

Abcès supra-levatorien communiquant avec le canal inguinal gauche : à propos d'une observation au CHU de Conakry (Guinée)

Suprlevator abscess communicating with the left inguinal canal: a case report from Conakry teaching hospital (Guinea)

Camara FL¹, Soumaoro LT², Doumbouya BL¹, Touré I¹, Baldé M¹, Barry AM³, Baldé AK¹, Baldé H¹, Yattara A⁴, Touré A²

¹Service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

²Service de chirurgie Générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

³Service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Koundara

⁴Service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Dubréka

Auteur correspondant: Fodé Lansana CAMARA; Téléphone (+224) 628951178;

E-mail: flcamara37@gmail.com

Reçu le 18 octobre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction : le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge d'un cas rare d'abcès supralevatorien communiquant avec le canal inguinal gauche.

Observation : patient de 37 ans, admis dans le service pour des proctalgies associées à une tuméfaction inguinale gauche douloureuse, une fièvre et des frissons, évoluant depuis 2 semaines. Sans antécédents particuliers, l'examen général notait un patient lucide, tachycarde à 110/mn, fébrile à 39,4°C. La TA= 13/7 cmhg, Fr = 23cycles/mn.

L'examen physique notait une tuméfaction inguinale gauche douloureuse, chaude et fluctuante. Le toucher rectal notait un bombement des parois postérieure et latérale gauche du canal anal, fluctuant et douloureux. Le bilan biologique montrait des globules blancs à 15,5 Giga /L. L'échographie périnéale a conclu à une collection inter sphinctérienne communiquant avec l'espace supralevatorien gauche. Après une mise à plat de l'abcès sous rachi anesthésie, le germe identifié était Klebsiella SPP sensible à la cefotaxime. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion : l'abcès anal supralevatorien est une affection rare dont le diagnostic est difficile. Un drainage précoce et adéquat éviterait des complications.

Mot clés : Abcès supralevatorien, canal inguinal gauche, CHU Conakry.

SUMMARY

Introduction: the aim of this study was to report our experience in the management of a rare case of suprlevator abscess communicating with the left inguinal canal.

Observation: a 37-year-old patient was admitted to the department for proctalgia associated with painful left inguinal swelling, fever, and chills, which had been progressing for 2 weeks.

Without any specific history, the general examination noted a lucid patient, tachycardic at 110/min, and fever at 39.4°C. BP = 13/7 cmHg, RR = 23 cycles/min. The physical examination noted a painful, warm, and fluctuating left inguinal swelling. A digital rectal examination noted a bulging of the posterior and left lateral walls of the anal canal, fluctuating and painful. The laboratory assessment showed a WBC at 15.5 Giga/L. Perineal ultrasound revealed an intersphincteric collection communicating with the left suprlevator space. After debridement of the abscess under spinal anesthesia, the identified germ was Klebsiella SPP, sensitive to cefotaxime. The postoperative course was uneventful.

Conclusion: suprlevator anal abscess is a rare condition; its diagnosis is difficult; early and adequate drainage would prevent complications.

Keywords: suprlevator abscess, left inguinal canal, Conakry University Hospital.

INTRODUCTION

L'abcès anorectal est un problème chirurgical courant en soins d'urgence. L'infection originelle est cryptoglandulaire dans 90 % des cas. D'autres étiologies résultent de la propagation vers le bas d'une infection pelvienne, d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou d'incidents traumatiques [1]. Les suppurations anorectales sont assez fréquentes, mais les abcès supralevatoriens sont considérés comme un sous-groupe rare.

Un abcès supralevatorien est très profond et peut s'étendre jusqu'au péritoine ou aux organes abdominaux. Il est le type d'abcès anorectal le moins courant (moins de 10%) [2,3]. Son diagnostic peut être difficile car les signes extérieurs peuvent être absents, il est évoqué par l'examen clinique mais confirmé par l'IRM pelvienne et la TDM. Son traitement peut être difficile avec un drainage incomplet fréquent, ce qui peut justifier des taux de récurrence plus élevés, ainsi que des réinterventions et des complications mortelles [2].

Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge d'un cas rare d'abcès supralevatorien communiquant avec le canal inguinal gauche.

OBSERVATION

Patient de 37 ans ; admis dans le service pour des proctalgies, associées à une tuméfaction inguinale gauche douloureuse, une fièvre avec des frissons évoluant depuis 2 semaines environ. La persistance de la douleur à laquelle se serait rajoutée une tuméfaction inguinale gauche et une rétention urinaire a motivé son hospitalisation dans une structure sanitaire de deuxième niveau d'où il a été référé dans notre service. Sans antécédents particuliers, l'examen général notait un patient lucide, présentant un état général altéré, porteur d'une sonde urétrale fonctionnelle contenant 200 ml d'urine foncée, une tachycarde à 110/min, une fièvre à 39,4°C. Les téguments et conjonctives étaient normo colorés, la TA= 13/7 cmhg, une fréquence respiratoire de 23cycles/min.

L'examen physique notait une tuméfaction inguinale gauche douloureuse, chaude et fluctuante, mesurant 10cm de grand axe x 4cm. Le toucher rectal notait une marge anale libre, un bombement des parois postérieure et latérale gauche du canal anal, fluctuant et douloureux.

Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 15,5 Giga /L, une anémie normochrome et normocytaire à 10g/dl, le Groupage sanguin (ABO et rhésus) B+, un taux de prothrombine égale à 52 %.

L'échographie périnéale a conclu à une importante collection inter sphinctérienne communiquant avec l'espace supralevatorien gauche.

Nous avons réalisé une mise à plat de l'abcès sous rachi anesthésie par voie inguinale gauche et

périnéale (intra canalaire) ; nous avons recueilli 700 cc du pus franc, nauséabond (figure 1) dont l'analyse cytbactériologique effectuée a mis en évidence le Klebsiella SPP sensible à la cefotaxime. Les suites opératoires ont été simples. Trois mois après, le malade ne présentait aucune particularité (figure 2).

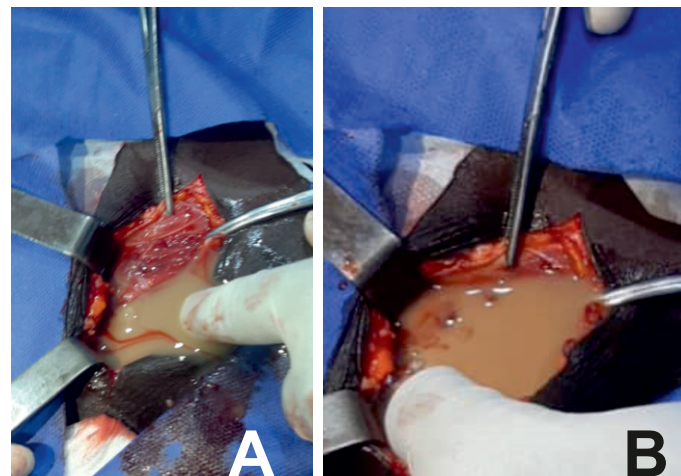


Figure 1 : vue opératoire montrant l'ouverture du canal inguinal gauche (A) et la collection du pus (B)



Figure 2 : image à trois mois après cicatrisation

DISCUSSION

L'abcès supralevatorien est le type d'abcès anorectal le moins courant (moins de 10 %) [4]. Sa communication avec le canal inguinal est aussi très rare, un seul cas rapporté dans la littérature [5]. D'origine cryptoglandulaire, il semble que l'abcès se soit développé à partir d'une perforation traumatique par une arête de poisson, s'étendant dans l'espace intersphinctérien. Les hommes sont fréquemment atteints soit 80%, notre cas était un adulte de sexe masculin [6]. La symptomatologie est caractérisée par : la douleur anale ; la fièvre et la présence d'une tuméfaction anale endocanalaire [7]. Notre cas

présentait les mêmes symptomatologies avec pour particularité une communication avec le canal inguinal se traduisant par une tuméfaction inguinale irréductible douloureuse et chaude. Le diagnostic est établi par l'examen clinique et l'imagerie. La caractérisation radiologique peut être réalisée par IRM pelvienne, échographie endorectale ou TDM pelvienne, les deux premières méthodes étant considérées comme la référence [8]. L'IRM pelvienne est une bonne méthode pour évaluer l'extension de la maladie et la direction des fistules [8]. Il modifie l'approche chirurgicale dans 10 % des cas et contribue à réduire la récurrence dans 75 % [9]. L'échographie endorectale est meilleure que l'IRM pour identifier les abcès péri-rectaux, les fistules complexes et leur ouverture interne. Il peut également aider au drainage de l'abcès [8]. Les critères pour effectuer une échographie endorectale ou une IRM au service des urgences ne sont toujours pas définis [8]. L'échographie périnéale, seul examen disponible en urgence dans notre cas a mis en évidence un abcès supralelevatorien d'origine cryptique communiquant avec le canal inguinal gauche.

Le traitement d'un abcès supra-releveur est complexe et consiste à réaliser un drainage de l'abcès par de nombreuses approches. Le principe du drainage vers l'intérieur ou vers l'extérieur selon que l'abcès soit inter sphinctérien ou transphinterien a été adopté par plusieurs auteurs, mais sans validation formelle [10,11]. De plus, il y a un manque d'informations sur la direction du drainage chirurgical et la fonction anale ultérieure. Garcia-Granero *et al* ont montré que l'IRM est essentielle pour déterminer en préopératoire la nature inter sphinctérienne ou transphinterienne de l'abcès supra levatorien. [12]. Ce n'est qu'à l'aide d'une telle imagerie qu'il sera possible de planifier la bonne direction du drainage. Certains auteurs ont rapporté une règle simple de drainage des abcès qui divise tous les abcès anorectaux en deux groupes selon que l'infection soit passée ou non par le sphincter externe ou le releveur de l'anus. Lorsqu'il l'a été, l'abcès doit être drainé vers l'extérieur et, à l'inverse, dans le cas contraire, le drainage doit se faire vers l'intérieur dans le canal anal [2].

Nous avons réalisé dans notre cas un drainage par voie inguinale gauche et à l'intérieur du canal anal, les suites opératoires étaient simples.

CONCLUSION

L'abcès anal supralelevatorien est une affection rare,

son diagnostic est difficile dans notre contexte. Un drainage précoce et adéquat éviterait des complications.

REFERENCES

- 1. Millan M, Garcia-Grannero E, Esclapez P, Espi A, Liedo S.** Prise en charge des abcès intersphinctériens. *Maladie colorectale* 2006;8(9):777-780.
- 2. Zinicola R, Cracco N, Rossi G, Giuffrida M, Giacometti M, and Nicholls RJ.** Acute supralelevator abscess: the little we know. *The annals of the Royal College of surgeons of England* 2022;104(9):645-649.
- 3. Garcia Granero A, Granero-Castro P, Frasson M, Flor-Lorente B, Carreno O, Garcia-Grannero E.** The use of an endostapler in the treatment of supralelevator abscess of intersphincteric origin. *Colorectal Dis.* 2014;16(9):0335-8
- 4. David João Aparício, Carlos Leichsenring, Cisaltina Sobrinho, Nuno Pignatelli, Vasco Geraldés, Vítor Nunes.** Supralelevator abscess: New treatment for an uncommon aetiology: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;59:128-131
- 5. Téoule P, Seyfried S, Joos A et al.** Management of retrorectal supralelevator abscess: results of a large cohort. *Int J Colorectal Dis* 2018; 33: 1589–1594.
- 6. Van Onkelen RS, Gosselink MP, Schouten WR.** Treatment of anal fistulas with high intersphincteric extension. *Dis. Colon Rectum* 2013;56:987–991
- 7. Bevans DW, Westbrook KC, Thompson BW, Caldwell FT.** Perirectal abscess: apotentially fatal illness. *Am J Surg* 1973; 126: 765–768.
- 8. Beets-Tan RG, Beets GL, Vander Hoop AG, Vliegen RF, Baeten CG, Van Engelshoven JM.** Preoperative MR imaging of anal fistulas: does it really help the surgeon? *Radiology.* 2001;218:75–84
- 9. Morris J, Spencer JA, Ambrose NS.** MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. *Radiographics* 2000;20:623–635
- 10. Zinicola R, Cracco N.** Draining an anal abscess: the skeletal muscle rule. *Colorectal Dis* 2014; 16: 562
- 11. Ommer A, Herold A, Berg E et al.** German S3 guideline: anal abscess. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 831–837
- 12. Garcia-Granero A, Granero-Castro P, Frasson M et al.** Management of cryptoglandular supralelevator abscesses in the magnetic resonance imaging era: a case series. *Int J Colorectal Dis* 2014; 29: 1557–1564