

Ministère de l'enseignement supérieur et
de la recherche scientifique



République du Mali

Un peuple - Un but - Une



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2023 - 2024

MEMOIRE

Mémoire N°/

**Fistule Anale : Aspects Diagnostique, Thérapeutique et
Evolutif dans le service de chirurgie B CHU point G**

Présenté et soutenu publiquement le 27/12/2024 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Docteur YATERA Demba

Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée en chirurgie générale

JURY

Président : Pr Lassana KANTE

Membre : Pr Bréhima BENGALY

Directeur : Pr Drissa TRAORE

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon de l'année	8
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe	9
Figure 3 : Répartition des patients selon d'identification de l'orifice interne. ...	20
Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation en jours.	24
Figure 5 : Fistule anale : Identification du trajet par le stylet à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G).....	41
Figure 6 : Fistule anale : examen pré opératoire orifice externe (image chirurgie B CHU point G)	42
Figure 7 : Fistule anale : Recherche de l'OI par l'injection d'air à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G).....	42
Figure 8 : Fistule anale : Recherche de l'OI par l'injection d'air à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G).....	43
Figure 9 : Fistule anale : trajet fistuleux après fistulectomie (image chirurgie B CHU point G)	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon de la tranche d'âge.....	9
Tableau II : Répartition des patients selon la provenance	10
Tableau V : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique	12
Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial	12
Tableau VII : Répartition des patients selon les comorbidités.....	13
Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux	13
Tableau IX : Répartition des patients selon le motif de consultation	14
Tableau XI : Répartition des patients selon l'identification des orifices externes	14
Tableau XII: Répartition des patients selon la localisation anatomique de OE..	15
Tableau XIV: Répartition des patients selon la position orifices multiples.....	15
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de nombre trajets	16
Tableau XVI: Répartition des patients selon les pathologies proctologiques associées.	16
Tableau XVII : Répartition des patients selon la réalisation de la fistulographie	17
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la complexité de la fistule anale	17
Tableau XX : Répartition des patients en fonction de la prévention tétanos.....	18
Tableau XXI : Répartition des patients selon l'utilisation de l'antibiothérapie .	18
Tableau XXII: Répartition des patients selon le type d'anesthésie	19
Tableau XXIII: Répartition des patients selon le mode de repérage de l'OI.....	19
Tableau XXV: Répartition des patients selon la classification per opératoire ...	21
Tableau XXVI : Répartition des patients selon la technique chirurgicale.....	21
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le geste supplémentaire pour pathologie associée.....	22
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les techniques opératoires par rapport au type de fistule.....	22

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les techniques opératoires par rapport à la classification fistule haute/basse 23

Tableau XXXI: Répartition des patients selon le type complication immédiate. 25

Tableau XLIII : Répartition des patients selon l'âge moyen des auteurs. 27

Tableau XLIV : Répartition des types de fistule selon des auteurs 31

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
1. METHODOLOGIE.....	5
1.1. Cadre d'étude.....	5
1.2. Type et période de l'étude	5
1.3. Population d'étude :.....	5
1.4. Variables	6
1.5. Techniques et outils de collecte des données	6
1.6. Collecte des données	6
1.7. Traitement des données et analyse des données.....	7
1.8. Aspects éthiques	7
2. RESULTATS	8
2.1. Aspects épidémiologiques	8
2.2. Aspects sociodémographiques.....	9
2.3. Antécédents/comorbidités	13
2.4. Aspects cliniques	14
2.5. Pathologies proctologiques associées.....	16
2.6. Examens complémentaires	17
2.7. Aspects thérapeutiques	18
2.8. Durée d'hospitalisation.....	24
2.9. Suites opératoires.....	24
3. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	26
3.1. Fréquence globale.....	26
3.2. Sexe :	26
3.3. Age :.....	27
3.4. Signes fonctionnels.....	27
3.5. Les signes physiques	28
3.6. Orifice externe (OE)	28
3.7. Orifice interne (OI).....	29
3.8. Pathologies proctologiques associées.....	30
3.9. Les Examens complémentaires	30
3.10. Classification anatomique (parks)	31
3.11. Traitement.....	32
CONCLUSION :	35

RECOMMANDATIONS :..... 36
REFERENCES 37
ANNEXES 40

INTRODUCTION

La fistule anale correspond à une communication anormale entre le canal anal et la peau péri-anale[1].

On distingue les fistules anales crypto-glandulaires et les fistules anales non crypto-glandulaires[1].

Les fistules anales d'origine crypto-glandulaire sont les plus fréquentes. Elles représentent 90% des fistules anales[1]. Elles sont caractérisées par un orifice primaire situé le long de la ligne pectinée, un orifice secondaire variable, fréquemment localisé au niveau de la marge anale, et d'un trajet fistuleux interconnectant ces deux orifices [2]. La fistule anale constitue la forme chronique de l'abcès ano rectal. Ces deux phases successives constituent une entité unique appelée, maladie fistuleuse ano rectale [3].

Elle occupe le 3ème rang des pathologies proctologiques derrière les maladies hémorroïdaires et les fissures anales [4]. L'incidence annuelle de la fistule anale varie entre 12 et 28 cas pour 100 000[1]. Les données récentes sur les fistules anales crypto-glandulaires aux **États-Unis** montrent que chaque année, environ 20 000 à 25 000 nouveaux cas sont diagnostiqués [5]. Une étude multicentrique en **Europe** signale une incidence annuelle d'environ 1 pour 5 000 personnes [6].

En Afrique, sa fréquence est estimée à 26,21% au **Sénégal** (17), à 3,8% au **Maroc** (7). Au **Mali**, selon des études réalisées au CHU du point G en 1998 et au CHU Gabriel Touré en 2021, la fréquence était estimée respectivement à 20% et à 39,03% [8,9].

Cette pathologie a enregistré une prédominance masculine (sex-ratio de 2 à 3 hommes pour 1 femme). Elle concerne le plus souvent des patients jeunes entre 20 et 50 ans sans être exceptionnelle au-delà [1]

Le diagnostic de la fistule anale repose principalement sur des critères cliniques, avec un taux de détection de l'orifice interne atteignant 93 % lors d'un toucher

rectal effectué par un opérateur expérimenté [8]. Sur le plan clinique, la fistule anale se manifeste par l'écoulement purulent chronique, la douleur, et le prurit de la région ano-périnéale[9].

La localisation de l'orifice interne (primaire) est un problème essentiel puisque le traitement radical de la fistule anale suppose l'éradication de l'orifice interne. L'orifice primaire est souvent ressenti comme un petit granulome ou une dépression de la papille [9]. L'instillation d'air, d'eau ou de bleu de méthylène par l'orifice externe à l'aide d'une seringue peut aussi permettre de percevoir l'orifice interne au toucher rectal [8]

Les examens paracliniques notamment, l'écho endoscopie et l'IRM du canal anal et du pelvis sont indiqués en cas de suspicion d'une origine spécifique, ou pour préciser le trajet principal, les collections et les trajets accessoires, ainsi que pour évaluer les lésions sphinctériennes préexistantes. Les prélèvements bactériologiques sont proposés en cas de fistule atypique afin d'éliminer une origine infectieuse spécifique (tuberculose, actinomycose ou gonococcie...) [10].

Pathologie connue depuis l'Antiquité, les fistules anales sont encore aujourd'hui un défi thérapeutique majeur [5]. Le traitement de la fistule anale est chirurgical, adapté au type de la fistule [15]. En effet, il existe plusieurs classifications des fistules crypto glandulaire dont la plus utilisée est la classification de Parks. Cependant, Arnous a proposé une classification simplifiée d'intérêt thérapeutique selon laquelle on distingue les fistules hautes et fistules basses en fonction de la hauteur du trajet de la fistule par rapport à la ligne pectinée [11]. Ainsi, les fistules basses et simples sont traitées en un temps par fistulotomie ou mise à plat ou fistulectomie, les fistules hautes par fistulotomie en plusieurs temps pour l'abaissement et pose de ligature élastique. D'autres techniques comme l'utilisation de la colle biologique, le lambeau d'abaissement rectal, le Plug sont de plus en plus utilisées pour les fistules hautes[12],[15]

La prise en charge de cette pathologie soulève des questions cruciales quant à son diagnostic, et à l'efficacité des interventions thérapeutiques.

Questions de recherche :

1. Quelles ont été les modalités diagnostiques de la fistule anale au CHU du point G entre 1998 et 2024 ?
2. Quelles techniques chirurgicales sont-elles utilisées au CHU du point G entre 1998 et 2024 ?
3. Quels étaient les taux de complications et de récurrence ?

Hypothèse de recherche :

- Le diagnostic de la fistule anale était basé sur les données cliniques. Les techniques chirurgicales utilisées étaient fonction du type de fistule et incluaient la fistulectomie, la fistulotomie (mise à plat) et la pose de ligature élastique. Les taux de complication et de récurrence étaient faibles

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la fistule anale dans le service de chirurgie B du CHU Point G

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence hospitalière de la fistule anale dans le service de chirurgie B du CHU du point G entre 1998 et 2024
2. Décrire les aspects diagnostiques de la fistule anale dans le service de chirurgie B du CHU du point G entre 1998 et 2023
3. Décrire les aspects thérapeutiques de la fistule anale dans le service de chirurgie B du CHU du point G entre 1998 et 2024

1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie B du CHU Point G. C'est un service de chirurgie générale. Il est composé de deux blocs opératoires et de deux pavillons d'hospitalisation : le Pavillon DOLO avec 17 lits et le Pavillon de Chirurgie I avec 12 lits répartis en 3 catégories.

1.2. Type et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une phrase rétrospective allant de janvier 1998 à décembre 2023 et une phrase prospective allant du 1 janvier au 30 juin 2024 des données ayant porté sur la fistule anale.

1.3. Population d'étude :

Patients pris en charge pour une fistule anale crypto glandulaire au CHU du Point G entre janvier 1998 et décembre 2024.

a. Critères d'inclusion

Patients adultes (≥ 18 ans) diagnostiqués avec une fistule anale cryptogénique confirmée cliniquement et/ou par imagerie, ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale. Ainsi sur 160 cas de fistules cryptogéniques colligés, 128 ont été inclus pour dossiers exploitables.

b. Critères de non-inclusion

Cas de fistules secondaires à des pathologies inflammatoires (maladie de Crohn), des cancers ou des traumatismes anaux.

C. Critères d'exclusion : données du dossier incomplet.

c. Echantillonnage :

➤ Méthode et technique :

La méthode d'échantillonnage était non probabiliste avec la prise en charge dans les cas de fistule anale confirmée par l'examen clinique.

➤ Taille de l'échantillon :

Les critères d'inclusion utilisés ont permis de trouver des dossiers de patients atteints de la fistule anale.

1.4. Variables

- **Données épidémiologiques**
- **Données sociodémographiques** (âge, sexe).
- **Antécédents** : Comorbidités/ATCD chirurgical proctologique
- **Données cliniques** : (signes initiaux, nombres orifices, localisation, classification selon Parks).
- **Données thérapeutiques** : Techniques chirurgicales utilisées.
- **Données évolutives** : Complications post-opératoires, Récidives et durée de suivi, Le suivi moyen était de 18 mois.

1.5. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire. Ces données ont ensuite été consignées sur une fiche d'enquête.

1.6. Collecte des données

Phase rétrospective : La collecte des données a été faite à partir des anciens dossiers de malades, des registres de consultation, d'hospitalisation, de compte-rendu opératoire des. Ces données ont été consignées sur une fiche d'enquête.

Phase prospective : Tous les patients recrutés durant cette phase ont bénéficié d'un examen clinique soigneux à savoir :

Un interrogatoire : à la recherche de signes fonctionnels, des antécédents médicaux, chirurgicaux.

Un examen physique : à la recherche de l'orifice externe (leur nombre, leur position et leur distance par rapport à l'orifice anal), et des pathologies ano rectales associées.

1.7. Traitement des données et analyse des données

Une fois la collecte terminée, les données étaient saisies sur Excel, en plaçant les patients en ligne et chaque variable placée en colonne. Une vérification s'en était suivie afin de les purger de toute erreur.

La base de données Excel était ensuite transposée sur Epi info 7 pour analyse. Celle-ci consistait dans un premier temps en une analyse descriptive consistant pour les variables qualitatives la réalisation de tables de fréquence qui reprenait pour chaque variable, le nombre de sujets ainsi que le pourcentage correspondant et pour les variables quantitatives au calcul de moyennes, de déviations standards, de médianes, de valeurs minimales et maximales, suivie d'une réorganisation en classe.

Un test du Chi-2 était utilisé pour la comparaison de variables qualitatives. Lorsque cela n'était pas possible (effectifs trop faibles), un test de Fisher était réalisé. Pour la comparaison des variables quantitatives un test de Student était réalisé. Une analyse statistique différentielle était utilisée et la P-value était réalisée avec un seuil de signification de $P < 0,05$.

1.8. Aspects éthiques

S'agissant d'une recherche observationnelle rétrospective sur des données récupérées dans le cadre des soins. Celle-ci n'entre pas dans le cadre de la loi de protection des données personnelles. De ce fait, il n'a pas été nécessaire d'obtenir d'autorisation spécifique de la part d'un comité d'éthique ou d'une autorité compétente. Cependant, afin de respecter au mieux la protection des données personnelles, les échanges entre les différents interlocuteurs ont été réalisés dans le respect de la confidentialité.

2. RESULTATS

2.1. Aspects épidémiologiques

2.1.1. Fréquence

Pendant 26 ans, nous avons colligé 160 dossiers de fistule anale soit :

- 76,92% (160/208) des suppurations anales ;
- 34,56% (160/463) des pathologies proctologiques opéré à froid ;
- 1,93% (160/8277) des interventions chirurgicales (bloc à froid) ;
- 0,69% (160/23052) des consultations
- 0,71% (160/22315) des hospitalisations.

Parmi les 160 dossiers de fistules anales crypto glandulaires, 32 ne contenaient pas de compte rendus opératoires. Ces dossiers ont été exclus de la suite de l'étude après le calcul des fréquences dont un total 128 dossiers retenus pour la suite de l'étude.

2.1.2. Répartition des patients selon le recrutement annuel

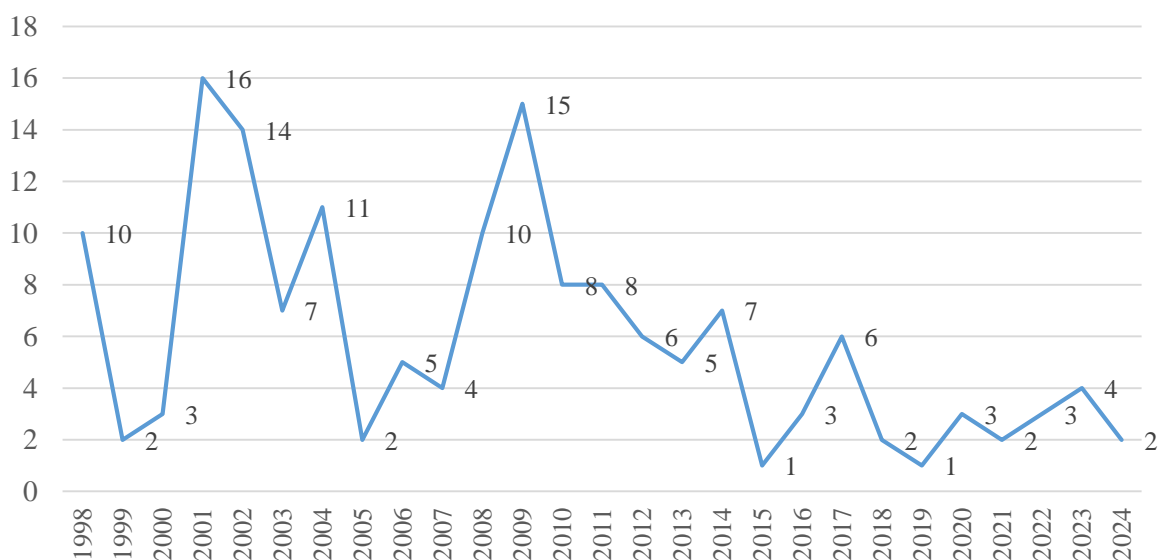


Figure 1: Répartition des patients selon de l'année

Le nombre moyen de cas annuel était 6 par an.

2.2. Aspects sociodémographiques

➔ Age

Tableau I : Répartition des patients selon de la tranche d'âge

Tranche d'âge(année)	Fréquence	Pourcentage (%)
15-30	29	22,66
31-45	60	46,88
46-60	33	25,78
60-75	6	4,69
Total	128	100

L'âge moyen était de $40,2 \pm 12,06$ ans avec des extrêmes de 15 et 75 ans.

➔ Sexe

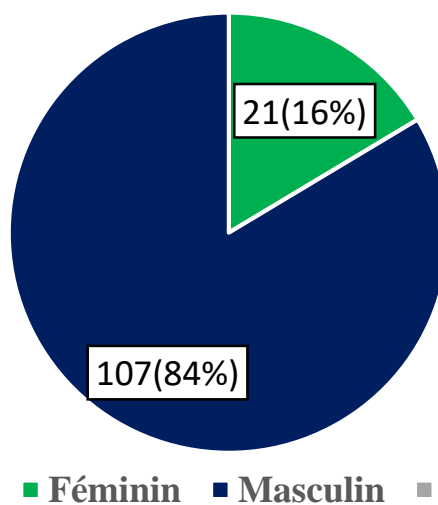


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe- ratio était de 5,09(5 :1)

➤ Provenance

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Région	Fréquence	Pourcentage (%)
Bamako	81	63,28
Mopti	12	9,38
Kayes	9	7,03
Koulikoro	7	5,47
Ségou	6	4,68
Tombouctou	5	3,91
Gao	4	3,13
Kidal	2	1,56
Sikasso	2	1,56
Total	128	100

Plus de la moitié de nos patients provenait de Bamako.

➤ Nationalité

Tableau III : Répartition des patients selon la nationalité

NATIONALITÉ	Fréquence	Pourcentage (%)
Maliennne	124	96,88
Sénégalaise	2	1,56
Congolaise	1	0,78
Mauritanienne	1	0,78
Total	128	100

La majorité des patients était des Maliens.

➤ **Profession**

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Commerçant	26	20,31
Ouvrier	15	11,72
Etudiant	15	11,72
Cultivateur	14	10,94
Ménagère	10	7,81
Eleveur	9	7,03
Enseignant	8	6,25
Militaire	8	7,03
Tailleur	5	3,91
Comptable	5	3,91
Médecin	4	3,13
Chauffeur	3	2,34
Ingénieur	2	1,56
Infirmier	1	0,78
Mécanicien	1	0,78
Secrétaire	1	0,78
Total	128	100

Presque toutes les professions étaient concernées par cette pathologie.

➤ Niveau socioéconomique

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique

Niveau Socioéconomique	Fréquence	Pourcentage (%)
Bas	60	46,88
Moyen	59	46,09
Elevé	9	7,03
Total	128	100

Près de la moitié des patients avait un bas niveau socio-économique.

➤ Statut matrimonial

Tableau IVI : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Marié	80	62,50
Célibataire	36	28,91
Divorcé	6	4,69
Veuf (ve)	5	3,91
Total	128	100

Près de 2/3 des patients étaient mariés

2.3. Antécédents/comorbidités

➤ Comorbidités

Tableau VI : Répartition des patients selon les comorbidités

Comorbidités	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucune	102	79,68
Diabète	13	9,38
HTA	11	8,6
Obésité	5	3,91
Asthme	1	0,78
Drépanocytose	1	0,78
Tuberculose	1	0,78
Total	128	100

La majorité de nos patients n'avait pas de comorbidité.

➤ Antécédents chirurgicaux

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Mise à plat abcès anal	16	57,14
Hémorroïdectomie	8	28,56
Fissurectomie	4	14,28
Chirurgie fistule anale	2	7,14
Extraction corps étranger anal	1	3,57
Total	28	100

Parmi nos patients 28/128 avaient un ATCD de chirurgie proctologique.

2.4. Aspects cliniques

➤ Signes fonctionnels

Tableau IVII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Signes initiaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Ecoulement purulent	90	70,31
Ecoulement purulent + Douleur anale	15	11,72
Tuméfaction anale	11	8,6
Douleur anale	6	4,69
Douleur + Tuméfaction anale	4	3,12
Tuméfaction anale + écoulement purulent	2	1,56
Total	128	100

L'écoulement purulent a été le motif de consultation la plus fréquente.

➤ Signes physiques

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'identification des orifices externes

Identification des orifices	Fréquence	Pourcentage(%)
Orifice externe unique	106	78,13
Orifices externes doubles	19	10,15
Orifices externes triples	3	2,34
Total	128	100

La majorité des patients avait l'orifice externe unique.

➤ Localisation anatomique de l'orifice externe (OE)

Tableau IX: Répartition des patients selon la localisation anatomique de OE

Localisation OE	Fréquence	Pourcentage
Latérale gauche	46	35,94
Latérale droite	33	25,78
Indéterminée	29	22,65
Postérieure	11	8,59
Antérieure	5	3,91
Latérale droite et latérale gauche	4	3,13
Total	128	100

L'orifice externe était en position latérale gauche presque chez la moitié de nos patients.

➤ Position orifices externes multiples

Tableau X: Répartition des patients selon la position orifices multiples

Position orifices multiples	Fréquence	Pourcentage (%)
Du même coté	18	81,82
De part et d'autre	4	18,18
Total	22	100

Les orifices externes multiples étaient du même côté de la marge anale dans 81,82%.

➤ **Nombre trajets fistuleux**

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de nombre trajets

Nombre trajets	Fréquence	Pourcentage (%)
Unique	106	82,81
Multiples	20	15,63
Indéterminé	2	1,56
Total	128	100

Le trajet de la fistule était unique chez la majorité de nos patients.

NB : Le trajet fistuleux a été repéré par le bleu de méthylène en per opératoire.

2.5. Pathologies proctologiques associées

Tableau XII: Répartition des patients selon les pathologies proctologiques associées.

Pathologies proctologiques associées	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucune	88	68,75
Bourrelets hémorroïdaire	26	20,32
Fissure anale	9	7,03
Abcès anal	3	2,34
Fissure anale + bourrelets hémorroïdaire	2	1,56
Total	128	100

Plus de la moitié de nos patients n'avait pas d'autres pathologies proctologiques associées.

2.6. Examens complémentaires

➤ Fistulographie

Tableau XIII : Répartition des patients selon la réalisation de la fistulographie

Fistulographie	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	114	89,06
Oui	14	10,94
Total	128	100

La majorité de nos patients n'ont pas réalisé la fistulographie 89,06%.

La fistulographie était rarement nécessaire pour le diagnostic de la fistule anale.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la complexité de la fistule anale

Complexité de la fistule anale	Fréquence	Pourcentage (%)
Simple	94	73,44
Complexe	34	26,56
Total	128	100

Les fistules simples prédominaient avec un taux de **73,44% de cas.**

2.7. Aspects thérapeutiques

2.7.1. Traitement médical

Le traitement médical a été associé en post opératoire chez tous les patients :

Les antalgiques : Tramadol + Paracétamol :1cp x3/jour ou Paracétamol Cp 1g :1cp x3/jour

Les laxatifs : Lansoÿl gèle :1cuilléré x3/jour

Les bains de siège à base du cytéal solution x3/jour puis après chaque selle

Les pansements gras depuis la salle d'opération ont été systématiques.

➤ Prévention tétanos

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la prévention tétanos

Prévention tétanos	Fréquence	Pourcentage (%)
Indéterminé	34	26,56
Oui	94	73,44
Total	128	100

La prévention tétanos a été faite chez la majorité de nos patients 73,44%

➤ Antibiothérapie

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'utilisation de l'antibiothérapie

Antibiothérapie	Fréquence	Pourcentage (%)
Indéterminée	43	33,6
Oui	85	66,4
Total	128	100

L'antibiothérapie a été faite chez plus de la moitié de nos patients 66,4%.

Les antibiotiques étaient utilisés en prophylaxie et/ou en thérapie selon le protocole suivant :

Voie parentérale : Ceftriaxone 1g + Métronidazole 500mg /12H OU Ciprofloxacine 200mg + Métronidazole 500mg /12H.

Voie Orale : Amoxicilline + Acide clavulanique 1g + Métronidazole 500mg /12H

Traitement chirurgical

- **Type d'anesthésie**

Tableau XVII: Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type anesthésie	Fréquence	Pourcentage (%)
Rachianesthésie	123	96,09
AG	5	3,91
Total	128	100

La rachianesthésie a été le type d'anesthésie le plus utilisé.

Installation : tous nos patients ont été installé en position gynécologique. Le badigeonnage et mise en place d'un champ stérile ont été systématique chez tous nos patients.

- **Mode repérage orifice interne (OI)**

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le mode de repérage de l'OI

Mode repérage orifice interne	Fréquence	Pourcentage (%)
Insufflation d'air et test de bleu	92	71,87
Stylet	22	17,19
Indéterminé	14	10,94
Total	128	100

L'orifice interne a pu être repéré par l'insufflation d'air et ou au test de bleu de méthylène chez 71,65% des malades.

NB : Insufflation d'air pour repérer l'orifice interne ;

Bleu de méthylène pour repérer et colorer le trajet fistuleux ;

Styilet pour faciliter l'excision du trajet fistuleux.

L'Identification de l'orifice interne.

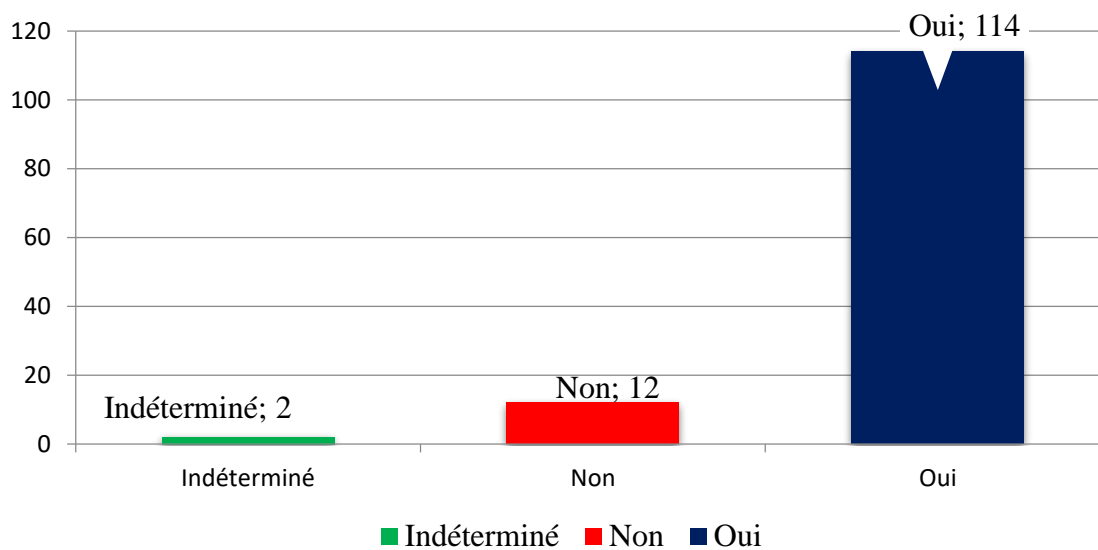


Figure 3 : Répartition des patients selon d'identification de l'orifice interne.

L'orifice interne a été identifié dans 89,06%.

- **Classification per opératoire(parks)**

Tableau XIX: Répartition des patients selon la classification per opératoire

Classification per op	Fréquence	Pourcentage (%)
Indéterminé	45	35,16
Inter sphinctérienne	26	20,31
Extra sphinctérienne	25	19,53
Trans sphinctérienne haute	20	15,63
Trans sphinctérienne basse	8	6,25
Fer cheval inter sphinctérienne	2	1,56
Supra sphinctérienne	2	1,56
Total	128	100

La classification per opératoire n'a pas été faite dans 35,15 % de cas

- **Technique chirurgicale**

Tableau XX : Répartition des patients selon la technique chirurgicale

Technique chirurgicale	Fréquence	Pourcentage (%)
Fistulectomie + Séton	54	42,19
Fistulectomie + Mise à plat	48	37,50
Fistulectomie + Mise à plat + Séton	18	14,06
Fistulectomie	8	6,25
Total	128	100

Les principales techniques employées incluaient :

Fistulectomie 128(100 %) ; Pose de séton 72(56,3 %),

Mise à plat associée à la fistulectomie 64(51,6%),

La fistulotomie et techniques avancées telles que le lambeau d'avancement ou la colle biologique ne se trouvaient pas parmi les compte-rendu opératoires

- Geste chirurgical associé

Tableau XXI : Répartition des patients selon le geste supplémentaire pour pathologie associée

Geste chirurgical supplémentaire	Fréquence	Pourcentage (%)
Hémorroïdectomie	10	58,82
Fissurectomie	6	35,30
Hémorroïdectomie + Fissurectomie	1	5,88
Total	17	100

L'hémorroïdectomie a été le geste chirurgical le plus fréquemment associé.

Tableau XXII : Répartition des patients selon les techniques opératoires par rapport au type de fistule

SIMPLE COMPLEXE	Techniques opératoires			Total
	fistulectomie	mise à plat	séton	
Complexe	0	12	15	27
Row%	0,00%	44,44%	55,56%	100,00%
Col%	0,00%	25,00%	20,83%	21,09%
Indéterminé	0	1	0	1
Row%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Col%	0,00%	2,08%	0,00%	0,78%
Simple	8	35	57	100
Row%	8,00%	35,00%	57,00%	100,00%
Col%	100,00%	72,92%	79,17%	78,13%
Total	8	48	72	128
Row%	6,25%	37,50%	56,25%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les techniques opératoires par rapport à la classification fistule haute/basse

CLASSIFICATION PRÉOP1	Techniques op			Total
	fistulectomie	mise à plat	séton	
basse	4	43	1	48
Row%	8,33%	89,58%	2,08%	100,00%
Col%	50,00%	89,58%	1,39%	37,50%
haute	4	2	70	76
Row%	5,26%	2,63%	92,11%	100,00%
Col%	50,00%	4,17%	97,22%	59,38%
Indéterminé	0	3	1	4
Row%	0,00%	75,00%	25,00%	100,00%
Col%	0,00%	6,25%	1,39%	3,13%
TOTAL	8	48	72	128
Row%	6,25%	37,50%	56,25%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

2.8. Durée d'hospitalisation

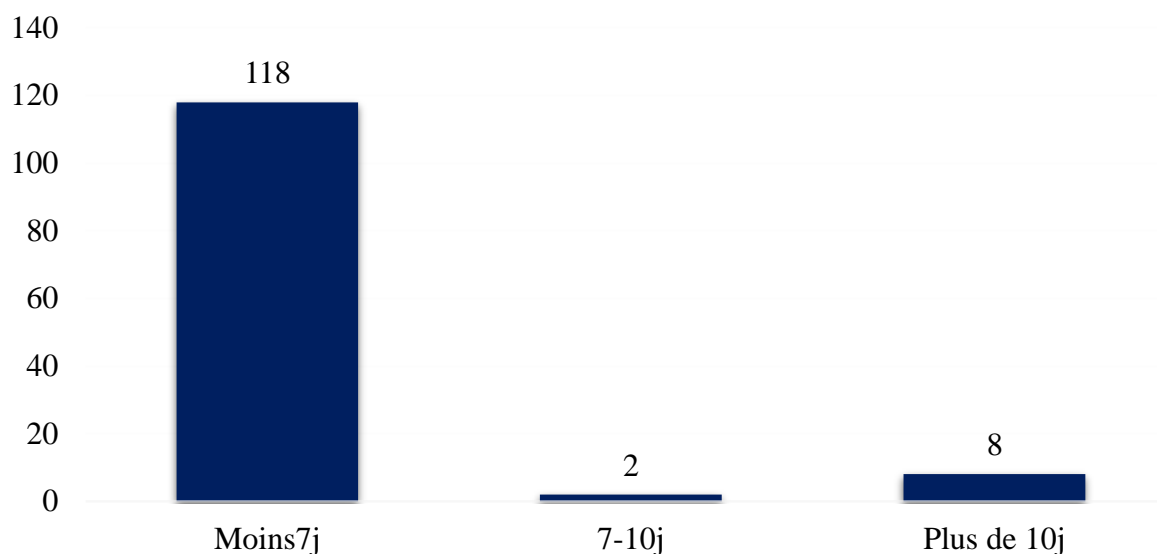


Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation en jours.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,68 jours \pm 2,45 avec des extrêmes de 2 jours et 45 jours.

2.9. Suites opératoires

Suites opératoires	Fréquence	Pourcentage (%)
Simple	83	64,84
Complicés	9	7,03
Récidive	6	4,69
Perdus de vue	30	23,44
Total	128	100

Les suites opératoires ont été simples chez plus de la moitié de patients.

➤ Type complication

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le type complication immédiate.

Type complication immédiate	Fréquence	Pourcentage(%)
Suppuration du site opératoire	5	
Saignement	2	
Douleur résiduelle	1	
Incontinence au gaz	1	
Total	11	100

Les complications dans les suites opératoires immédiates étaient l'écoulement persistant et le saignement.

3. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Limites et perspectives

Les limites majeures de cette étude incluent son caractère rétrospectif, la perte significative de données et l'absence d'évaluation standardisée des résultats fonctionnels à long terme. La dépendance à des techniques traditionnelles et l'absence de recours à des innovations chirurgicales soulignent également la nécessité de renforcer les capacités locales en termes de formation et de technologies.

Les fistules anales cryptogéniques représentent une pathologie complexe, avec des défis liés au diagnostic, à la prise en charge chirurgicale et à la prévention des récurrences. Cette étude, réalisée sur une période de 26 ans au CHU du Point G, met en lumière des aspects clés liés aux caractéristiques épidémiologiques, aux techniques chirurgicales et à l'évolution post-opératoire dans un contexte africain.

3.1. Fréquence globale

Dans notre étude, la fistule anale constitue 76,92 % des suppurations anales. Ce résultat confirme celui de la littérature dans laquelle il a été rapporté que la fistule anale cryptogénétique représente 75% de l'ensemble des suppurations anales et péri-anales [13]. D'après l'étude de Denis [9], les suppurations d'origine canalaire constituent 75 % de l'ensemble des suppurations anales, dont 64 % sont dues à des fistules anales.

3.2. Sexe :

La prédominance masculine (84 %) observée dans notre étude est conforme aux données internationales, où le sex-ratio varie souvent entre 3:1 et 5:1 en faveur des hommes. Diop B. [14] au Sénégal a rapporté une prédominance masculine avec 52 hommes et 11 femmes, soit un sex ratio de 5/1. Sissoko F et al. [15] ont trouvé que 78,6 % des cas étaient masculins, avec un sex ratio de 3,6. Hassouny K.[16] au Maroc a noté une proportion de 69,9 % et un sex ratio de 2,3. GOITA D. [7] au Mali a observé une prédominance de 82 % avec un sex ratio de 4,7.

Denis [9] a indiqué un sex ratio de 3, tandis que Soumaoro LT et al. [17] ont rapporté une prédominance masculine de 74,6 %. Ce déséquilibre pourrait être attribué à des différences anatomiques car les glandes de Hermann et Desfosses sont plus nombreuses chez l'homme que chez la femme [18] ou comportementales favorisant les infections cryptiques chez les hommes.

3.3. Age :

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'âge moyen des auteurs.

Auteurs/année /pays	Age moyen (ans)	Ecarte type
GOITA.[7]2021 CHU GT Mali	41,25	11,87
Hassouny K. [16]2009 Maroc	37,6	11,85
Soumaoro LT et al. [17] 2010 Guinée Conakry	40	
Diop B. [14] 2017 Sénégal	38	
Soukayna J. [19] 2017 MAROC	45	
Sidibé I [20] 2021 CHU PtG Mali	41,29	11,91
Abramowitz L(15) 2010 France	41,8	14,3
Notre étude	40,2	12,06

L'âge moyen de 40,2 ans reflète également les tendances mondiales, soulignant que cette pathologie touche principalement des individus en âge actif, avec un impact socio-économique significatif. La fistule anale présente un pic d'incidence entre la troisième et la cinquième décennie de vie [18]. La jeunesse est un facteur de risque pour les infections anales [21]. Cette tendance est également confirmée par la littérature [7,14,16–20]

3.4. Signes fonctionnels

L'écoulement purulent était le symptôme le plus fréquent, observé dans 70,31 % des cas. Cette constatation a également été rapportée par Goita D [8] 92,2 %, Hassouny [16] 95,5 %, Soukayna J [19] 85 % et Diop B [14]100 %. La fistule anale représente la forme chronique et l'évolution naturelle d'un abcès anale. Ce

canal, qui permet l'évacuation purulente de l'abcès, devient une source d'écoulements chroniques mêlant pus et matières fécales en raison de la connexion entre le canal anal et la fesse [8]. Les autres signes motivant la consultation médicale étaient entre douleur anale 14,85 % des cas et la tuméfaction anale à 13,29 % des cas.

3.5. Les signes physiques

L'examen proctologique est essentiel pour diagnostiquer les fistules anales. L'examen physique doit se concentrer sur trois signes clés : l'orifice externe, l'orifice interne et le trajet fistuleux, qui sont indispensables pour la classification. Le diagnostic de l'orifice externe est basé sur l'inspection, où l'on observe une ou plusieurs ulcérations arrondies sur la marge anale accompagnées d'un écoulement purulent [15,22]. Il est important de noter sa position et son nombre.

3.6. Orifice externe (OE)

Nous avons identifié l'orifice externe chez tous nos patients, avec 82,8 % d'orifices uniques et 17,2 % multiples. Ce résultat est comparable à ceux de Goita D [7], qui a observé des orifices externes chez tous ses patients, avec 80,6 % uniques et 19,4 % multiples. Sidibé I [20] a trouvé que 75,56 % des patients avaient un orifice externe unique, tandis que Hassouny [16] a noté que cela concernait 73 % des cas.

Dans notre étude, les orifices externes étaient localisés de part et d'autre de la marge anale chez quatre patients. Pour les autres cas, les orifices externes se trouvaient en position latérale gauche dans 46 cas, latérale droite dans 33 cas, postérieure dans 11 cas et antérieure dans 5 cas. DIOP B [14] indique que l'orifice externe était localisé dans le quadrant postérieur dans 48 cas, représentant 76 %, et dans le quadrant antérieur dans 12 cas, soit 19 %. De plus, il a été observé de part et d'autre de la ligne médiane dans deux cas.

3.7. Orifice interne (OI)

L'injection douce d'air ou de bleu de méthylène par l'OE à l'aide d'une seringue est parfois possible et fait le diagnostic avec certitude si le doigt endoanal au niveau de l'OI supposé perçoit l'air injecté à l'OE. Son caractère positif signe la communication avec le canal anal. Sa négativité n'exclut pas formellement une fistule anale (orifice primaire minime avec gros diverticule associé, obstruction temporaire du trajet fistuleux) [23]. L'OI est postérieur dans 50% des cas, antérieur dans 25% des fistules, latéral dans les autres cas [13,16]. L'exploration très douce à l'aide d'un stylet mousse à partir de l'OE oriente vers une fistule à trajet simple s'il se dirige vers la ligne des cryptes directement, à l'opposé, sa montée sur 6-8 cm parallèlement au canal anal signe l'existence d'une fistule « complexe » ou haute [18]. Dans notre étude par insufflation d'air ou de bleu de méthylène ou en utilisant un stylet, l'orifice interne avait pu être identifié dans 89,1% des cas en peropératoire.

La loi de Goodsall (fig.) veut qu'à un OE antérieur corresponde un trajet radiaire direct vers l'OI et qu'à un OE postérieur corresponde un OI postérieur médian (fausse dans 20% des cas en particulier pour les OE très à distance de l'anus). De plus, un OE proche de la marge et de la dépression naturelle intersphinctérienne a toutes les chances d'être en rapport avec une fistule trans-sphinctérienne inférieure, alors qu'un OE plus éloigné de l'anus, en regard de la fosse ischio-anale ou très antérieur (racine des bourses ou base des grandes lèvres), traduit plus souvent une fistule trans-sphinctérienne supérieure ou suprasphinctérienne : le trajet risque d'être d'autant plus haut que l'orifice externe est loin de l'anus.

3.8. Pathologies proctologiques associées

Auteurs	hémorroïdes	Fissure anale	Abcès anal
Ani [23]	23%	7,3%	-
Halim [24]	8,8%	3,6%	-
Baba [25]	14%	10%	-
Hassouny [16]	20,5%	13,5%	-
Notre étude	21,87	8,59	2,34

Les fistules anales peuvent coexister avec d'autres affections proctologiques, telles que les hémorroïdes, les fissures anales et les marisques etc. Dans notre étude, les pathologies associées étaient entre autre des hémorroïdes, représentant 21,87 % des cas, suivies par les fissures anales à 8,59 % et les abcès anaux à 2,34 %. Selon DIOP B [14], la fistule anale était associée à des hémorroïdes de grade 2 et de grade 3 dans 11 et 7 cas respectivement.

3.9. Les Examens complémentaires

➤ La fistulographie

La fistulographie a été effectuée chez 10,94 % de nos patients. Son utilisation diminue progressivement en raison des difficultés d'interprétation [21,26]. Néanmoins, elle demeure parfois le seul examen rapidement accessible dans les établissements de santé notre contexte [9].

➤ L'échographie endocavitaire

L'échographie endocavitaire est un examen diagnostique essentiel pour l'évaluation des fistules anales complexes, complétant l'examen physique et offrant une meilleure précision diagnostique. Son efficacité reste élevée, même pour les fistules récurrentes par rapport aux fistules primaires [27]. Utilisant un capteur à haute fréquence (5 à 16 MHz) permettant des images à haute résolution et une reconstruction 3D, l'échographie endo-anale est supérieure à l'examen clinique pour la classification préopératoire des fistules anales. Bien que l'IRM soit généralement plus performante, l'échographie endo-anale constitue une

alternative valable pour identifier l'orifice interne. L'exactitude de l'échographie endocavitaire pour détecter les fistules anales était de 94 % [22,28,29].

➤ L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'IRM semble être l'examen de choix car non invasif, confortable et permet l'acquisition d'images tridimensionnelles anatomiquement fiables et permet de différencier le pus du tissu sain [15]. Sa sensibilité et sa spécificité seraient de 97-100% avec une précision diagnostique de 84% pour les trajets primaires et secondaires [15] et de 100% pour la détection des trajets collatéraux, en fer à cheval [30]. L'IRM constituerait un indéniable progrès dans l'étude des suppurations anopérinéales [30].

➤ La tomодensitométrie (TDM)

La tomодensitométrie (TDM) n'est pas pertinente pour l'évaluation des fistules anales [9]. Sa faible résolution dans l'exploration du complexe sphinctérien, associée à l'importance de l'irradiation, en fait un examen peu utile dans ce contexte. Cependant, elle peut être employée principalement dans le cadre de la maladie de Crohn.

3.10. Classification anatomique (parks)

Tableau XXVI : Répartition des types de fistule selon des auteurs

Auteurs Type de fistule	Touré [31]Mali 2006 N= 64	Coulibaly Mali 1998 N=93	Charua [32] Mexique 2004 N=595	Gesla [33]Pologne 2002 N=74	Goita D [7] 2021 N=103	Notre Etude 2024 N=128
Fistule inter sphinctérienne	40 (62,5%)	54(58,07%)	351(59%)	43(58,1%)	31 (30,1%)	26(20,31%)
Fistule Trans Sphinctérienne	18 (28,1%)	25(26,88%)	149(25,04 %)	11(14,9%)	29 (28,2%)	28(21,87%)
Fistule extra Sphinctérienne	2 (3,1%)	14(15,05%)		3(4%)	24 (23,3%)	25(19,53%)

Fistule Supra sphinctérienne	1 (1,6%)			6(8,1%)	9 (8,8%)	2(1,56%)
Fistule fer à cheval	3 (4,7%)				3 (2,9%)	2(1,56%)

Parmi les diverses classifications, celle de Parks est la plus couramment utilisée en raison de sa simplicité et de sa précision [22]. Dans notre étude, la fistule trans-sphinctérienne a été la plus fréquemment observée, représentant 28 cas (21,87 %), ce qui diffère des résultats rapportés par d'autres auteurs [7,15,26,32,33]. Elle a été suivie par les fistules inter-sphinctériennes avec 26 cas (20,31 %), les fistules extra-sphinctériennes avec 25 cas (19,53 %), et les fistules supra-sphinctériennes avec 2 cas (1,56 %). Les autres cas n'ont pas été classés par le chirurgien. Diop B indique dans son étude que la fistule trans-sphinctérienne représente 73 % des cas. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 45 cas (35,15 %) n'ont pas été classés.

3.11. Traitement

La fistulectomie, réalisée dans 100 % des cas, reste une approche standard, bien que d'autres options comme les lambeaux d'avancement ou l'utilisation de colle biologique soient absentes de nos données. La pose de séton (fil tracteur) dans 56,3 % des cas et la mise à plat dans 51,6 % sont cohérentes avec les recommandations internationales pour réduire les tensions sur le sphincter et prévenir l'incontinence. Toutefois, l'absence de techniques avancées pourrait limiter les options thérapeutiques pour les cas complexes, comme les fistules trans-sphinctériennes hautes ou supra-sphinctériennes.

En comparaison, des études réalisées dans des contextes similaires en Afrique rapportent également une prédominance des techniques conventionnelles, reflétant des contraintes liées au coût, à l'expertise chirurgicale disponible et à l'accès aux innovations. Dans des centres mieux équipés, les techniques avancées

ont démontré des taux de récurrence et de complications inférieurs, bien qu'elles exigent une courbe d'apprentissage significative.[18,34].

➤ **Fistule basse**

Le traitement des fistules basses implique le repérage de l'orifice interne et la mise à plat du trajet fistuleux au bistouri électrique. Il est essentiel de vérifier et traiter les trajets secondaires pour éviter les récurrences (15).

➤ **Fistule haute**

Le traitement des fistules hautes est en deux étapes pour éviter l'incontinence. D'abord, le trajet est disséqué et un séton avec traction est placé. Ensuite, après 6 à 8 semaines de cicatrisation, on choisit entre fistulotomie (1,15).

➤ **Drainage en séton prolongé**

Le drainage en séton prolongé permet au trajet fistuleux de devenir fibreux et de se ré-épithélialiser. Après l'absence d'écoulement, le séton est retiré : un séton élastique en une fois, un faisceau de crins graduellement. Cette technique peut précéder d'autres interventions comme un lambeau rectal ou l'injection de colle de fibrine (1,15).

➤ **Traction progressive du séton**

La traction progressive du séton, ou « cutting seton », consiste à serrer progressivement le séton pour sectionner lentement le sphincter, remplaçant le tissu par une cicatrice fibreuse. Cette technique, bien que douloureuse et peu utilisée, permet une section lente qui limite théoriquement l'incontinence. Le serrage s'effectue tous les 10 à 15 jours. Le séton a été utilisé chez plus de la moitié de nos patients 57,03%.

➤ **Lambeau de recouvrement ano-rectal**

Le lambeau de recouvrement ano-rectal (Flap-valve) est une technique visant à préserver l'appareil sphinctérien, utilisée pour les fistules trans-sphinctériennes hautes et les fistules ano-vaginales basses, avec un taux de réussite de 93 %. Elle implique l'excision des tractus fistulaires, la fermeture de l'orifice musculaire, et la protection de la suture par un lambeau de muqueuse anale [35].

➤ **Technique de la colle biologique**

La technique de la colle biologique, utilisant des colles à base de fibrine, constitue une alternative innovante pour obturer le trajet fistuleux en formant un réseau solide qui est colonisé par du tissu conjonctif. Les deux méthodes offrent de bons résultats dans 60 à 85 % des cas pour les fistules anales hautes (39). Ces techniques ne sont pas pratiquées dans notre étude.

➤ **Suites post- opératoires**

Le faible taux de récurrence (4,69%) rapporté dans notre étude est encourageant et pourrait être attribué à une identification peropératoire de l'orifice interne dans 89,1 % des cas.

Cependant, la prévalence des pertes de suivi (78,1 %) limite une évaluation précise des résultats à long terme. Cette problématique est souvent rencontrée dans les études africaines, reflétant les défis logistiques et culturels dans le suivi des patients.

Les complications postopératoires mineures, telles que la douleur résiduelle (1,6 %) et la suppuration (2,3 %), sont comparables aux taux rapportés dans la littérature. En revanche, l'incontinence au gaz (0,8 %) suggère un impact relativement limité sur la fonction sphinctérienne, ce qui témoigne d'une bonne maîtrise des techniques chirurgicales.

CONCLUSION :

La fistule anale crypto glandulaire est pathologie fréquente. Le diagnostic est posé sur la base des données cliniques notamment l'identification de l'orifice externe suintante au niveau de la marge anale. La prise en charge chirurgicale des fistules anales varie selon leur hauteur et complexité, avec des techniques comme la fistulectomie, le séton, et la mise à plat (fistulotomie). Chaque technique a ses avantages et inconvénients, notamment en termes de récurrence et de continence. Aucun traitement n'est idéal pour tous les cas, d'où l'importance de personnaliser la stratégie en fonction des caractéristiques individuelles et de l'expérience du chirurgien pour optimiser les résultats et minimiser les complications.

RECOMMANDATIONS :

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Encourager la formation de médecins spécialisés en proctologie.
- Établir des structures dédiées à la proctologie et les doter de l'équipement nécessaire.

Aux professionnels de la santé :

- Examiner correctement les patients présentant des douleurs ou des écoulements anaux et demander une anorectoscopie pour détecter d'éventuelles lésions anorectales.
- Référer tout patient suspecté ou confirmé de fistule anale vers des structures spécialisés pour un traitement approprié.
- Éduquer et sensibiliser les patients et leurs familles sur les pathologies anales notamment la fistule anale.

A la population :

- Consulter rapidement les établissements de santé les plus proches en cas de maladie anale.
- Éviter l'automédication et les remèdes traditionnels.

REFERENCES

1. Bonnechose G. Fistule anale. Dans : Tout-en-un de proctologie. Elsevier Masson SAS; 2024. Chapitre 7, P75-P82.
2. AG. PARKS, RW. Stitz, The treatment of high fistula in ano. Dis. Colon rectum 1976, 19, n° 6, 487-499.
3. SARLES JC, COPE R. Suppurations anales. Abrégé de proctologie. Masson. Paris 1990 ;1 :29.
4. ATIENZA P, MEARY N, De Parades V et Al. Fistules anales. Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, 9-086-C-10, 2002, 14p.
5. Smith J, Doe A. Epidemiology of cryptogenic anal fistulas in the United States: A review of incidence and demographic trends. Journal of Colorectal Surgery. 2024;30(5):123-130.
6. European Society of Coloproctology. CRyptoglandular Anal Fistula Treatment (CRAFT) Study: A multicentric, prospective audit and cohort study on the treatment of cryptoglandular anal fistulas in Europe. European Society of Coloproctology; 2024.
7. GOITA DINA YABLOGO. Etude Des Abcès Et Fistules Anaux Primaires à propos de 137 cas. Thèse de Médecine 2021.
8. ANNE-LAURE TARRERIAS. La fistule anale cryptogénique.FMC Post'U 2013 ; 91-100.
9. DENIS J, GANANSIA R, PUY-MONTBRUN T. Fistule anale. Proctologie pratique. Paris. Masson 1999 ; 4 : 245-2.
10. GONZALES-RUIZ C, KAISER AM, VUKASIN P, ET AL. Intraoperative physical diagnosis in the management of anal fistula. Am Surg 2006 ;72(1) :11-5.
11. Arnous J, Parnaud E, Denis J. Quelques réflexions sur les abcès et fistules à l'anus. À propos de 3000 interventions. Rev Prat 1972 ;22 :1793-814.
12. PIGOT F. Traitement des fistules anales hautes : Place des colles biologiques. Hepato-Gastro 2001 ;8 : 139 – 145.
13. Williams JG, Farrands P.A, Williams AB et al. (2007) The treatment on anal fistula : ACPG-BI position statement. Colorectal Dis. (Suppl. 4) : 18-50.

14. Diop B, Dia AA, Ba PA, Sy A, Wane Y, Sarre SM. 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 Spec. 2017 ;11(2).
15. SISSOKO F, ONGOIBA N, COULIBALY Y et Al. Les fistules anales en chirurgie B à l'hôpital du point G expérience à propos de 164 cas. Thèse de Médecine. FMOS TXVII : Mali Médical 2003 ; N°1 et 2 : 25-28.
16. HASSOUNY KHALID. Profils épidémiologiques des fistules anales. Thèse de Médecine. Maroc 2009 ; 61-09 ; P1-126.
17. Soumaoro LT, Toure A, Diallo AT, Sangare MP, Fofana H, Conte AS, Sow MP, Camara ND. Fistules anales à l'Hôpital National Ignace DEEN de Conakry : Analyse d'une série de 67 cas. Rev Afr Chir Spec. 2010 ;4(8).
18. Abramowitz L, Allez M, Devulder F, Faucheron J-L, Ganansia R, Soudan D, Tarrerias A-L. Modalités pratiques d'utilisation de la colle de fibrine. Mode d'emploi pour les premières expériences. Fistules anales : Utilisation des colles de fibrine. 2010 ;65-71.
19. SOUKAYNA J. TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES ANALES NON SPECIFIQUES université Mohammed VI rabat Faculté de médecine et de pharmacie –rabat ; Thèse 211 année 201.
20. SIDIBE I .Traitement chirurgical des Fistules anales non Spécifiques dans le service de chirurgie A du CHU du point G. Thèse de Médecine 2021.
21. Perera A.P, Howell A.M, Sodergren M.H, France A, Darzl A, Purkayerstha . A pilot randomised controlled trial evaluating post operative packing of the perianal abscess. Langenbecks Arch Surg 2015 ; 400 : 267-71.
22. Fernadez-Frias AM, Perez-Vicente F, Arroyo A, Sandez-Romero AM, Navarro JM, Serrano P. Is anal endosonography useful in the study of recurrent complex fistula-in-ano. REV ESP ENFERM DIG 2006 ; 98(8) : 573-81.
23. Ani AN, FRCS (EDINBERGH), Solanke TF, FRCS (ENGLAND). Anal fistulas : a review of 82 cases. Dis. Colon. Rectum 1976 ; 19(1) : 51-5.
24. HALIM Y. Fistules anales : aspects anatomo-pathologiques et traitement. Thèse de doctorat en médecine. Rabat 1999. N°180.
25. BABA H. Fistules anales : expérience du service de chirurgie viscérale II pendant 10 ans allant de 1992 à 2001. Thèse de doctorat en médecine. Rabat 2002. N°245.

26. RATTO C, GRILLO E, PARELLO G. Endoanal ultrasound Gui Surgery for anal fistula, Endoscopy 2009 ; 37 ;72-728.
27. Minguez Pérez M, Garcia-Granero E. Usefulness of anal ultrasonography in anal Fistula. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) 2006 ; 98(8) : 563-572.
28. Buchanan GN, Halligan S, MD, FRCP, Bartram CI, Williams AB, MS, Tarroni D, Cohen RG. Clinical Examination, Endosonography, and MR Imaging in Preoperative Assessment of Fistula in Ano : Comparison with Outcome-based Reference Standard. Radiology 2004 ; 233 : 674–81.
29. Jones J, Tremaine W. Evaluation of Perianal Fistulas in Patients With Crohn’s Disease. Medscape General Medicine 2005 ; 7(2) :16.
30. Felt-Bersma RJF. Endoanal ultrasound in perianalfistulas and abscesses. Digestive and Liver Disease 2006 ; 38 : 537-43.
31. Touré O. Etude des fistules anales primaires dans le service de chirurgie G à propos de 64 cas [thèse Med]. FMOS Mali : 2006 ; N°06M35.
32. Charua Guindicl, Osoria hernandez RM, Navarrette Cruces T, Amador cortes RE, Avendano Espinosa O. Surgical management of anal fistula. Rev Gastro enterol Mex 2004 ; 69 : 230-5.
33. Gesla J, Sudol szopinska I, Jakubowski W, Noszezyk W, Szczepkowski M, Sarti D. Reliability of endosonography in evaluation of anal fistulae and abscesses. Acta Radiol 2002 ; 43 : 599 – 602.
34. Barth X, Tissot E, Monneuse O. Traitement chirurgical des suppurations de la région anale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Techniques chirurgicalesAppareil digestif. Paris 2009 ; 40-490.
35. Zuffereya G, Skalaa K, Chautembs R, Rohec B. Suppurations et fistules ano-rectales. Schweiz Med Forum 2005 ; 5 : 851–7.

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : YATERA

PRENOM : Demba

E-mail : yaterademba@yahoo.fr Tel :(00223) 76 15 42 90

TITRE DE MEMOIRE : Fistule Anale : Aspects Diagnostique, Thérapeutique et Evolutif dans le service de chirurgie B CHU point G

ANNEE ACADEMIQUE : 2023-2024 **VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque FMOS **PAYS D'ORIGINE :** MALI

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie digestive, Proctologie

But : Etudier la fistule anale dans le service de chirurgie B du CHU Point G.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective et prospective des données de la période de Janvier 1998 à Juin 2024 ayant porté sur la fistule anale.

Résumé : Au total, 160 dossiers ont été colligés, soit 34,56 % des pathologies proctologiques. Il y avait 84 % d'hommes et 16% de femmes. L'âge moyen était de 40,2 ans \pm 12 (15 ; 75). Le diagnostic était évoqué dans tous les cas devant un ou de plusieurs ulcérations arrondies de la marge anale avec écoulement purulent. Ces ulcérations qui correspondaient aux orifices externes étaient uniques dans 82,8% et multiples dans 17,2% qui étaient situés de part et d'autre de la marge anale chez 4 patients. Dans les autres cas, les orifices externes étaient en position latéral gauche dans 46 cas, latéral droit dans 33 cas, postérieur dans 11 cas et antérieur dans 5 cas. En peropératoire les fistules avaient été classées comme fistules transsphinctériennes dans 28cas dont 20 hautes ; fistules extra sphinctériennes dans 26, fistules inter sphinctériennes dans 27 cas, fistules en fer à cheval dans 2 cas, fistules supra sphinctériennes dans 2 cas et le reste non classé par le chirurgien. Par insufflation d'air ou de bleu de méthylène ou en utilisant un stylet, l'orifice interne avait pu être identifié dans 89,1% des cas en peropératoire.

Les techniques chirurgicales ont été la fistulectomie 128(100 %), la pose de sétou 72(56,3 %), la mise à plat associée à la fistulectomie 64(51,6%),

Les suites opératoires ont été compliquées de récurrence 3,9 % cas, d'abcès péri anal dans 3 cas, de douleur résiduelle 1,6 %, d'incontinence au gaz dans 0,8%.

Conclusion : les nombreuses techniques disponibles témoignent de l'absence de traitement idéal associant un taux élevé de guérison, à un faible risque d'incontinence

Mots clés : Fistules anales, techniques chirurgicales, résultats, CHU du Point G

ICONOGRAPHIE



Figure 5 : Fistule anale : Identification du trajet par le stylet à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G)



Figure 6 : Fistule anale : examen pré opératoire orifice externe (image chirurgie B CHU point G)



Figure 7 : Fistule anale : Recherche de l'OI par l'injection d'air à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G)



Figure 8 : Fistule anale : Recherche de l'OI par l'injection d'air à travers orifice externe (image chirurgie B CHU point G)



Figure 9 : Fistule anale : trajet fistuleux après fistulectomie (image chirurgie B CHU point G)

Fiche d'Enquête :

Fistule Anale : Aspects Diagnostiques, Thérapeutiques et Evolutifs dans le service de chirurgie B CHU point G

N° d'enquête : .../.../...

N° du dossier : .../.../...

I. Identification du malade :

Q1 : Nom et Prénom du malade :

Q2 : Âge (en années) : /__/

Q3 : Sexe : 1=Masculin 2=Féminin /__/

Q4 : Ethnie :

1=Bambara 2=Soninké 3=Peulh 4=Mianka 5=Songhrai 6=Malinké 7=Bozo 8=Maure
9=Bobo 10=Kassonké 11=Senoufo 12=Dogon 13=Samogo 14=Kakolo 15=Autres
99=Préférez ne pas dire

Q5 : Statut matrimonial :

1=Marié(e) 2=Célibataire 3=Veuf(ve) 4=Divorcé(e) 99=Préférez ne pas dire

Q6 : Consanguinité entre les deux parents : 1=Oui 2=Non 99=Indéterminé

Q7 : Région de provenance :

1=Kayes 2=Koulikoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti 6=Tombouctou 7=Gao 8=Kidal
9=Bamako 10=L'Étranger 11=Taoudéni 12=Ménaka 99=Indéterminé

Q8 : Ville ou Quartier de résidence :

Q9 : Nationalité : 1=Maliennne 2=Autres nationalités 99=Indéterminé

Q10 : Profession :

1=Cadre 2=Cadre supérieur 3=Commerçant 4=Cultivateur 5=Éleveur 6=Ouvrier 7=Femme
au foyer 8=Retraité(e) 9=Chauffeur 10=Tailleur 11=Autres 99=Indéterminé

Q11 : Niveau socioéconomique : 1=Faible 2=Moyen 3=Élevé

II. Antécédents Médicaux :

Q12 : ATCD lésion prédisposante : 1=Oui 0=Non

Q13 : Comorbidités :

Q14 : Facteurs de Risques :

1=Infection anorectale 2=Diabète 3=Retrovirose 4=Tuberculose 5=Drépanocytose 6=MICI
7=Maladie de crohn 8=Abcès péri anal 9=Chirurgie proctologique 10=Radiothérapie
11=Autres 99=Indéterminé

III. Données Anthropométriques :

Q15 : Taille (en cm) :

Q16 : Poids (en kg) :

Q17 : IMC (Indice de Masse Corporelle) :

IV. Mode de Vie et Alimentation :

Q18 : Statut tabagique :

1=Fumeur régulier 2=Fumeur occasionnel 3=Non-fumeur

Q19 : Statut alcoolique :

1=Consommateur régulier 2=Consommateur occasionnel 3=Non-consommateur

V. Informations Cliniques :

Q20 : Date de début des symptômes : // _____

Q21 : Durée d'évolution (en mois) : // _____

Q22 : Signe(s) ayant motivé la consultation :

Q23 : Anomalies cliniques décrites :

Q24 : Localisation orifice externe :

1=Antérieur droite 2=Antérieur gauche 3=Postérieur droite 4= Postérieur gauche 5=Antérieur
6=Postérieur 99=Indéterminé

Q25 : Nombre orifices :

1=Unique 2=Multiples 99=Indéterminé

Q26 : Nombre trajets :

1=Unique 2=Multiples 99=Indéterminé

Q27 : Anomalies associées :

1=Bourellets hémorroïdaire 2=Fissure anale 3=Abcès anal 4=Anorectite 5=Fissure anale +
bourellets hémorroïdaire 6=Aucune 99=Indéterminé

VI. Diagnostic :

Q28 : Moyen diagnostique :

1=Clinique 2=Imagerie 4=Endoscopique

Q29 : Anomalies endoscopiques : 1=..... 2=Non fait 99=Indéterminé

Q30 : Anomalies échographiques : 1=..... 2=Non fait 99=Indéterminé.

Q31 : Anomalies TDM : 1=..... 2=Non fait 99=Indéterminé

Q32 : Anomalies IRM : 1=..... 2=Non fait 99=Indéterminé

Q33 : Fistulographie : 1=..... 2=Non fait 99=Indéterminé

Q34 : Anomalies Biologiques : 1=..... 2=Normal 99=Indéterminé

Q35 : Classification Pré opératoire :

1=Fistule basse 2=Fistule haute 99=Indéterminé

VIII. Prise en Charge :

Q36 : Date chirurgie : ____ // ____

Q37 : Urgence ou à froid : 1=Urgence 2=Programmé 99=Indéterminé

Q38 : Délai de la prise en charge (en mois) :

Q39 : Mode de repérage de l'orifice interne :

1=Test à l'air 2= Test au bleu de méthylène 3=Styilet 4= Test à l'air + Test au bleu de méthylène 6=Autres 99=Indéterminé

Q40 : Orifice interne identifié:

1=Oui 0=Non 99=Indéterminé

Q41 : Classification peropératoire :

1=Inter sphinctérienne 2=Trans sphinctérienne basse 3=Trans sphinctérienne haute

4=Supra sphinctérienne 5=Extra sphinctérienne 6=En fer à cheval 7=Fistule double

8=Fistule en Y 99=Trajet indéterminé

Q42 : Diverticule :

1=Oui 0=Non

Q43 : Gestes techniques : 1=Fistulectomie 2= Fistulotomie 3= Mise à plat 99=Indéterminé

Q44 : Mise en place du Séton: 1=Oui 0=Non 99=Indéterminé

Q45 : Mode anesthésie : 1=Rachianesthésie 2= Anesthésie Générale 3= Anesthésie Locale 99=indéterminé

Q46 : Antibioprophylaxie : 1=Oui 0=Non 99=Indéterminé

Q47 : Si OUI Quelle molécule :

Q48 : Prévention de tétanos : 1=Oui 0=Non 99=Indéterminé

Q49 : Antibiothérapie : 1=Oui 0=Non 99=Indéterminé

Q50 : Si OUI Quelle molécule :

Q51 : Opérateur : 99=Indéterminé

IX. Suites Opératoires :

Q52 : Est-ce que suivi 30J réalisé: 1=Oui 0=Non 99=indéterminé

Q53 : Est-ce que complication pendant ces 30J : 1=Oui 0=Non 99=indéterminé

Q54 : Si OUI Quel type de complication :

Q55 : Est-ce que réopérer dans les 30J : 1=Oui 0=Non 99=indéterminé

Q56 : Récidive : 1=Oui 0=Non 99=indéterminé

Q57 : Si oui délai de récurrence :

Q58 : Date de sortie : // ____

Q59 : Durée globale hospitalisation (en jour) :

Q60 : Date dernier suivi : // ____

Q61 : Pronostic fonctionnel : 1=Incontinence anale 2= normal 3= Sténose anale 4= Douleur résiduel 99=indéterminé

Q62 : Devenir du malade : 1= Guéri 2= Décédé 3= Perdu de vie 4= Récidive

Q63 : Satisfaction : 1= Satisfait 2= Insatisfait 99=indéterminé