Les urgences proctologiques chirurgicales en situation isolée : boîte à outils à l'usage du médecin d'unité

J. Pontis[a], E. Hornez[b], P. Ramiara[c], S. Bourgouin[d], T. Monchal[d], B. Palmier[c], H. Thouard[d].

a Service médical, escadrille des sous-marins nucléaires lanceurs d'engin – 29240 Brest.
b Service de chirurgie thoracique et viscérale, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
c Département d'anesthésie réanimation urgences, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.
d Service de chirurgie viscérale et vasculaire, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.

Article reçu le 14 août 2012, accepté le 9 octobre 2012.

Résumé

Les urgences proctologiques sont fréquentes et posent des problèmes de prise en charge en milieu isolé. La réalisation de gestes chirurgicaux de base par le médecin d'unité est un outil thérapeutique indispensable. La thrombose hémorroïdaire externe, hyperalgique, justifie l'extraction du thrombus sous anesthésie locale simple. L'abcès de la marge anale et le sinus pilonidal surinfecté sont hyperalgiques et exposent à un risque infectieux. Le traitement chirurgical en urgence est simple mais nécessite une anesthésie générale. Un protocole associant kétamine et midazolam permet de réaliser la chirurgie dans des conditions idéales avec un très bon niveau de sécurité anesthésique. Les procédures chirurgicales et anesthésiques sont détaillées et richement illustrées.

Mots-clés : Chirurgie. Isolement. Kétamine. Sédation vigile. Urgence proctologique.

Abstract
PROCTOLOGIC EMERGENCY IN ISOLATED ENVIRONMENTS: A TOOL KIT FOR MILITARY DOCTORS

Proctologic emergencies are very common and are a true challenge in isolated environments. Performing simple surgical procedures is essential in the treatment of patients. Thrombosed external hemorrhoids are very painful and blood clots must be removed under local anesthesia. Perianal abscesses and pilonidal sinus with a secondary infection are painful too and present a significant septic risk. Their surgical management is simple but requires a general anaesthetia. A procedure associating Ketamine and Midazolam offers a very high level of security. This short article describes all the procedures and provides a rich iconography.

Keywords: Ketamine. Isolation. Proctologic. emergency Surgery. Twilight anesthesia.

Introduction

Les urgences proctologiques sont fréquentes et posent des problèmes de prise en charge en milieu isolé. Notamment à bord des bâtiments de guerre de la Marine française, la méconnaissance de la pathologie et de sa prise en charge pousse souvent le médecin de Marine à évacuer ces patients vers des structures chirurgicales. Ces évacuations posent deux problèmes : d'une part surseoir au traitement augmente le risque septique, la douleur et la morbidité liée à la pathologie, et d'autre part, organiser une évacuation sanitaire s'avère souvent compliqué à mettre en œuvre selon la situation géographique et opérationnelle du navire, imposant des délais importants. Dans ces conditions, la réalisation de gestes chirurgicaux de base par le médecin du bord est un outil thérapeutique indispensable.

L'objectif de ce travail est de présenter, de façon simple et illustrée, la chirurgie des urgences proctologiques. Il doit permettre au médecin de Marine et d'unité de traiter la plus grande majorité des patients, selon les recommandations actuelles, et sans avoir recours à une évacuation sanitaire. Le traitement des urgences proctologiques abcédées (abcès de la marge anale, abcès du sinus pilonidal) et de la thrombose hémorroïdaire externe sera abordé.

J. PONTIS, médecin principal. E. HORNEZ, médecin principal. P. RAMIARA, médecin en chef. S. BOURGOUIN, interne des HA. T. Monchal, médecin principal B. PALMIER, médecin chef des services. H. THOUARD, médecin chef des services.
Correspondance : E. HORNEZ, Service de chirurgie thoracique et viscérale, HIA Percy, 101 av Henri Barbusse – 92140 Clamart.
E-mail : emmanuelhornez@free.fr

Problématiques de la pathologie proctologique en situation isolée

Contraintes liées à la pathologie

Les urgences proctologiques sont fréquentes et très largement dominées par la pathologie hémorroïdaire et fissuraire puis infectieuse. La grande majorité de ces urgences telle que la crise hémorroïdaire, la fissure anale et le prurit justifie un traitement médical exclusif qui ne sera pas détaillé. Cependant trois situations nécessitent un traitement chirurgical rapide et simple :

La thrombose hémorroïdaire externe est le seul cas ou le traitement est chirurgical (1-5). Elle nécessite l'extrusion du thrombus et procure une rémission immédiate de la douleur.

L'abcès de la marge anale a pour origine une fistule entre une crypte du canal anal et la peau en périphérie de la marge anale et dont le trajet fistuleux peut être complexe au travers des muscles sphinctériens. Le risque de cette pathologie est son extension vers la profondeur, le long des fosses ischio rectales et dans sa forme ultime, une gangrène du périnée. Ces abcès sont inaccessibles au traitement antibiotique et nécessitent une mise à plat en urgence (6-8).

L'abcédation d'un sinus pilonidal (ou kyste sacro coccygien) est classée à tort dans les urgences procto-logiques car son origine est l'incarcération sous cutanée d'un follicule pileux dans le sillon interfessier. Ce kyste peut s'abcéder autour du pertuis originel et parfois s'étendre vers la marge anale, mimant ainsi un abcès de la marge anale. Il est souvent hyperalgique et expose le patient à un risque infectieux local. Le traitement réside dans la mise à plat de l'abcès en urgence (9-12).

Contraintes liées à l'environnement

En métropole, la prise en charge chirurgicale de ces affections se fait en milieu hospitalier, au service d'accueil des urgences ou au bloc opératoire. Au sein de la Marine nationale française, l'isolement et les délais d'évacuation parfois supérieurs à 48 h peuvent imposer la réalisation de ces gestes à bord. La doctrine du soutien sanitaire dans la Marine est de positionner à bord de tous les bâtiments de combat, au moins un binôme médecin généraliste-infirmier formé et aguerri à la pratique de la « médecine navale ». Cette équipe médicale dispose d'une infirmerie aux moyens matériels et pharmacologiques avancés (local d'accueil des urgences capable de recevoir des actes de petite chirurgie, appareil de monitoring des fonctions vitales, respirateur de transport, appareil de radiographie, parfois échographe, coffre de soins dentaire, drogues d'anesthésie réanimation et d'urgences). Cette infrastructure parfois spartiate est cependant suffisante pour proposer au patient des soins chirurgicaux simples dans des bonnes conditions de sécurité, permettant ainsi de répondre à la fois aux contraintes médicales et opérationnelles.

Urgence proctologique nécessitant une chirurgie sous anesthésie locale : la thrombose hémorroïdaire externe

Clinique

Le motif de la consultation est une douleur anale très aiguë survenue brutalement, qui ne connaît pas de rémission spontanée. L'examen de la marge anale met en évidence un thrombus noir, hyperalgique dans un cordon hémorroïdaire externe bombant à l'extérieur de l'anus (fig. 1). L'examen élimine une crise hémorroïdaire interne avec prolapsus des paquets hémorroïdaires à la poussée. Le traitement de la thrombose repose sur l'extraction manuelle du thrombus. Il est réalisé sous anesthésie locale.

Matériel

Le matériel nécessaire à la réalisation du geste simple. Il est détaillé sous forme de kit (tab. I)

Installation du patient

Idéalement, le patient est installé en position genu pectorale. Cependant, cette position reste le plus souvent mal acceptée par le patient et ce geste peut être envisagé simplement en décubitus latéral, genoux et hanches en flexion. Un aide écarte les fesses et déplisse la marge anale.



Figure 1. En cas de thrombose hémorroïdaire externe, l'examen de la marge anale met en évidence un thrombus noir, hyperalgique bombant à l'extérieur de l'anus.

Protocole d'analgésie

On injecte de 5 à 10 ml de Lidocaïne 1 % adrénalinée à proximité immédiate du cordon hémorroïdaire thrombosé, sous et dans le thrombus lui-même (fig. 2a). L'injection doit se faire au plus près du caillot pour éviter toute injection intra-vasculaire directe.

Geste chirurgical

La muqueuse est incisée directement en regard du thrombus sur environ 1 cm à la lame de 21 (fig. 2b). On expulse le caillot entre le pouce et l'index (fig. 2c). Cette manœuvre soulage immédiatement le patient. Pour éviter que la thrombose ne se reconstitue, il est nécessaire de réaliser, aux ciseaux de Mayo, une résection en quartier d'orange des berges en surplus. Le but est de laisser la plaie ouverte.



Figure 2. (a) Injection de 5 à 10 ml de Lidocaïne 2 % adrénalinée à proximité immédiate du cordon hémorroïdaire thrombosé.



Figure 2. (b) La muqueuse est incisée directement en regard du thrombus sur environ 1 cm.



Figure 2. (c) Expulsion du caillot.

Suites post opératoires

Il faut surveiller l'apparition d'un abcès sur le site opératoire. Il est prévenu par des toilettes au savon après chaque selle. La douleur résiduelle éventuelle est soulagée par voie orale ou locale.

Urgences proctologiques nécessitant une chirurgie sous anesthésie générale : L'abcès de la marge anale et l'abcédation d'un kyste pilonidal

Clinique

L'histoire d'un abcès de la marge anale débute par une douleur périanale, d'augmentation rapide sur quelques jours, devenant lancinante, pulsatile et insomniante. Le patient est le plus souvent apyrétique. À l'examen on retrouve une tuméfaction inflammatoire, chaude, douloureuse à la palpation, légèrement à distance de l'anus, bombant parfois dans le canal anal au toucher rectal. À cette phase la recherche d'une fistule anale par anuscopie est inutile. Une fistulisation spontanée à la peau est fréquemment associée et soulage tempo-rairement le patient. L'examen clinique élimine une extension locorégionale aux tissus adjacents témoignant d'une cellulite débutante ou d'une gangrène.

Pour l'abcès du sinus pilonidal, les caractéristiques de la douleur sont les mêmes, seul change la localisation de l'abcès. Il siège le plus souvent à la partie haute du sillon inter-fessier, parfois légèrement paramédian. Il est généralement centré sur un pertuis cutané. Un examen plus minutieux permet de repérer des pertuis secondaires, avec un écoulement purulent spontané ou provoqué par la palpation.

Dans les deux cas l'examen est très douloureux et tout geste de mise à plat sous anesthésie locale est illusoire. Le traitement réalisé sous anesthésie générale dure une dizaine de minutes au maximum.

Matériel

Le matériel nécessaire à la réalisation du geste opératoire est détaillé dans le tableau I. Le matériel nécessaire à la sédation est détaillé dans le tableau II.

Tableau I. Kit de petite chirurgie proctologique.

	Quantité
Scalpel, lame de 21	1
Pince à griffes	1
Pincettes	2
Ciseaux de Mayo	1
Curette	1
Seringue 60 ml embout conique	1
Sérum physiologique	500 ml
Mèche d'algosteril®	1

Tableau II. Kit de sédation « analgésie de courte durée ».

	Dilution (mg/ml)	Taille de la seringue (ml)
Plateau 1 : Kit de sédation		
Kétamine	10	20
Midazolam	1	5
Plateau 2 : Kit d'urgence		
Atropine	20	5
Adrénaline	0,1	10
Éphédrine	3	10
Matériel	**Quantité**	
Cathéter veineux périphérique 18 G	1	
Tubulure avec robinet	1	
Voluven 500 ml	1	
Dispositif de ventilation au masque (type Ambu®)/filtre/ballon/oxygène	1	
Dispositif d'aspiration	1	

Installation du patient

Pour l'abcès de la marge anale, l'installation en position gynécologique est idéale, les fesses affleurant le bord de la table. En situation précaire où il est rare d'avoir des étriers à disposition, la position gynécologique peut être simplement tenue par deux aides uniquement dédiés à cette tache. Il est encore possible d'installer le patient en décubitus latéral genoux et hanches en flexion, la région périnéale étant exposée par deux bandes collantes et par un aide.

Pour l'abcès du sinus pilonidal (KSC), l'installation du patient en décubitus latéral simple suffit amplement. Le côté qui permettra de mieux dégager la zone à inciser est privilégié (fig. 3).



Figure 3. Une installation du patient en décubitus latéral hanches fléchies permet d'aborder la région périnéale. La région est exposée par un aide.

Protocole d'anesthésie

Après avoir vérifié un jeûne de 6 heures, la mise en condition réside dans la mise en place d'une VVP de bon calibre pour la sédation et un monitorage de la tension artérielle, de l'électrocardiogramme, de la saturation artérielle en oxygène en continu.

Une fois mis sous oxygène au masque simple, la sédation débute uniquement lorsque trois conditions sont réunies :

– le patient est complètement installé, badigeonné et champé ;
– la table opératoire est préparée et complète ;
– le praticien est prêt à inciser.

Nous proposons ici un protocole de sédation analgésie conservant la ventilation spontanée du patient qui permet de réaliser le geste dans des conditions optimales de sécurité et d'analgésie :

– temps 1 : injection de 1 à 2 mg de midazolam selon le gabarit du patient. Attente de 5 à 10 minutes ;
– temps 2 : injection de 1 mg/kg de kétamine.

Il est cependant obligatoire d'avoir préparé à proximité de la tête du patient un dispositif d'aspiration (avec une canule de Yankauer), et de ventilation au masque (canule de Guedel et Ambu®) avant toute sédation. De principe, le matériel d'intubation aura été vérifié de même que le respirateur en dotation avant de débuter la sédation.

Geste chirurgical

Il débute par une désinfection cutanée en trois temps (scrub, sérum physiologique et désinfectant bactériostatique) puis un champage stérile qui laisse apparaître l'abcès et l'anus.

L'abcès de la marge anale

L'opérateur défini les limites de l'abcès à la palpation puis réalise un toucher rectal pour repérer les rapports éventuels de l'abcès avec les sphincters (fig. 4a). L'incision de l'abcès est tangentielle et non radiaire par rapport à la marge anale pour éviter la lésion de ces sphincters (fig. 4b). Elle est réalisée sur 2 à 3 cm de longueur et 1,5 cm de profondeur. Elle permet généralement l'évacuation d'un pus franc (fig. 4c). L'opérateur effondre ensuite les loges au doigt puis à la compresse montée sur une pincette. La cavité ainsi réalisée est lavée abondamment au sérum bétadiné. Enfin un drainage par mèche d'Algostéril® est mis en place sans pression. Il est hémostatique et anti septique.



Figure 4. (a) L'abcès est repéré à la palpation.



Figure 4. (b) Une incision tangentielle est réalisée.



Figure 4. (c) Écoulement de pus franc.

L'abcédation d'un sinus pilonidal (KSC)

Dans ce cas l'abord est simple, toujours possible en décubitus latéral. La technique de mise à plat et de drainage est identique à celle de l'abcès de la marge anale.

Suites post opératoires

À l'issue du geste le patient est remis en décubitus dorsal en position demi-assise. Le monitorage et la surveillance sont poursuivis pendant une heure puis le patient hospitalisé à l'infirmerie du bord. Les pansements se font quotidiennement avec un lavage simple au sérum bétadiné. Le méchage est poursuivi 48 h.

Conclusion

Lorsque les délais d'évacuation d'un patient sont allongés par la situation opérationnelle d'un bâtiment à la mer, ou d'une situation isolée, le traitement chirurgical des urgences proctologiques est réalisable par le médecin du bord ou d'unité. Un protocole d'anesthésie adapté permet de le réaliser dans des conditions de sécurité et d'analgésie satisfaisante, tout en respectant les critères de bonne pratique chirurgicale. Cette chirurgie de base repose essentiellement sur la mise à plat et le drainage de collections abcédées péri anales. Elle est accessible à tous les praticiens et permet d'écarter le risque de sepsis périnéal et pelvien dont le retard de prise en charge peut avoir des conséquences graves. Elle limite enfin de recours aux évacuations sanitaires.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Philip D. Kondylis, Michael T. Lieberth. Office-based management of haemorroids. Seminar in colon and rectal surgery, Vol 18, Issue 3, sept 2007:160-4.
2. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, et al. Standards Practice Task Force, The American Society of Colon and Rectal Surgeons, USA. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). Dis Colon Rectum. 2005 Feb; 48(2): 189-94.
3. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010 Feb;90(1):17-32, Table of Contents. Review.
4. Hall NR. Medical vs. surgical management of thrombosed external hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2005 Nov;48(11):2156; author reply 2156. PubMed PMID: 16086222.
5. Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004 May;126(5):1463-73. Review.
6. Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD006827. Review.
7. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. Surg Clin North Am. 2010 Feb;90(1):45-68. Review.
8. Malik AI, Nelson RL. Surgical management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Dis. 2008 Jun;10(5):420-30. Review.
9. Hussain ZI, Aghahoseini A, Alexander D. Converting emergency pilonidal abscess into an elective procedure. Dis Colon Rectum. 2012 Jun;55(6):640-5.
10. Horwood J, Hanratty D, Chandran P, Billings P. Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A meta-analysis of randomized controlled trials. Colorectal Dis. 2012 Feb;14(2):143-51
11. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD006213. Review.
12. McCallum IJ, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2008 Apr 19;336(7649):868-71. Epub 2008 Apr 7. Review.

