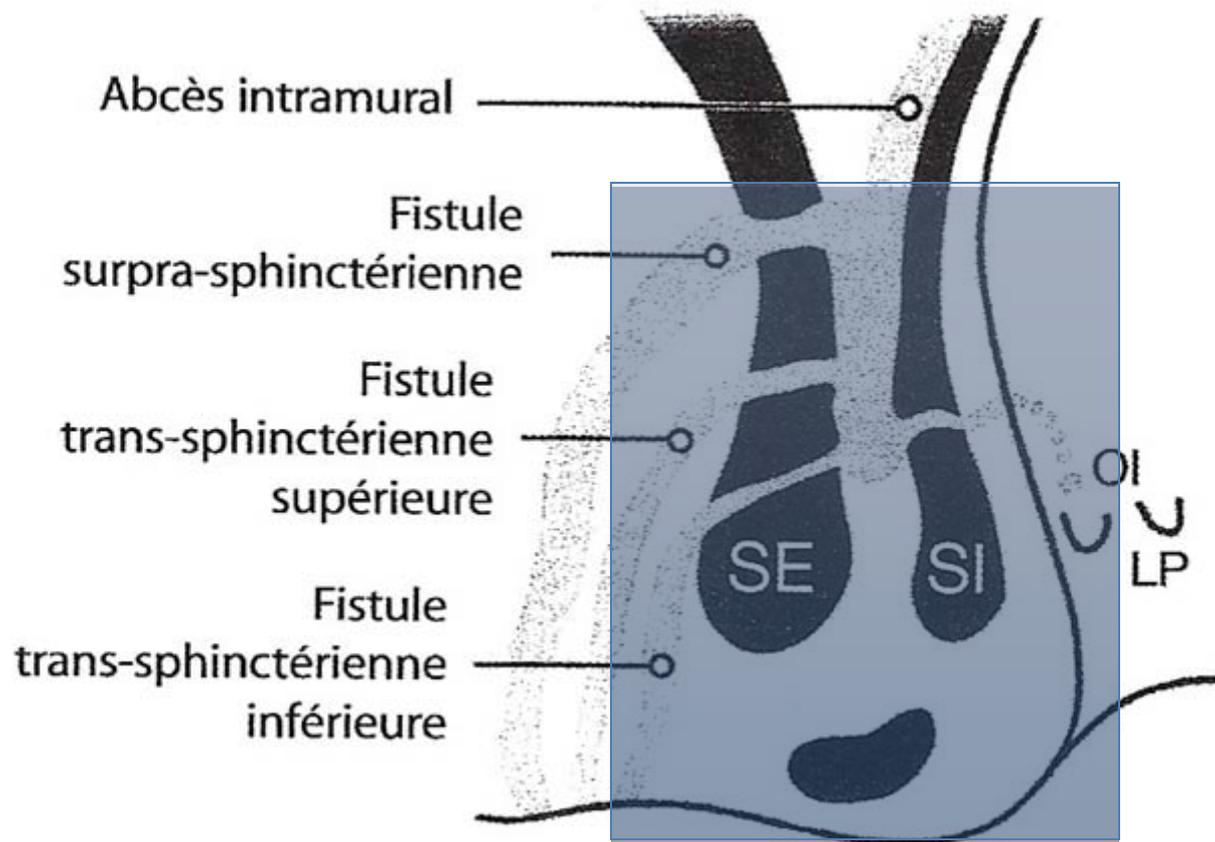
Fistule haute : mise en place d'un drain (séton) dans le trajet et phase 2 lors d'une 2^{ème} chirurgie.



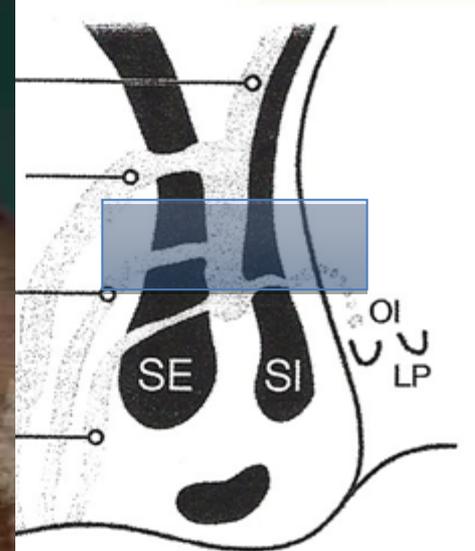
Le traitement standard

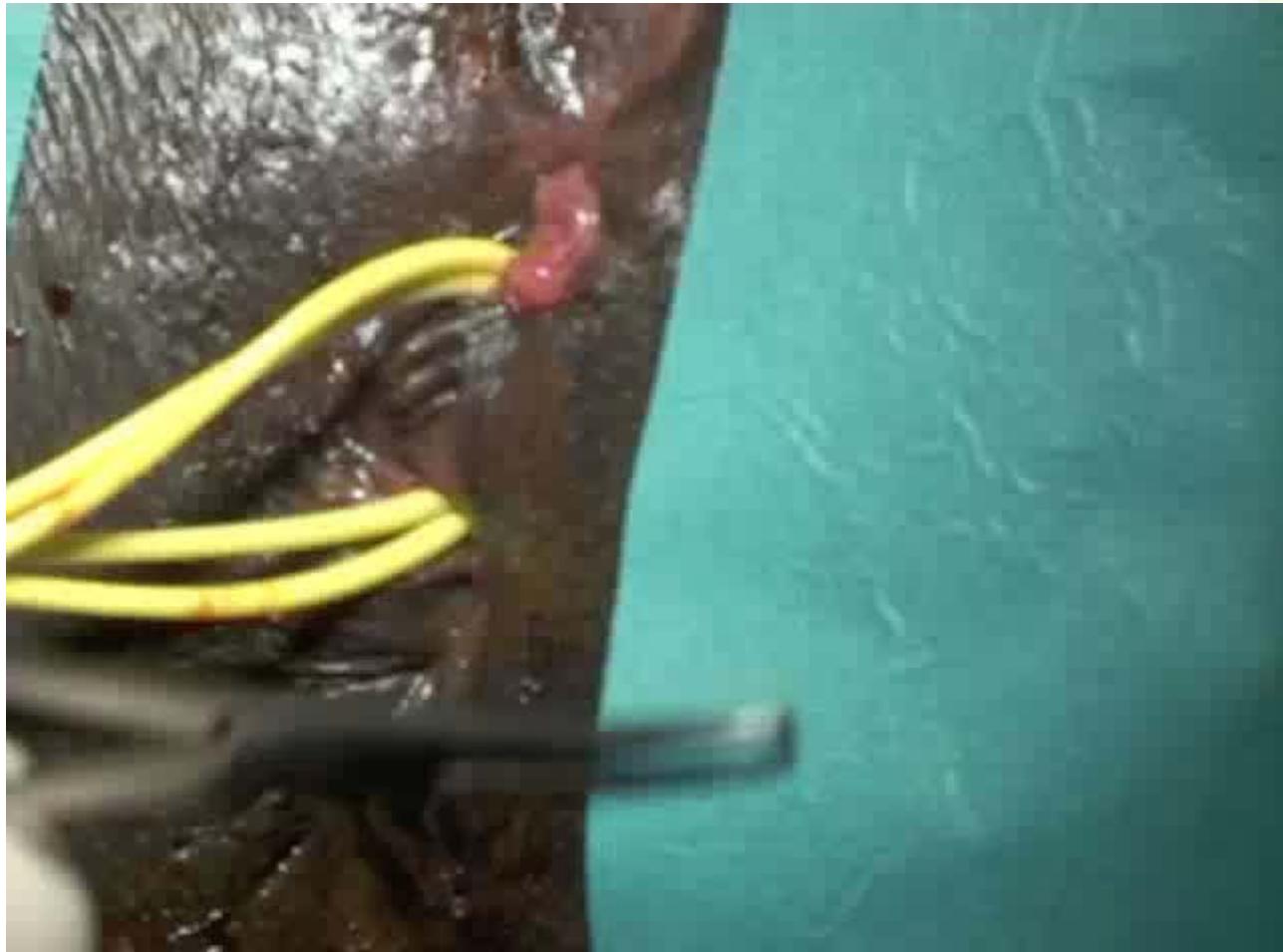


Le traitement standard



Abaissement progressif du Séton







Trajets accessoires



Résultats de la fistulotomie en 2 temps

Denis J et al en 1983 (1) :

- 5 à 11% d'incontinence aux gaz
- 5 à 6% d'incontinence aux selles liquides
- Pas d'incontinence aux selles solides

Les études internationales vont jusqu'à 50% d'IA (2)

Taux de récurrences : 0 à 12% (3)

(1) Denis J et al en 1983. Ann Gastroenterol Hepatol 19 :399-404

(2) Williams et al. 1991. Br J surg 78(10) :1159-61.

(3) Tang et al en 1996 Dis Colon Rectum 39(12) :1415-7

Etude CREGG/GREP

- 224 patients opérés
- Suivis : 1 ans entre Janv 07 et Juin 08
- Opérés en 1 temps ou en 2 temps
- Évaluation avant chir, M3 et M12

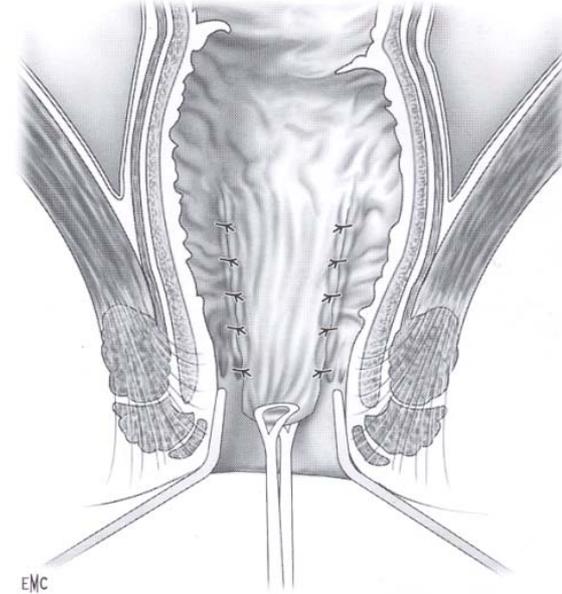
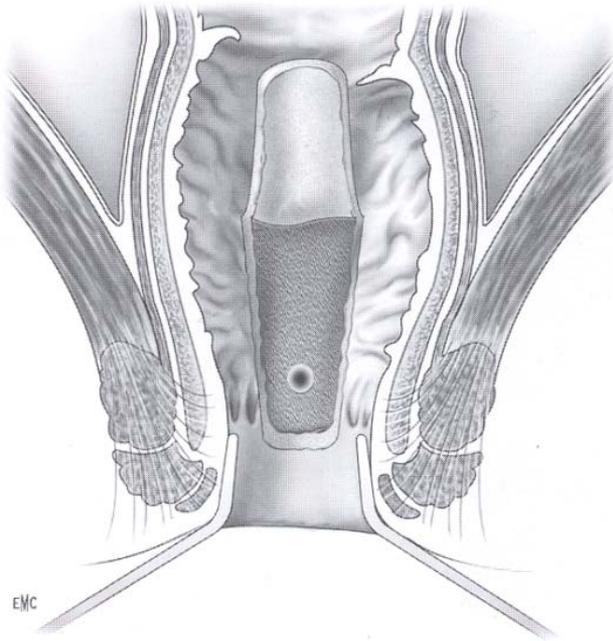
Wexner	JO	1 ans
Fistule basse	1	2
Fistule haute	1	4

Le traitement par fistulotomie reste le traitement de référence pour les fistules basses.

En revanche , pour les fistules hautes il faut poursuivre les recherches pour réduire le risque d'incontinence anale

Lambeau d'avancement rectal

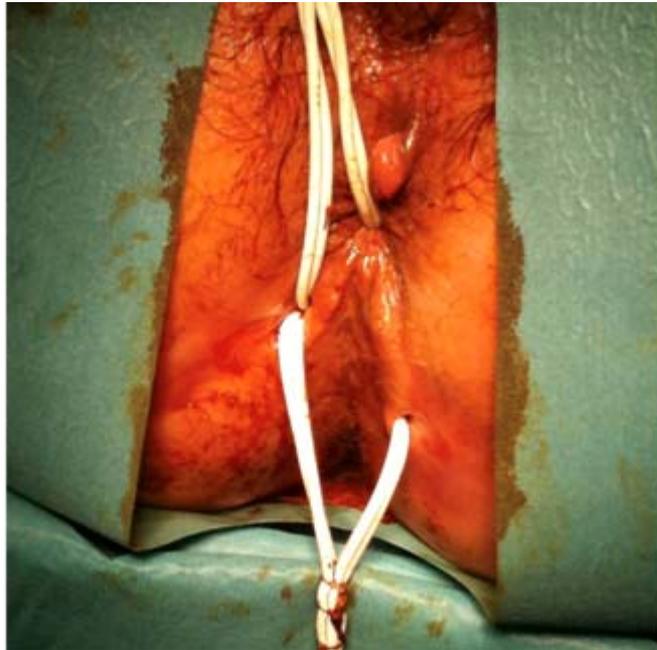
Succès : 37% (1) à 79% (2) des cas.
Moins d'incontinence anale (3)



- (1) Van der Hagen et coll. *Int J Colorectal Dis* (2006) 21:784-90
(2) Van Koperen et coll. *DCR*(2008)51:1475-81
(3) Jacob et coll. *Cochrane* (2010) May 12;5:CD006319

Fermeture du trajet

- Colles de fibrines
- Plug







Bases techniques

- Trajet plutôt long et étroit
- Fistule sèche et drainée
- Anesthésie générale ou rachi-anesthésie (1)
- Faire saigner le trajet par curetage
- Pas de produit iodé (bétadine)
- Instillation de la colle à l'aide d'un cathéter double canaux depuis l'orifice interne vers l'orifice externe.

Résultats

- Succès : 66% des 33 patients encollés (1) avec 1 récurrence au 6^{ème} mois
- Méta-analyse de swinscoe : taux de fermeture 53% (2)
- La colle entraîne plus de récurrences que la fistulotomie mais c'est aussi la technique qui génère le moins d'incontinence anale (3)
- La seule étude contrôlée randomisée est celle du GETAID (4) : 38% vs 16% fermeture de la fistule.

(1) Adams T et al. *Dis Colon Rectum* 2008;51(10):1488-90

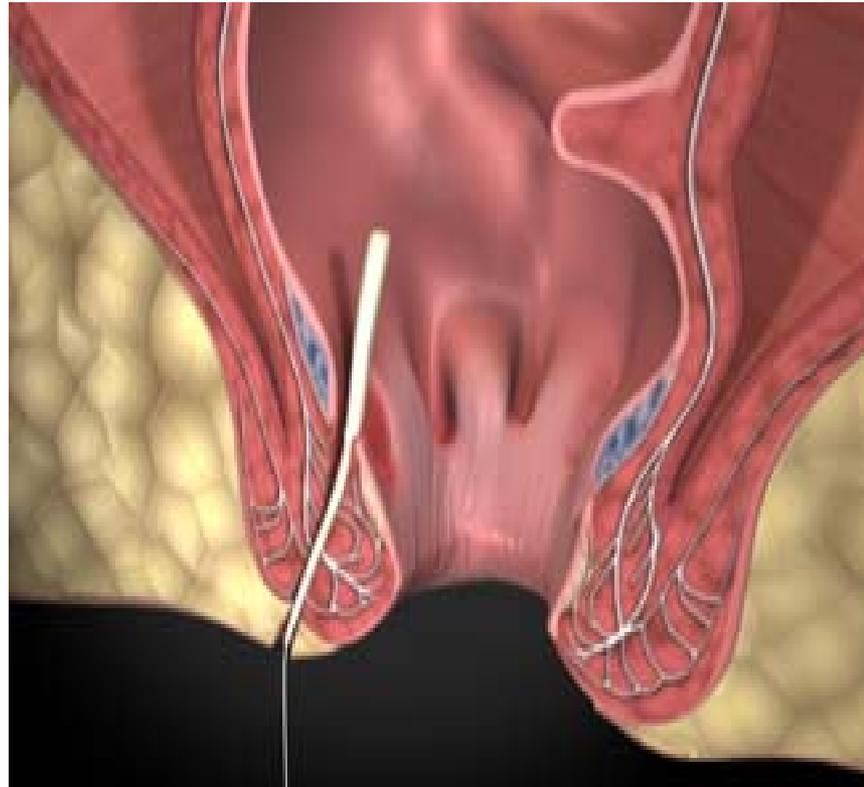
(2) Swinscoe Mt et al. *Tech Coloproctol* 2005;9:89-94

(3) Jacob et coll. *Cochrane* (2010)May12;5:CD006319

(4) Grimaud et al. *Gastroenterology*. 2010 Jun;138(7):2275-81

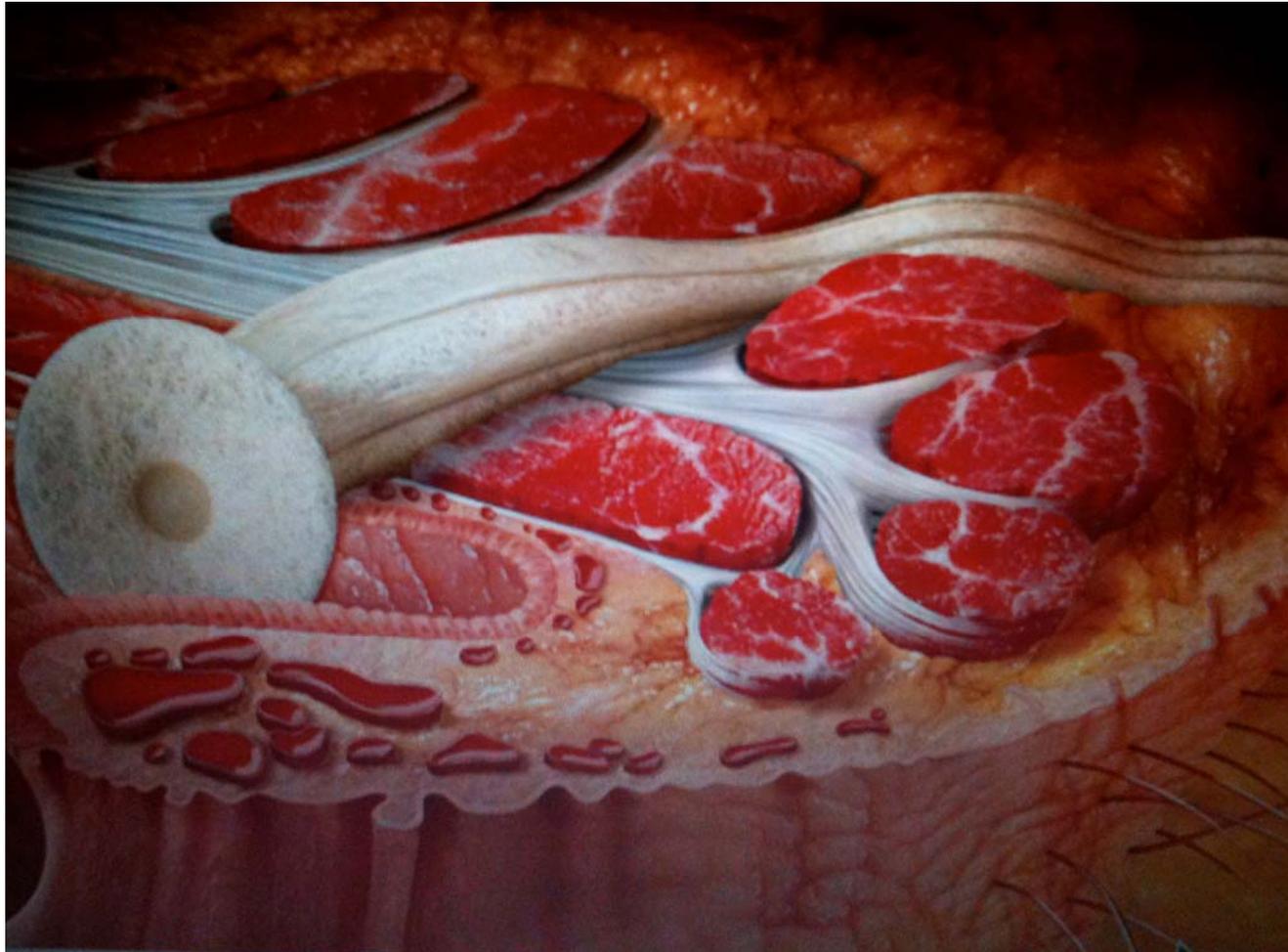
Le Plug

Cône de sous-muqueuse de porc lyophilisé biodégradable.





Le Plug synthétique (Gore)



Résultats du Plug

	Christoforidis Et coll (1)	Mc Gee et coll (2)	Ellis et coll (3)
Nbs Fistules	49	42	63
T fermeture/fist ule	31%	43%	
T fermeture/pa tient	43%		81%

Facteurs prédictifs négatifs :

- Fistule courte, inf à 4cm RR=2,8 (2)
- Tabac, fistule postérieure, ATCD d'échec du plug (3)

Aucune incontinence anale de novo pour les 3 études

(1)Christoforidis et coll.*Dis Colon Rectum* 2008;51:1482-7.

(2)McGee et coll *Dis Colon Rectum* 2010 Aug;53(8):1116-20

(3)Ellis et coll *Dis Colon Rectum* 2010 May;53(5):798-802

Perspectives

Instillation de cellules souches adipocytaires autologues (1)

Groupe 1 : cellules souches adipocytaires 39,1%

Groupe 2 : cellules souches adipocytaires et colle biologique

43,3 % à M6 et 50% à un an

Groupe 3 : colle biologique seule 37,3 %

Le clip ovesco



Le LIFT (2)

Succès chez 93 patients (1) : 57 à 83%

(1)Herreros et al. Dis Colon Rectum 2012 Jul;55(7):762-72

(2)Tan KK and coll. 2011. Dis Colon Rectum 54 :1368-72.

Conclusion

- Pour les fistules basses la fistulotomie est une technique efficace et sans risque d'incontinence anale dans les équipes spécialisées.
- Pour les fistules hautes, évolution vers un risque zéro d'incontinence anale au prix d'une augmentation de la récurrence
- Poursuivre les études cliniques afin de convaincre nos tutelles (étude GREP/ABOTT en cours)