



## **Fiche d'information avant traitement chirurgical d'un abcès anal :**

Le but de cette notice de deux pages 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.

Un abcès anal est une cavité remplie de pus située à proximité de l'anus pouvant entraîner de vives douleurs et parfois de la fièvre. La cause la plus fréquente des abcès de l'anus est l'infection d'une glande du canal anal. Cette infection crée un trajet appelé fistule progressant dans le sphincter anal pour aboutir à la peau située autour de l'anus ou à la fesse. Ces glandes peuvent s'infecter chez n'importe qui, sans raison particulière.

### **Quel est le but de cette intervention ?**

L'intervention sur l'abcès 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 pour éviter cette complication. Les antibiotiques ont une efficacité insuffisante pour traiter à eux seuls un abcès anal.

### **En quoi consiste cette intervention ?**

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Elle consiste à inciser la peau et souvent à enlever une collerette de peau, ce qui permet d'ouvrir la poche de l'abcès. La plaie opératoire est donc laissée ouverte. Dans le même temps opératoire, si la cause de l'abcès est identifiée (par exemple une fistule anale), un traitement spécifique de cette cause peut être réalisé avec quelquefois une mise à plat (section du trajet) ou la mise en place d'un fil de drainage dans le trajet fistuleux repéré (voir ci-dessous). Dans le cas d'un abcès situé entre les deux parties du muscle ano-rectal et se développant vers le haut dans la paroi rectale (abcès intra-mural), un simple drainage par incision interne (par voie anale) peut suffire.

### **Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?**

L'hospitalisation durera un à plusieurs jours selon l'importance de l'intervention. Des soins locaux sont nécessaires. Selon l'importance de l'abcès et de la plaie, ils peuvent ou non nécessiter la prescription de soins infirmiers : lavages, nettoyages aux antiseptiques, méchages dans la cavité résiduelle de l'abcès ou application simple de crème ou de pommade peuvent être nécessaires. Ces soins vous seront détaillés par votre chirurgien. Si vous avez un petit élastique pour améliorer la cicatrisation de la plaie, il ne faut pas le couper. La cicatrisation de la plaie opératoire se fait en quatre à six semaines. La gêne, parfois la douleur et surtout la contrainte des pansements réguliers imposent un arrêt de travail qui varie de quelques jours à plus d'un mois selon la taille de la plaie, et selon votre activité professionnelle.

### **Le traitement de la racine de l'abcès (la fistule anale) :**

La glande anale infectée communique d'un côté avec le canal anal et de l'autre avec la peau de la marge anale. C'est ce trajet qui est appelé fistule. Il faut donc la traiter pour vous guérir définitivement. Il n'y a pas de traitement médical. Il existe différentes techniques chirurgicales, dont la stratégie est souvent définie sous anesthésie lors du drainage initial, et elle vous sera expliquée en détail après l'intervention :

**1 – la plus radicale, efficace à 90%**, consiste à ouvrir tout le trajet de la fistule vers la peau (mise à plat). Néanmoins cette technique oblige à couper une partie du sphincter anal. Elle expose donc à un risque de difficultés à retenir les gaz et les selles. On ne la réalise d'emblée que pour les fistules simples et superficielles..



**2 - 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. Plusieurs solutions sont possibles :**

- **Soit couper en plusieurs fois** le sphincter. Les interventions sont espacées de 6 à 8 semaines avec un drainage de la fistule par le petit fil élastique qui garantit une bonne cicatrisation. C'est une technique très efficace.

- **Soit boucher** la fistule sans couper le sphincter. A distance du drainage initial, on peut utiliser des colles, un petit volet de muqueuse, des points... Toutes ces techniques sont à peu près comparables, leurs indications sont discutées au cas par cas. Elles ne sont efficaces environ qu'une fois sur deux, mais on peut les répéter, car le risque d'abîmer le sphincter est très faible.

#### **A quelles complications expose cette intervention à court terme ?**

Le risque de complication immédiate est faible. Une hémorragie immédiate ou retardée est peu fréquente (moins de 5%). Des troubles urinaires précoces marqués par une rétention d'urine peuvent survenir (moins de 10% des cas), le plus souvent liée à un phénomène réflexe. Elle se traite médicalement mais peut parfois nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire dans moins de 1% des cas. Une reprise précoce de l'infection est rare mais possible.

#### **A quelles complications expose cette intervention à long terme ?**

Le risque principal est la récurrence de l'abcès si la cause de celui-ci n'a pas été traitée. En effet la fistule responsable peut être difficile à mettre en évidence en phase d'abcès. Le drainage simple n'expose pas à un risque d'incontinence anale mais si la nécrose (destruction des tissus) concerne le sphincter anal, cela signifie que le muscle qui participe à la continence anale a pu être endommagé par l'abcès, source d'incontinence secondaire. Il est donc important d'intervenir suffisamment tôt pour éviter cette situation. En cas de mise à plat, il existe un risque de difficultés à retenir les gaz et quelquefois les selles. Ce risque de troubles de la continence secondaires sont faibles en cas de fistule simple et superficielle (inférieur à 10%), mais ils peuvent être plus élevés en cas de fistule profonde ou complexe, en particulier si coexistent d'autres facteurs de risque d'incontinence comme une diarrhée chronique ou des antécédents de lésions du sphincter.