



Information avant traitement chirurgical d'un abcès anal

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Quel est le but de cette intervention ?

Un abcès anal est une poche remplie de pus située à proximité de l'anus pouvant entraîner de vives douleurs et parfois de la fièvre. La cause la plus fréquente est l'infection d'une glande du canal anal qui peut diffuser et va créer une sorte de tunnel progressant à travers le sphincter anal et créer l'abcès, c'est ce qu'on appelle la fistule anale.

L'évolution spontanée d'un abcès est imprévisible, il peut s'ouvrir, couler plus ou moins régulièrement, récidiver sur un mode douloureux.

Sans traitement efficace l'évolution d'un abcès peut se faire vers la diffusion de l'infection, voire une gangrène gazeuse avec un risque de séquelles locales, voire de décès. Rarement un abcès va guérir spontanément.

L'intervention a pour but d'évacuer le pus sous tension pour soulager la douleur et éviter la diffusion de l'infection. Elle doit être réalisée rapidement, les antibiotiques étant insuffisants.

En quoi consiste cette intervention ?

L'intervention, réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, consiste à inciser la peau pour ouvrir l'abcès. La plaie opératoire est laissée ouverte. Si la cause de l'abcès est identifiée (fistule anale), un traitement spécifique peut être réalisé, dans le même temps que le drainage, avec une mise à plat (section du trajet) ou mise en place d'un fil de drainage. Si l'abcès est localisé dans la paroi du canal anal (abcès intra mural), l'incision de drainage sera faite vers l'intérieur de l'anus.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Cette intervention est réalisée en ambulatoire ou lors d'une courte hospitalisation si besoin. Selon l'importance de la plaie, il faudra des soins à réaliser par vous-même ou un(e) infirmier(ère) : lavage, nettoyage, application simple de crème ou pommade, voire méchage de la cavité résiduelle de l'abcès. Si vous avez un petit élastique il ne faut pas le couper. La cicatrisation se fait en quatre à huit semaines. L'arrêt de travail varie de quelques jours à plus d'un mois, en fonction de la plaie et de votre activité professionnelle.

Le traitement de la cause de l'abcès (la fistule anale) : La glande anale infectée a le plus souvent créé l'abcès en diffusant par un petit tunnel (fistule). Il faut la traiter pour éviter les récurrences de l'abcès. Il n'y a pas de traitement médical. Il existe différentes techniques chirurgicales, dont la stratégie est souvent définie lors du drainage initial : – En cas de fistule simple et superficielle, on ouvre la fistule vers la peau (mise à plat). Cette technique, radicale mais efficace, oblige à couper une partie du sphincter anal – En cas de fistule profonde, de fistules multiples, d'antécédent de traumatisme du sphincter anal, de maladie de Crohn, il faut économiser le sphincter anal - Couper en plusieurs fois le sphincter, toutes les 6 à 8 semaines avec un drainage de la fistule par un petit élastique. C'est une technique très efficace. Parfois, si la plaie est propre, on peut suturer la partie profonde de l'ouverture pour réduire sa taille et améliorer le résultat fonctionnel (voir fiche d'information « abaissement ou mise à plat -reconstruction ») - Sectionner (LIFT) ou boucher la fistule, sans couper le sphincter, avec une colle ou un morceau de muqueuse. Ces techniques sont comparables et discutées au cas par cas. Elles sont efficaces moins d'une fois sur deux, mais on peut les répéter. D'autres techniques (laser, radiofréquence) sont en cours d'évaluation.



A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

- Impossibilité d'uriner dans 10 % des cas se traitant médicalement ou par la pose d'une sonde urinaire - Hémorragie postopératoire rare (moins de 5%) pouvant nécessiter une reprise opératoire en urgence. De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste - Reprise précoce de l'infection, rare - Comme pour toute chirurgie, des complications générales sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire... - Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles, voire des envies impérieuses d'aller la selle sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ils ne constituent pas des complications en tant que telles. Comme pour toute intervention chirurgicale, y compris pour celles impliquant la marge anale, il peut survenir d'autres complications très rares, voire exceptionnelles (gangrène du périnée...).

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

- La récurrence de l'abcès si la fistule n'a pas été traitée (souvent difficile à repérer en phase d'abcès)
- En cas de mise à plat, il existe un risque de difficultés à retenir les gaz et quelquefois les selles. Le risque d'incontinence est faible, inférieur à 10%, en cas de fistule simple et superficielle ; il peut être plus élevé en cas de fistule profonde ou complexe, majoré en cas d'anomalies préalables, secondaires à des déchirures lors d'accouchement difficile, une diarrhée chronique ou des antécédents de chirurgie proctologique. Ils peuvent exister avant la chirurgie. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien car ils peuvent modifier la prise en charge.

Pour en savoir plus : www.snfcfp.org.