

PRISE EN CHARGE DES FISTULES ANALES AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DE L'HÔPITAL NATIONAL DONKA CHU DE CONAKRY

MANAGEMENT OF ANAL FISTULAS IN THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE DONKA NATIONAL HOSPITAL CHU IN CONAKRY

**Keita Seydou¹, Sylla Alpha Mamadou¹, Traoré Lanssana¹, Bah Ibrahima Bory¹,
Kondano Saa Yawo¹, Diakité Sandaly¹, Soumaoro Labilé Togba¹, Camara Fodé
Lansana², Fofana Houssein¹, Touré Aboubacar¹.**

1-Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace DEEN, CHU de Conakry. Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

2- Service de Chirurgie viscérale, Hôpital National Donka, CHU de Conakry. Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

Correspondant : Dr KEITA Seydou Tél : (+224) 622 24 95 31 ; Email : seydoukeita554@gmail.com

RESUME

Introduction : le but de ce travail était d'étudier les fistules anales au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka CHU de Conakry.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective d'une durée de 3 ans (allant du 1er octobre 2021 au 30 septembre 2024) portant sur 54 dossiers de patients traités au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka.

Résultats : les fistules anales représentaient 1,28 % des affections chirurgicales. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 17.

La tranche d'âge la plus touchée était de 25 - 39 ans (55,56 %). L'âge moyen était de 35,5 ans $\pm$ 10 ans et des extrêmes de 20 ans et 69 ans. Les ouvriers et les commerçants ont été les plus fréquents. L'éthylisme et le tabagisme ont été retrouvés dans 39 % des cas.

L'écoulement péri-anal et la douleur anale ont été les principaux signes fonctionnels rencontrés. La durée moyenne d'évolution 4 ans.

L'orifice cutané secondaire était présent chez tous nos patients et le trajet fistuleux était unique dans 77,70 %. Les fistules trans-sphinctérienne inférieure (44,44 %) et intersphinctérienne (22,22 %) ont été les plus fréquentes. La technique chirurgicale la plus pratiquée était la fistulectomie idéale. L'évolution était favorable dans 94,44 %. Nous avons enregistré deux cas de récurrence. Le délai moyen de séjour hospitalier a été de 3 jours.

Conclusion : la fistule anale représente l'une des pathologies proctologiques les plus fréquentes dans notre service dont la prise en charge était la fistulectomie.

Mots-clés : fistules anales, fréquence, fistulectomie, CHU-DONKA.

ABSTRACT:

Introduction: The aim of this study was to study anal fistulas in the Visceral Surgery Department of the Donka National Hospital (CHU) in Conakry.

Methodology: This was a descriptive study with retrospective data collection over a period of 3 years (from October 1, 2021, to September 30, 2024) involving 54 patient records treated in the Visceral Surgery

Department of the Donka National Hospital.

Results: Anal fistulas accounted for 1.28% of surgical conditions. There was a male predominance with a sex ratio of 17.

The most affected age group was 25-39 years (55.56%). The mean age was 35.5 years $\pm$ 10 years, with a range of 20-69 years. Manual workers and shopkeepers were the most common. Alcoholism and smoking were observed in 39% of cases.

Perianal discharge and anal pain were the main functional signs encountered. The average duration of progression was 4 years.

A secondary cutaneous orifice was present in all our patients, and the fistulous tract was single in 77.70% of our patients. Inferior transsphincteric (44.44%) and intersphincteric (22.22%) fistulas were the most common. The most commonly performed surgical technique was ideal fistulectomy. The outcome was favorable in 94.44% of cases. We recorded two cases of recurrence. The average hospital stay was 3 days.

Conclusion: Anal fistula represents one of the most common proctological pathologies in our department, the treatment of which was fistulectomy.

Keywords: Anal fistulas, frequency, fistulectomy, CHU-DONKA.

INTRODUCTION :

La fistule anale est une affection chronique dont le point de départ est l'infection d'une glande d'Hermann et de Desfosses qui s'abouche au niveau des cryptes de Morgagni où se situe l'orifice primaire [1]. C'est une affection gênante pouvant être invalidante pour le patient et l'équipe de soins [2].

La prévalence varie selon les régions, mais elle se situerait entre 10 et 30 pour 100 000 habitants en Europe, au Japon et en Amérique [3-5]. Elle est sous-estimée en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle ou à l'automédication et de la négligence

complicant d'avantage les pathologies proctologiques [6].

Les problèmes posés par les fistules anales sont essentiellement l'inefficacité des traitements médicaux, la fréquence des récurrences et le risque d'incontinence anale après traitement chirurgical inapproprié [2]. Le but de ce travail était d'étudier les fistules anales au service de chirurgie viscérale de Donka - CHU de Conakry.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agissait d'une étude descriptive, à collecte de données rétrospective d'une durée de 3 ans allant du 1er octobre 2021 au 30 septembre 2024 dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka CHU de Conakry portant sur les dossiers individuels des patients admis et opérés pour une fistule anale. C'est un hôpital de référence nationale de Guinée qui reçoit les pathologies médicochirurgicales en consultation de première intention ou référées à partir des structures sanitaires périphériques. Les critères d'inclusion étaient les patients dont les dossiers comportaient une observation clinique, un traitement chirurgical avec compte-rendu opératoire et suivi postopératoire pour fistules anales durant la période d'étude. Pour chaque patient, ont été recueillies les données socio-démographiques (âge, sexe, profession et provenance), les antécédents (diabète, HTA, VIH-SIDA...), le mode de vie (éthylisme, tabagisme...), les données cliniques (signes fonctionnels et physiques, évolution) et paracliniques (biologie et fistulographie), les aspects thérapeutiques (médical et chirurgical) et évolutifs (complication, décès et guérison). Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas conformément à nos critères.

Le type d'anesthésie était général, locorégional ou régional.

Technique de prise en charge :

- Fistule basse (inter-sphinctérienne et trans-sphinctérienne basse) : mise à plat dans le même temps opératoire
Fistulectomie ou fistulotomie chirurgicale :

patient sur table opératoire en position de taille, repérage de l'orifice primaire à l'inspection et la palpation puis injection du bleu de méthylène dans les orifices cutanés secondaires, dissection du trajet fistuleux à partir de l'orifice secondaire jusqu'au sommet du creux ischio-rectal, le trajet est alors poursuivi dans l'épaisseur du sphincter qui est mis à plat, jusqu'à ce que l'on puisse saisir l'orifice primaire, contrôle de l'hémostase au bistouri électrique.

- Fistule haute (trans-sphinctériennes supérieures, extra-sphinctériennes et supra-sphinctériennes) : la mise à plat entraîne un risque d'incontinence post-opératoire par section du sphincter. Les techniques adaptées sont : séton, LIFT, ou lambeau d'avancement.

Mise en place d'un séton : sa réalisation impose deux temps opératoires successifs au bloc opératoire.

Le premier temps consiste en l'ouverture de la fosse ischio-rectale avec mise en place d'un drain (Mersuturet) dans le trajet fistuleux identifié.

Le second temps vérifie l'absence de diverticules mal drainés et remplace le drain par une anse élastique en serrant la partie inférieure du sphincter externe.

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête préétablie et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Toutes les variables quantitatives ont été analysées en déterminant le maximum, le minimum, la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été analysées par leur fréquence et leur pourcentage.

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu et la confidentialité était de principe.

RÉSULTATS : nous avons colligé 54 cas de fistules anales, soit 1,28 % de l'ensemble des pathologies chirurgicales dans le service durant la période d'étude (n = 4 200). Le tableau I nous illustre la répartition selon la tranche et le sexe ; l'âge moyen des patients était de 35,5 ans $\pm$ 10ans avec des extrêmes de 25 ans et 69 ans, la tranche d'âge de 20-39 ans était la plus touchée

(55,56 %). Le sexe masculin était prédominant (n = 51) avec un sex-ratio de 17.

Les ouvriers et les commerçants/marchands étaient les couches socioprofessionnelles les plus affectées dans cette étude. La figure 1 nous montre les catégories socioprofessionnelles.

Les patients ayant un niveau socio-économique bas étaient les plus incriminés dans cette étude, soit 77,78 % (n = 42 cas) seulement 22,22 % (n = 12) avaient un socio-économique moyen.

Les principaux signes cliniques (fonctionnels et physiques) retrouvés étaient l'écoulement liquidien 90,74 % (n = 49), la constipation et la douleur anale à la défécation 83,33 % (n = 45) et le prurit anal 59,26 % (n = 32).

Le traitement traditionnel et où l'automédication était le premier recours de nos patients soit 90,74 % (n = 49).

La durée d'évolution de la maladie était moins de 5 ans dans 77,78 % (n = 42). Le tableau II nous illustre la durée d'évolution de la fistule en année.

Le délai de consultation de 0 à 4 ans était le plus fréquent, soit 77,78 % (n = 42) suivi de 5 à 10 ans dans 16,67 % (n = 9) et plus de 10 ans dans 5,56 % (n = 3) des cas.

Le mode de vie était dominé par le tabagisme dans 33,33 % (n = 18) suivi de l'alcoolisme dans 5,56 % (n = 3) des cas.

Les antécédents retrouvés chez nos patients étaient le diabète 16,67 % (n = 9) et le VIH/SIDA soit 11,11 %.

L'orifice cutané de la fistule était unique dans 42 cas, soit 77,78 % et multiple dans 12 cas soit 22,22 %.

Tous les patients ont réalisé la fistulographie, soit 100 %, les différents types de fistule selon le trajet fistuleux à la fistulographie étaient : la fistule trans-sphinctérienne inférieure 44,44 % (n = 24), la fistule inter-sphinctérienne 22,22 % (n = 12), la fistule extra-sphinctérienne 16,67 % (n = 9), la fistule supra-sphinctérienne, 11,11 % (n = 6) et la fistule en fer-à-cheval 1,85 % (n = 3).

Le bilan préopératoire a été réalisé dans tous les cas soit 100 % : NFS (une hyperleucocytose dans 44,44 %, une anémie dans 33,33 %), L'AgHBS et la SRV étaient positifs dans 22,22 % (n = 12) chacun, et une hyperglycémie dans 16,67 % (n = 9) des cas.

Les diabétiques, les séropositives au VIH/SIDA ont été soumises aux régimes antidiabétiques et aux antirétroviraux bien codifiés. 11,11 % des cas ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

La prise en charge était chirurgicale dans 100 % des cas. La rachianesthésie était la plus utilisée, soit 77,78 % (n = 42) suivi de l'anesthésie locale dans 11,11 % (n = 6) et seulement 11,11 % (n = 6) des cas ont été opérés sous anesthésie générale.

La technique la plus réalisée était la fistulectomie dans 66,67 % (n = 36) des cas pour les fistules anales basses et la mise en place d'un séton dans 33,33 % (n = 18) pour les fistules anales hautes, **voir le tableau II**. Les suites opératoires ont été simples dans la quasi-totalité des cas 94,44 % (n = 51), nous avons noté 1 cas d'hémorragie à j 1 postopératoire soit 1,85 % et 3,7 % (n = 2) de récidives à 8 mois.

La durée moyenne de séjour était de 3 jours avec des extrêmes 1 et 5 jours.

DISCUSSION :

La fistule anale est la plus fréquente des suppurations anopérinéales. Elles ont représenté 1,28% des affections chirurgicales au service de chirurgie viscérale de l'hôpital National Donka. Cette incidence est inférieure à celle de Sissoko et al au Mali en 2003, qui ont noté une fréquence de 1,6% de fistule sur l'ensemble des interventions chirurgicales [7], mais supérieure à celle de Kondano et al en 2021 qui avaient rapporté 0,58% par rapport à l'ensemble des activités chirurgicales à l'hôpital national Ignace Deen [8].

Comme dans notre étude, plusieurs auteurs ont rapporté une prédominance masculine. Cette dernière serait liée au nombre plus élevé des glandes anales chez l'homme que chez la femme [8 - 11]

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 35,5 ans. Dans la littérature, toutes les tranches d'âge peuvent être atteintes avec une nette prédominance entre 30 et 50 ans [8, 12]

Le long délai de consultation des fistules anales primaires est retrouvé dans plusieurs séries et serait dû à la tradithérapie, l'automédication et le caractère honteux de l'affection [8, 12, 13].

Le diagnostic a été essentiellement clinique. L'orifice externe retrouvé (100%) était unique dans 77,78% dans cette étude. La découverte de l'orifice interne est le temps capital de l'examen physique. Elle repose sur le toucher rectal, l'injection de bleu de méthylène ou d'air, l'IRM et parfois la fistulographie [14].

L'exploration paraclinique est nécessaire dans les fistules anales complexes et récidivantes afin d'identifier le ou les trajets fistuleux, leurs rapports sphinctériens et d'apprécier la qualité fonctionnelle de l'appareil sphinctérien [9].

Le traitement chirurgical des suppurations anales a pour but de tarir la suppuration tout en préservant la continence anale [14, 15].

Certains auteurs ont fait la section lente par fil élastique chez leurs malades [12].

Le choix de la technique serait lié au type de fistule, à la masse musculaire intéressée par le trajet et de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

Au stade de la fistule, la mise à plat du trajet fistuleux reste le traitement de référence pour son taux élevé de guérison [16].

Pour certains auteurs, la fistulotomie est le traitement le plus efficace des fistules anales. Mais ce traitement expose au risque d'incontinence anale pour les fistules hautes ou à risque [17].

La fistulectomie dans notre série nous a permis d'obtenir un résultat satisfaisant, nous avons noté 1 cas d'hémorragie postopératoire soit 1,85% et 3,7% (n=2) de récidives, par contre kondano et al ont rapporté 12,77% (n=12) de récurrence [8]. Cependant Zubing et al ont rapporté que les taux de récurrence de la fistule anale variaient de 2,5-57,1 % et le taux de récurrence groupé

était de 19 % (IC à 95 %, 15-23 %), avec une hétérogénéité significative entre les études ($I^2 = 96,8\%$, $P < 0,001$) [18].

CONCLUSION :

La fistule anale est une affection fréquente. Son diagnostic est essentiellement clinique, le traitement est basé sur la chirurgie et doit intéresser les orifices et le trajet. S'il est

correctement effectué, donne de très bons résultats, mais il peut être émaillé de récurrence et surtout d'invalidité fonctionnelle anale.

CONFLITS D'INTERETS :

Les auteurs ne déclarent aucun intérêt concurrent.

REFERENCES :

- [1]. Arnous J, Denis J, Du Puy M. Les suppurations anales et péri anales, à propos de 6500 cas. *Concours Med (Paris)* 1980 ; 102 (12) :1715-29.
- [2]. Diop B, Dia AA, Ba PA, Sy A, Wane Y, Sarre S M. Prise en charge des fistules anales au Service de Chirurgie de l'Hôpital Militaire de Ouakam : à propos d'une série de 63 observations. *Rev. Afr. Chir. Spéc.* 2017; 11(2): 5-9.
- [3]. Arash S, Mansour B, Jebreil S, Mahmoud Y. Prévalence des fistules anales : revue systématique et méta-analyse. *Banc de lit gastroenterol hepatol. Hiver* 2022 ; 15 (1) : 1-8.
- [4]. Yamana T. Lignes directrices japonaises pour les troubles anaux II. Anal Résultats fonctionnels à long terme et facteurs de risque de récurrence après traitement chirurgical des fistules périanales basses et hautes d'origine cryptoglandulaire. *Dis Colon Rectum.* 2008 ; 51(10): 1475–81.
- [5]. Sahnun K, Askari A, Adegbola SO, Tozer PJ, Phillips RKS, Hart A, et al. Histoire naturelle du sepsis anorectal. *Br J Surg.* 2017 ; 104 (13) : 1857-6.
- [6]. Dia D, Diouf M, Mbengue M, Bassene M, Fall S, Diallo S, et al. Pathologies anorectales à Dakar, analyse de 2016 examens proctologiques. *Méd d'Afrique Noire* 2010 ; 57 : 241-4.
- [7]. Sissoko F, Ongoiba N, Coulibaly Y, Coulibaly B, Doumbia D, Dembele M et al. Les fistules anales en chirurgie B à l'hôpital du point g : expérience à propos de 164 cas. *Mali médical* 2003 ; 18 (1 et 2) :25-28
- [8]. SY Kondano, N Fofana, I Oulare, MC Dallo, MS Barry, FA Kamano, et al. Les Fistules Anales : Aspects Sociodémographiques, Diagnostiques Et
- Thérapeutiques à L'hôpital National Ignace Deen, Chu De Conakry. *J Afr Chir Digest* 2021 ; 21(2) : 3490 - 3.
- [9]. Pfenninger JL, ZaiNea GC. Common anorectal conditions; part lesions *Am Fam Physician* 2001; 64 (1):77-88.
- [10]. Tade AO, Salami BA, Musa AA. Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo university Teaching Hospital Sagamu. *Niger Postgrad Med J* 2004;11 (3): 218-20
- [11]. Pommaret E, Benfredj P, Soudan D, De Parades V. Techniques d'épargne sphinctérienne dans le traitement des fistules anales. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2014 ; 67 (4) : 1–6.
- [12]. Hrra A, Raiss M, Menfaa M, Sabbah F M, Mjatted A, Halhal A, et all. Le traitement chirurgical des fistules anales : à propos de 300 *Med* 2001; 23: 253-6.
- [13]. Jurczak F, Laridon J Y, Raffaitin Ph, Pousset JP. Colle biologique dans les fistules anales : à Propos de 31 patients. *Ann Chir* 2004; 129: 286-89.
- [14]. Denis J, Lemarchand N. Fistules anales. *Encycl. Med. Chir. (Paris) Estomac-intestin* 1990; 9086 ; 10, 5 : 10.
- [15]. Puy-Montbrun. Traitement des fistules anales. *Gastroenterol Clin Biol* 1998.
- [16]. Pigot F. Traitement des fistules anales abcédées ou non. *Journal de chirurgie viscérale* 2015 ; 152 (2) :22-8.
- [17]. Senéjoux, A. Prise en charge des fistules anales cryptogénétiques. Traitement conventionnel. *Colon Rectum* 2007 ; 1 : 87-92.
- [18]. Zubing Mei, Qingming Wang, Yi Zhang , Peng Liu ,Maojun Ge ,Peixin Du ,Wei Yang ,Yazhou He. Facteurs de risque

ANNEXE

Tableau I : Répartition des cas selon les tranches d'âge et le sexe

Tranches d'âge (ans)	Sexe		Effectif	%
	Masculin	Féminin		
[25- 39]	29	1	30	55,56
[40-54]	16	2	18	33,33
[55 – 69]	6	00	6	11,11
Total	51	3	54	100

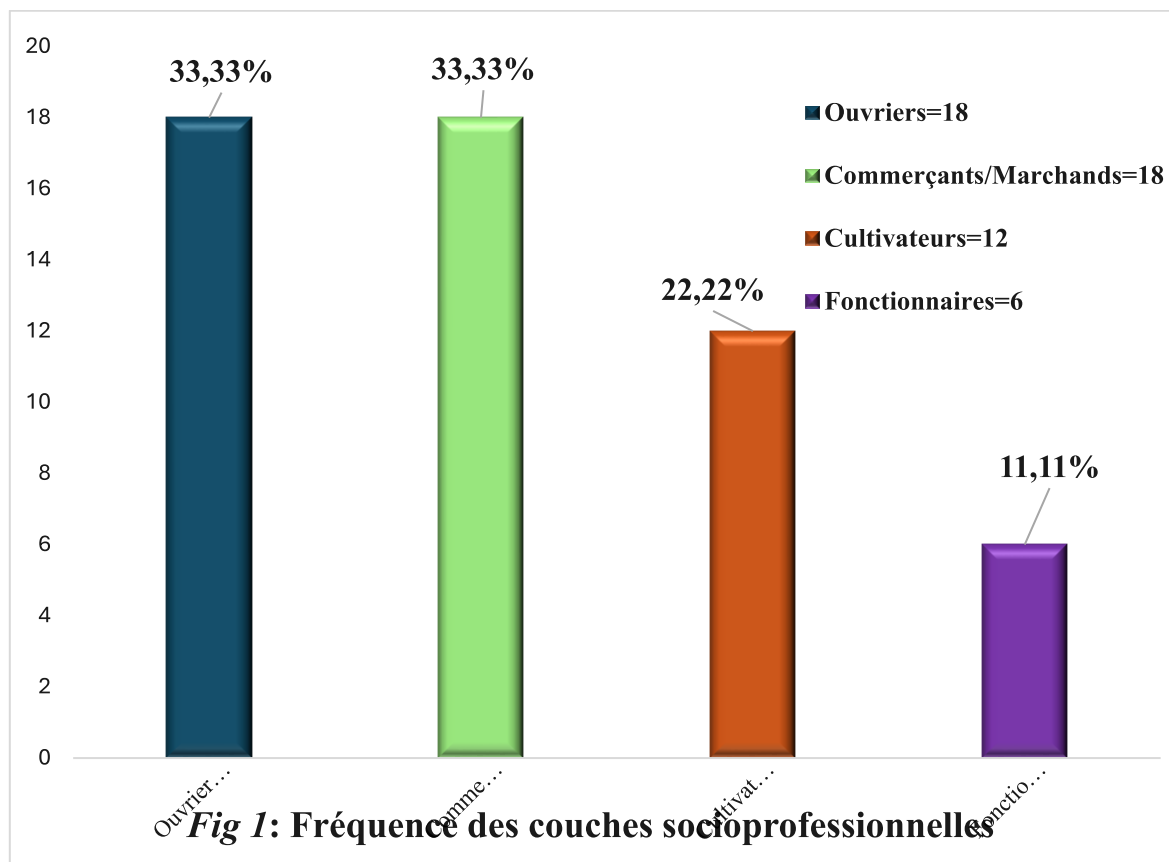


Tableau II : répartition des patients selon l'évolution en fonction de la technique utilisée pour chaque type.

Type de fistule	Techniques utilisées		Suites opératoires
	Fistulectomie	Séton	
Fistule trans-sphinctérienne inférieure	24 (44,44 %)	---	Simple
Fistule inter-sphinctérienne	12 (22,22 %)	---	1 cas d'hémorragie
Fistule extra-sphinctérienne	--	9 (16,67 %)	1 cas de récurrence
Fistule supra-sphinctérienne	--	6 (11,11 %)	Simple
Fistule en fer-à-cheval	---	3 (1,85 %)	1 cas de récurrence