

Hépto-Gastro

Conduite à tenir devant un abcès de la marge anale

Hépto-Gastro. Volume 11, Numéro 4, 253-9, juillet-août 2004, Mini-revue

■ ■ Résumé

Auteur(s) : Agnès Senéjoux , Service de colo-proctologie, Hôpital Léopold-Bellan, 19-21, rue Vercingétorix, 75014 Paris
E-mail : agnes.senejouxbellan.fr .

Résumé : Les abcès de la région anopérinéale n'ont pas une origine univoque. Les fistules anales en sont la cause principale et expliquent 70 % des suppurations. Elles ont toujours une origine canalaire crypto-glandulaire. L'infection peut se propager à l'espace intersphinctérien et traverser ensuite l'appareil sphinctérien. Parmi les suppurations indépendantes de l'anorectum, le sinus pilonidal est la cause la plus fréquente (15 % de l'ensemble des suppurations). Les autres causes d'abcès de la région sont représentées par le sinus pilonidal, la fissure infectée, la maladie de Verneuil, la maladie de Crohn, les glandes anales sous-pectinées et les fistules rectovaginales. Le traitement des abcès anopérinéaux a un double objectif : soulager le malade en évacuant la suppuration sous tension par incision ou drainage et éviter la récurrence en traitant l'étiologie de l'abcès.

Mots-clés : abcès, anus, fistule, sinus pilonidal

■ Illustrations

ARTICLE

Auteur(s) : Agnès Senéjoux

Service de colo-proctologie, Hôpital Léopold-Bellan, 19-21, rue Vercingétorix, 75014 Paris
E-mail : agnes.senejoux@bellan.fr

Les abcès de la marge anale, et plus généralement de la région anopérinéale, n'ont pas une origine univoque. À une même manifestation au stade aigu (l'abcès), peuvent en effet correspondre à la phase de chronicité des affections variées. La méconnaissance de l'origine d'un abcès anopérinéal explique les récurrences fréquentes de cette pathologie, désespérantes, tant pour le malade que pour son praticien.

Les suppurations anopérinéales peuvent être classées selon leur origine par rapport au canal anal. On distingue ainsi les suppurations provenant du canal anal de celles indépendantes de l'anorectum et de celles dont l'origine est située au-dessus du canal anal.

Étiologies et épidémiologie

L'incidence des abcès anopérinéaux n'est pas précisée. L'âge de survenue de cette pathologie se situe avec prédilection dans la troisième et la quatrième décennies (65,5 % des cas dans la série de Ramanujam *et al.* [1]).

Les suppurations dont l'origine se situe au niveau du canal anal, et en particulier les fistules anales, sont les plus fréquentes, représentant respectivement 75 % et 71 % de l'ensemble des suppurations de la région [2]. À Helsinki, l'incidence des fistules anales a été estimée à 12,3 pour 100 000 habitants chez l'homme et 5,6 pour 100 000 habitants chez la femme [3], confirmant un *sex-ratio* en faveur du sexe masculin qui varie dans la littérature de 2 :1 à 9 :1 [1, 4, 5]. Dans la période néonatale, cette prépondérance du sexe masculin est encore plus marquée [6]. Les raisons de cette prédominance masculine ne sont pas élucidées : le rôle des hormones sexuelles circulantes paraît pouvoir être éliminé [7] et, dans des études anatomiques historiques, la distribution, le nombre et l'aspect des glandes d'Hermann et Desfosses ne varient pas significativement selon le sexe.

Les *fistules anales* ont en effet pour origine l'infection d'une de ces glandes qui, en général au nombre de 6 à 8, ont un canal glandulaire principal s'abouchant au niveau de la ligne pectinée dans les cryptes de Morgani, et un corps pénétrant dans le sphincter interne, dans l'espace intersphinctérien et, pour certains auteurs, dans le sphincter externe [8]. Des variations individuelles existent en termes de nombre, d'aspect, d'extension en profondeur et de distribution sur la circonférence anale. Ces glandes sont plus fréquentes au niveau du pôle postérieur de l'anus [4], ce qui concorde avec la localisation préférentielle des orifices primaires de fistule à la partie postérieure du canal anal. Leur rôle est inconnu ; pour Shafik il ne s'agirait pas à proprement parler de glandes mais de vestiges embryologiques [9]. L'infection débute au niveau des canaux glandulaires, puis se propage dans l'espace intersphinctérien où elle peut évoluer soit vers la régression, soit

vers l'expansion, qui peut se faire intégralement dans l'espace intersphinctérien (et donner un abcès intramural) ou traverser l'appareil sphinctérien externe et aboutir à la peau périnéale (*figure 1*). Les fistules anales peuvent ainsi être classées selon la hauteur de leur trajet principal (*figure 1*). La classification de Parks [10] distingue :

- les fistules intersphinctériennes ne touchant pas le sphincter externe,
- les fistules transsphinctériennes, qui peuvent être hautes ou basses selon qu'elles intéressent plus ou moins de la moitié du sphincter externe,
- les fistules suprasphinctériennes englobant tout ou partie du faisceau puborectal du muscle élévateur de l'anus,
- les fistules extrasphinctériennes atteignant l'espace pelvi-rectal supérieur, souvent iatrogènes.

Sur ce trajet principal, se greffent parfois des trajets secondaires nommés diverticules qui sont d'autant plus fréquents que le trajet principal est haut situé. Excepté les cas très rares en France de tuberculose et d'actinomyose, le germe responsable (le plus souvent d'origine intestinale) n'influence ni l'évolution ni le type de la fistule [11].

Parmi les autres étiologies canalaies des abcès anopérinéaux, on retrouve les fissures infectées qui représentaient 4,2 % d'une série de 6 500 suppurations [2], la maladie de Crohn et l'infection d'une glande sous-pectinéale.

Par rapport à la fissure anale classique, la *fissure infectée* se caractérise par une douleur moins intense et l'absence de contracture sphinctérienne qui a disparu à ce stade. Il peut se former spontanément ou après une injection sous-fissuraire un véritable abcès sous-fissuraire avec un trajet fistuleux superficiel.

Les *glandes anales sous-pectinéales* sont situées au niveau du pôle antérieur de l'anus, de part et d'autre de la ligne médiane. D'un point de vue histologique, elles sont semblables aux glandes d'Hermann et Desfosses. L'infection d'une de ces glandes peut se manifester par une tuméfaction anale intermittente se vidant à la selle, entraînant un suintement et un prurit ou, plus rarement, un petit abcès inter-sphinctérien.

Les suppurations anopérinéales sont moins souvent indépendantes du canal anal (22,6 % des cas dans la série d'Arnous *et al.*), les étiologies principales étant le sinus pilonidal (15,6 %) et la maladie de Verneuil (3,6 %) bien avant les kystes divers (sébacé, épidermique...) et les exceptionnelles suppurations d'origine prostatique ou osseuses (ostéites) [2].

La *maladie pilonidale* débute dans un cas sur deux par un abcès du sillon interfessier médian ou latéral mais il existe aussi des formes plus trompeuses avec un abcès latéro-anal, voire antérieur [12]. La pathogénie du sinus pilonidal est controversée [13]. Dans la théorie acquise, les poils s'invaginent dans le derme au niveau du sillon inter-fessier, ce qui entraîne une réaction inflammatoire à corps étrangers créant une cavité pseudokystique renfermant des débris pilaires sans follicule pileux et communiquant avec l'extérieur par un ou plusieurs orifices ou « fossettes » sur la ligne médiane (*figure 2*). Dans la théorie congénitale, la cavité kystique et les fossettes résultent d'un défaut d'accolement du tissu sous-cutané au niveau du raphé médian postérieur. Si, à l'heure actuelle, la théorie acquise prévaut, il existe vraisemblablement aussi une note congénitale, comme en témoignent les formes familiales et l'existence de fossettes chez l'enfant avant l'apparition de la pilosité.

La *maladie de Verneuil*, ou hidradénite suppurative (*figure 3*), est une inflammation chronique suppurante se développant dans le territoire des glandes apocrines situées dans les régions ano-périnéo-inguinales, axillaires, rétro-auriculaires et mammelonnaires. Elle apparaît en général après la puberté. Son incidence dans la population générale n'est pas précisément connue ; certains ont estimé qu'elle pourrait toucher 1 individu pour 300 [14] avec une prédominance féminine, quoique cet élément soit discuté [15]. Les formes périnéales sont plus fréquentes chez l'homme [16]. Leur pathogénie est controversée [17], l'affection pourrait être liée à une anomalie embryonnaire du bourgeon épithélial primaire à l'origine des poils, des glandes sébacées et apocrines. Le rôle étiopathogénique des androgènes est débattu, une sensibilité anormale de la glande apocrine aux androgènes est plus probablement en cause qu'une véritable hyperandrogénie, les dosages hormonaux réalisés étant normaux [18, 19]. Le tabagisme semble être un facteur favorisant [20]. Il existe des formes familiales à transmission autosomique dominante [14] et des associations avec l'acné conglobata, le sinus pilonidal ou la maladie de Crohn ont été décrites [21].

Enfin, beaucoup plus rarement, les suppurations anopérinéales ont une origine sus-anale. La maladie de Crohn en constitue la principale étiologie, puis on trouve les fistules rectovaginales d'origine obstétricale ou iatrogène, certains cancers à forme fistulisée et de rares abcès sur corps étrangers ou d'exceptionnelles sigmoïdites diverticulaires fistulisées à la peau périnéale.

Présentation clinique

L'abcès (*figure 4*) se manifeste cliniquement par la survenue d'une tuméfaction douloureuse de la région anale pouvant irradier vers la région génitale, non rythmées par les selles, permanente, classiquement pulsatile, insomnante. Les signes généraux, et notamment la fièvre, sont inconstants, présents dans 18,6 % des cas dans une série rétrospective de 1 023 malades [1]. Une dysurie, voire un globe vésical, peuvent être présents. L'examen proctologique met en évidence l'abcès situé au niveau de la marge près d'une fois sur deux ou, plus latéralement, au niveau de la fosse ischio-rectale dans 23 % des cas sur une série prospective de 474 malades [22]. Cet abcès peut être évident dès l'inspection sous forme d'une tuméfaction rouge, chaude, luisante, parfois rompue, laissant sourdre une goutte de pus ou sur le point de se rompre ou n'être perceptible qu'à la palpation qui retrouve une induration asymétrique douloureuse. Une béance anale peut être constatée en cas d'abcès intersphinctérien. Parfois l'abcès peut se développer intégralement dans l'espace intersphinctérien et constituer un abcès intramural du rectum ; l'examen du périnée est alors normal ; c'est le toucher rectal qui permet de suspecter le diagnostic en percevant une voussure ou une induration pariétale source de douleurs exquises.

La gangrène gazeuse périnéale, ou gangrène de Fournier, est une fasciite nécrosante rare dont le pronostic peut être fatal dans 16 à 45 % des cas [23]. Il s'agit d'une urgence vitale dans tous les cas. Elle peut faire suite à un geste proctologique (cure de fistule, hémorroïdectomie, ligature élastique) ou, moins souvent, survenir d'emblée au cours d'une infection anopérinéale, rectale ou urogénitale. Elle est favorisée par les antécédents de diabète, d'alcoolisme, de dénutrition et

d'immunosuppression et elle est plus fréquente chez l'homme [23]. L'infection est d'origine plurimicrobienne, anaérobie et aérobie (*Clostridium perfringens*, *Klebsiella*, *Bacteroides fragilis*...). Elle se manifeste par des douleurs intenses associées à un retentissement général pouvant aller jusqu'au choc septique. À l'examen, le périnée est polychrome avec alternance de plages verdâtres, rouges, œdémateuses et noirâtres et, inconstamment, une crépitation neigeuse à la palpation qui traduit un emphysème sous-cutané. Les lésions s'étendent très rapidement vers les organes génitaux externes, les plis inguinaux, les lombes et les cuisses.

Diagnostic étiologique de la suppuration

Dès le stade d'abcès, l'interrogatoire et l'examen clinique recherchent des éléments d'orientation du diagnostic étiologique de la suppuration.

En faveur d'une fistule anale, on peut percevoir au toucher anal l'orifice interne sous la forme d'une petite dépression ou, au contraire, d'une granulation située au niveau de la ligne des cryptes ; le toucher rectal révèle parfois une induration du faisceau puborectal du releveur, voire un abcès intramural du rectum témoignant d'une extension dans la couche longitudinale complexe ; plus rarement, l'orifice primaire est visualisé à l'anuscopie qui retrouve rarement du pus sortant par cet orifice.

On recherchera également une fissure anale chronique, un micro-orifice sous-pectinéal antérieur en faveur d'une glande anale, une fossette de sinus pilonidal au niveau du sillon inter-fessier, des antécédents de suppuration dans les territoires des glandes apocrines, la présence de nodules hypodermiques violacés associés à de multiples orifices suppurants et à des cicatrices rétractiles d'aspect chéloïde, en patte de crabes évocatrices d'une maladie de Verneuil (*figure 3*).

Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont le plus souvent inutiles pour diagnostiquer et traiter un abcès ano-périnéal. Le diagnostic est en règle clinique, effectué dès la consultation. Seul l'abcès intramural du rectum peut parfois être plus difficile à mettre en évidence en raison des douleurs générées par l'examen clinique, nécessitant alors un examen sous anesthésie générale, au besoin complété par une endosonographie peropératoire.

Pour orienter le traitement étiologique de l'abcès, pour les fistules anales complexes notamment ou les suppurations récidivantes, certains examens peuvent être utiles ; ils sont alors souvent effectués dans un second temps, après évacuation de l'abcès. La fistulographie n'est plus utilisée. L'endosonographie en 2 ou 3 dimensions et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) réalisée au mieux avec antenne endo-anale peuvent être utilisées afin de préciser les trajets, de diagnostiquer l'orifice primaire et d'apprécier la qualité de l'appareil sphinctérien sous-jacent. Quatre essais randomisés comparant ces deux méthodes d'imagerie ont été publiés [24-27]. Leurs résultats penchent en faveur de l'IRM, bien que le plus récent travail montre que l'endosonographie 3D couplée à l'injection d'eau oxygénée dans le trajet fistuleux est aussi sensible que l'IRM [27]. Cependant, il faut rappeler l'excellente valeur de l'examen sous anesthésie générale effectué par un opérateur entraîné : en comparaison, l'IRM ne modifie l'attitude thérapeutique que chez 10 % des malades [28].

Traitement

Très peu d'essais thérapeutiques de bon niveau de preuve ont été publiés concernant la prise en charge des abcès anopérinéaux. La conduite à tenir face à ce type de pathologie est donc plus fondée sur l'expérience des équipes spécialisées que sur des données factuelles.

Le traitement comporte deux volets : celui de l'abcès lui-même et le traitement étiologique de la suppuration visant à prévenir les récives. Après drainage simple d'un abcès, une récive sous forme d'un nouvel abcès ou d'une fistule anale peut s'observer. La fréquence de ces récives est mal connue variant dans les séries rétrospectives de 3,7 à 87 % [1, 29] et de 14,3 à 40,6 % dans les cinq essais randomisés ayant comparé l'incision drainage simple à la fistulotomie d'emblée [30-34].

Hormis les cas particuliers du métronidazole [35] et de la ciprofloxacine [36] pour la maladie de Crohn et de la clindamycine proposée dans les formes débutantes de maladie de Verneuil [37], l'antibiothérapie n'a quasiment pas été étudiée dans les suppurations anopérinéales. Il faut retenir qu'elle n'a pas de valeur curative. Elle est néanmoins indiquée sur les terrains fragiles (diabétique, immunodéprimé, porteur de valve mécanique...) afin de prévenir une dissémination de l'infection et au cours de la gangrène gazeuse.

L'abcès peut souvent être incisé sous anesthésie locale lorsque la collection affleure la peau, ce qui soulage rapidement le malade et permet de différer le traitement étiologique de la suppuration. Lorsqu'il s'agit d'une collection profonde non accessible au traitement précédent, un drainage sous anesthésie doit être effectué. Il est alors complété par un examen ayant pour but de déterminer l'origine de l'abcès afin d'associer, dans le même temps opératoire, le traitement étiologique de la suppuration. Afin de rechercher une communication de l'abcès avec le canal anal, une épreuve à l'air, au bleu de méthylène ou, pour d'autres, à l'eau oxygénée, peut être effectuée. Lorsque cette épreuve est négative, qu'il n'y a pas d'orifice primaire de fistule patent à l'examen de la ligne des cryptes, il ne faut en aucun cas se fonder sur la loi de Goodsall [38] pour traiter à tout prix une supposée fistule anale. Cette loi veut qu'à un orifice externe antérieur de fistule corresponde un orifice direct par un trajet direct rectiligne et qu'à un orifice externe postérieur corresponde un orifice primaire postérieur par un trajet arciforme ; elle est mise en défaut dans environ 20 % des cas [38]. Lorsque l'origine de l'abcès ne peut être déterminé, il faut, plutôt que de créer un faux trajet, se contenter d'un drainage et prévenir le malade de la possibilité d'une récive.

Le pourcentage de cas dans lequel une fistule anale peut être mise en évidence lors du drainage d'un abcès varie beaucoup dans la littérature (de 26 à 74 % [39, 40]) et dépend probablement du caractère plus ou moins expérimenté des équipes à traiter les fistules anales, comme l'a montré le travail de Grace *et al.* où l'orifice primaire était retrouvé dans 66 et 5,1 % des cas selon qu'il s'agissait d'un opérateur entraîné ou non [41].

Lorsqu'un orifice primaire peut être déterminé, le traitement de la fistule est réalisé.

S'il s'agit d'une fistule basse non à risque, une fistulotomie en un temps peut être réalisée avec une efficacité excellente, les récurrences ne concernant que 1,5 à 6,5 % des malades [29, 42]. Les conséquences sur la continence sont nulles ou négligeables.

Les fistules « à risque » sont celles dont le traitement peut entraîner une incontinence anale. Il s'agit des fistules hautes, des fistules antérieures chez la femme, ce d'autant qu'il existe des antécédents de traumatisme obstétrical, des fistules poly-opérées, des fistules survenant chez un malade âgé ou ayant déjà une continence altérée [43]. Dans ce cas, la fistulotomie en un temps de même que la mise en place d'un séton coupant d'emblée sont délétères entraînant une incontinence dans plus de 50 % des cas [44]. Le traitement consiste donc à mettre en place un séton lâche, non coupant, pour assurer le drainage du trajet fistuleux. Certains associent à ce geste une section de la partie haute du sphincter afin d'abaisser le trajet et de drainer l'espace intersphinctérien sans modifier l'architecture de la région [45]. Le deuxième temps opératoire est effectué après cicatrisation complète de la plaie opératoire, soit après 6 à 8 semaines. Deux options sont envisageables : le traitement conventionnel et les traitements dits d'épargne sphinctérienne. Le traitement conventionnel est une fistulotomie qui peut être réalisée soit par traction élastique après exérèse des plans cutanéomuqueux sensibles, soit par section directe. Avec cette technique, sur 200 patients atteints de fistules suprasphinctériennes suivis plus de 3 ans, le taux de récurrence obtenu n'était que de 1,7 % avec des troubles de la continence (tous modérés) dans 11 % des cas [45]. Les traitements dits d'épargne sphinctérienne sont : le séton lâche à demeure, le lambeau muqueux rectal d'avancement qui consiste à obturer l'orifice primaire avec un volet mucomusculaire de paroi rectale, l'injection de colle de fibrine et le *rerouting* ou transposition du trajet dans l'espace intersphinctérien. Chapitre à part entière ne pouvant être traité ici, le traitement des fistules liées à la maladie de Crohn ne fait qu'exceptionnellement appel à la fistulotomie compte tenu du risque majeur d'incontinence anale sur ce terrain.

Lorsque l'origine de l'abcès est autre qu'une fistule anale, le traitement est adapté à l'étiologie et souvent discuté selon les auteurs : fissurectomie pour une fissure infectée, excision en bloc avec ou sans fermeture, voire plastie pour un sinus pilonidal, exérèse large de toutes les zones atteintes sans ou avec plastie au cours d'une maladie de Verneuil, etc.

Dans le cas particulier de la gangrène de Fournier, le traitement curatif comporte, outre la réanimation et l'antibiothérapie à large spectre, une excision large de tous les tissus nécrosés, au besoin répétée. Une colostomie et une oxygénothérapie hyperbare sont discutées [23]. Le traitement préventif est l'antibioprophylaxie pour les interventions périnéales.

Conclusion

Pathologie fréquente, les abcès anopérinéaux nécessitent un traitement urgent visant dans un premier temps à soulager le malade. L'origine de ces abcès n'est pas univoque : les fistules anales sont le plus souvent en cause mais il existe également des suppurations indépendantes du canal anal comme le sinus pilonidal et la maladie de Verneuil. La méconnaissance de l'étiologie d'un abcès et l'absence de traitement de cette cause expliquent les fréquentes récurrences de ce type de pathologie.

En résumé

- Les suppurations anopérinéales peuvent être classées selon leur origine.
- Les fistules, développées à partir du canal anal, sont les plus fréquentes et se distinguent selon leurs rapports avec le sphincter externe.
- Les autres suppurations non dépendantes du canal anal ont pour principales étiologies le sinus pilonidal et la maladie de Verneuil, plus rarement la maladie de Crohn.
- La gangrène gazeuse périnéale est la complication gravissime des suppurations anopérinéales.
- Pour prévenir une récurrence, le trajet fistuleux doit être systématiquement recherché par l'examen, éventuellement sous anesthésie générale en cas de collection profonde.
- Le bilan étiologique des suppurations récidivantes ou des fissures peut nécessiter une endosonographie ou une exploration par résonance magnétique nucléaire.
- Le traitement des fistules hautes et récidivantes n'est pas codifié et expose au risque d'incontinence.

Références

1. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum* 1984 ; 27 : 593-7.
2. Arnous J, Denis J, Puy-Montbrun T. Les suppurations anales et périanales. A propos de 6500 cas. *Concours Med* 1980 ; 12 : 1715-29.
3. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. *Ann Chir Gynaecol* 1984 ; 73 : 219-24.
4. Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. *Br J Surg* 1992 ; 79 : 197-205.

5. Eisenhammer S. Emergency fistulectomy of the acute primary anorectal cryptoglandular intermuscular abscess-fistula in ano. *S Afr J Surg* 1985 ; 23 : 1-7.
6. Fitzgerald RJ, Harding B, Ryan W. Fistula-in-ano in childhood : a congenital etiology. *J Pediatr Surg* 1985 ; 20 : 80-1.
7. Lunniss PJ, Jenkins PJ, Besser GM, Perry LA, Phillips RK. Gender differences in incidence of idiopathic fistula-in-ano are not explained by circulating sex hormones. *Int J Colorectal Dis* 1995 ; 10 : 25-8.
8. Kaiser AM, Ortega AE. Anorectal anatomy. *Surg Clin North Am* 2002 ; 82 : 1125-38.
9. Shafik A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. VII. Anal fistula : a simplified classification. *Dis Colon Rectum* 1979 ; 22 : 408-14.
10. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976 ; 63 : 1-12.
11. Seow Choen F, Hay AJ, Heard S, Phillips RK. Bacteriology of anal fistulae. *Br J Surg* 1992 ; 79 : 27-8.
12. Oliver GC, Rubin RJ, Salvati EP, Eisenstat TE, Lott J. Anterior perineal sinus. *Dis Colon Rectum* 1991 ; 34 : 777-9.
13. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus : finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 123-32.
14. Fitzsimmons JS, Guilbert PR, Fitzsimmons EM. Evidence of genetic factors in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 1985 ; 113 : 1-8.
15. Mitchell KM, Beck DE. Hidradenitis suppurativa. *Surg Clin North Am* 2002 ; 82 : 1187-97.
16. Wiltz O, Schoetz DJ, Murray JJ, Roberts PL, Coller JA, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey Clinic experience. *Dis Colon Rectum* 1990 ; 33 : 731-4.
17. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl* 1997 ; 79 : 83-9.
18. Mortimer PS, Dawber RP, Gales MA, Moore RA. Mediation of hidradenitis suppurativa by androgens. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 ; 292 : 245-8.
19. Barth JH, Layton AM, Cunliffe WJ. Endocrine factors in pre- and postmenopausal women with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 1996 ; 134 : 1057-9.
20. Konig A, Lehmann C, Rompel R, Happle R. Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 1999 ; 198 : 261-4.
21. Church JM, Fazio VW, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW. The differential diagnosis and comorbidity of hidradenitis suppurativa and perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1993 ; 8 : 117-9.
22. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum* 1979 ; 22 : 566-8.
23. Eke N. Fournier's gangrene : a review of 1726 cases. *Br J Surg* 2000 ; 87 : 718-28.
24. Hussain SM, Stoker J, Schouten WR, Hop WC, Lameris JS. Fistula in ano : endoanal sonography versus endoanal MR imaging in classification. *Radiology* 1996 ; 200 : 475-81.
25. Stoker J, Hussain SM, Lameris JS. Endoanal magnetic resonance imaging versus endosonography. *Radiol Med* 1996 ; 92 : 738-41.
26. Maier AG, Funovics MA, Kreuzer SH, Herbst F, Wunderlich M, Teleky BK, *et al.* Evaluation of perianal sepsis : comparison of anal endosonography and magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging* 2001 ; 14 : 254-60.
27. West RL, Zimmerman DD, Dwarkasing S, Hussain SM, Hop WC, Schouten WR, *et al.* Prospective comparison of hydrogen peroxide-enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46 : 1407-15.
28. Buchanan GN, Halligan S, Williams AB, Cohen CR, Tarroni D, Phillips RK, *et al.* Magnetic resonance imaging for primary fistula in ano. *Br J Surg* 2003 ; 90 : 877-81.
29. Fucini C. One stage treatment of anal abscesses and fistulas. A clinical appraisal on the basis of two different classifications. *Int J Colorectal Dis* 1991 ; 6 : 12-6.
30. Hebjorn M, Olsen O, Haakansson T, Andersen B. A randomized trial of fistulotomy in perianal abscess. *Scand J Gastroenterol* 1987 ; 22 : 174-6.
31. Schouten WR, van Vroonhoven TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1991 ; 34 : 60-3.

32. Tang CL, Chew SP, Seow-Choen F. Prospective randomized trial of drainage alone vs. drainage and fistulotomy for acute perianal abscesses with proven internal opening. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 1415-7.
33. Barwood N, Clarke G, Levitt S, Levitt M. Fistula-in-ano : a prospective study of 107 patients. *Aust N Z J Surg* 1997 ; 67 : 98-102.
34. Oliver I, Lacueva FJ, Perez Vicente F, Arroyo A, Ferrer R, Cansado P, *et al.* Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 2003 ; 18 : 107-10.
35. Jakobovits J, Schuster MM. Metronidazole therapy for Crohn's disease and associated fistulae. *Am J Gastroenterol* 1984 ; 79 : 533-40.
36. Solomon M. Combination of ciprofloxacin and metronidazole in severe perianal Crohn's disease. *Can J Gastroenterol* 1993 ; 7 : 571-3.
37. Jemec GB, Wendelboe P. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1998 ; 39 : 971-4.
38. Cirocco WC, Reilly JC. Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1992 ; 35 : 537-42.
39. Seow-Choen F, Leong AF, Goh HS. Results of a policy of selective immediate fistulotomy for primary anal abscess. *Aust N Z J Surg* 1993 ; 63 : 485-9.
40. Grandjean JP, Haem J. Anus abscess. Value of systematic search of cases involving the primary orifice. Apropos of a series of 235 patients. *Chirurgie* 1994 ; 120 : 67-72.
41. Grace RH. The management of acute anorectal sepsis. *Ann R Coll Surg Engl* 1990 ; 72 : 160-2.
42. Sangwan YP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ, Sheets JA, Khubchandani IT. Is simple fistula-in-ano simple ? *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 : 885-9.
43. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong D, Goldberg S, Madoff R. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 723-9.
44. Christensen A, Nilas L, Christiansen J. Treatment of transsphincteric anal fistulas by the seton technique. *Dis Colon Rectum* 1986 ; 29 : 454-5.
45. Denis J, Lemarchand N, Dubois N, Ganansia R, Du Puy Montbrun T. Les fistules anales suprasphinctériennes. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1983 ; 19 : 399-404.

Copyright © 2003 John Libbey Eurotext - Tous droits réservés

Hépto-Gastro

Conduite à tenir devant un abcès de la marge anale

Hépto-Gastro. Volume 11, Numéro 4, 253-9, juillet-août 2004. Mini-revue

■ ■ Résumé

Auteur(s) : Agnès Senéjoux , Service de colo-proctologie, Hôpital Léopold-Bellan, 19-21, rue Vercingétorix, 75014 Paris
E-mail : agnes.senejouxbellan.fr .

Résumé : Les abcès de la région anopérinéale n'ont pas une origine univoque. Les fistules anales en sont la cause principale et expliquent 70 % des suppurations. Elles ont toujours une origine canalaire crypto-glandulaire. L'infection peut se propager à l'espace intersphinctérien et traverser ensuite l'appareil sphinctérien. Parmi les suppurations indépendantes de l'anorectum, le sinus pilonidal est la cause la plus fréquente (15 % de l'ensemble des suppurations). Les autres causes d'abcès de la région sont représentées par le sinus pilonidal, la fissure infectée, la maladie de Verneuil, la maladie de Crohn, les glandes anales sous-pectinéales et les fistules rectovaginales. Le traitement des abcès anopérinéaux a un double objectif : soulager le malade en évacuant la suppuration sous tension par incision ou drainage et éviter la récurrence en traitant l'étiologie de l'abcès.

Mots-clés : abcès, anus, fistule, sinus pilonidal

Illustrations

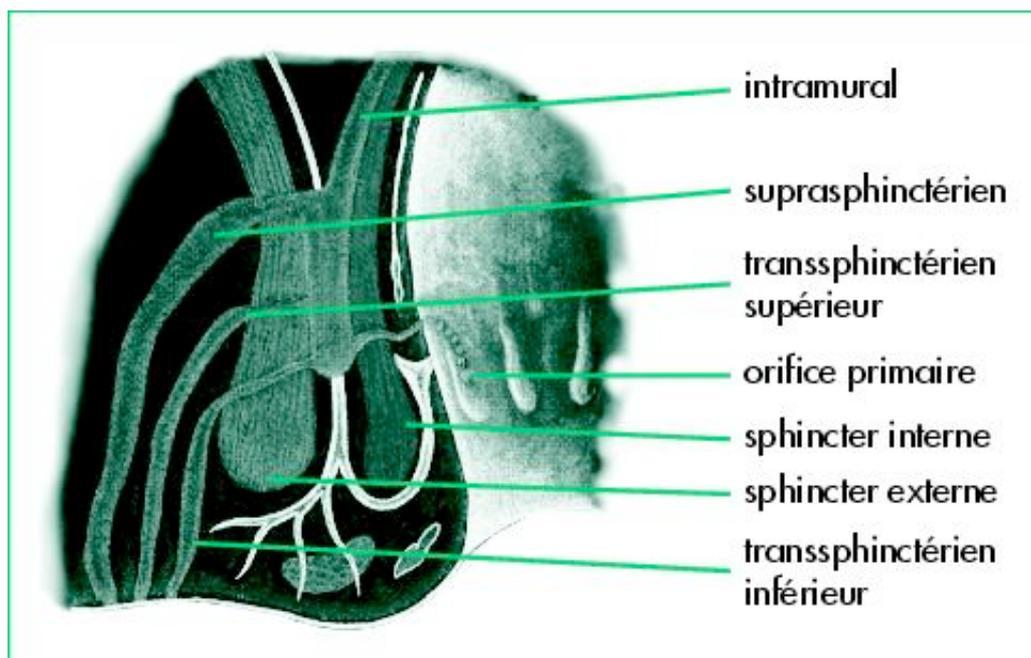


Figure 1. Trajets des fistules anales.



Figure 2. *Sinus pilonidal abcédé.*



Figure 3. *Maladie de Verneuil périnéale.*



Figure 4. *Abcès de la fosse ischio-rectale droite en rapport avec une fistule transphinctérienne supérieure.*

Copyright © 2003 John Libbey Eurotext - Tous droits réservés