



La physiopathologie de la fissure anale

La physiopathologie de la fissure anale reste encore mal élucidée, malgré les nombreuses théories qui tentent de l'éclaircir. Nous ne citerons que les théories ayant encore une actualité.

1. La théorie mécanique :

Le passage de selles dures ou au contraire une diarrhée traumatise la muqueuse.

Deux facteurs anatomiques participent à une fragilité du pôle postérieur :

L'angle ano-rectal et la décussation postérieure des fibres du faisceau superficiel du sphincter externe formant un Y à sommet postérieur (en constituant le triangle de Minor ou espace de Brick).

Lors de la défécation, la relaxation du sphincter externe, et plus particulièrement de son faisceau superficiel, laisse le sphincter interne sous-tendre la muqueuse du canal anal postérieur. Cette zone, qui est alors moins bien soutenue, est fragilisée et soumise à l'angulation ano-rectale qui augmente l'impact postérieur du passage des selles.

2. La théorie épithéliale :

Une parakératose est souvent rencontrée dans les fissures anales chroniques.

Elle diminue l'élasticité de l'épithélium et le fragilise.

3. La théorie sphinctérienne :

Les études manométriques de patients porteurs d'une fissure anale chronique rapportent différentes anomalies traduisant une hyperactivité du sphincter interne.

La plupart des études retrouve chez ces patients, une hypertonie de repos par rapport aux témoins : Cette hypertonie peut être « primitive » ou réactionnelle à la douleur.

Elle concerne essentiellement le sphincter interne, mais possiblement aussi le sphincter externe.

La présence d'ondes ultralentes a également été rapportée chez ces patients. Ces ondes disparaissent après sphinctérotomie interne.

Le réflexe recto-anal inhibiteur se manifeste normalement par une chute de la pression de repos en réponse à une distension rectale. Il peut exister, chez les patients fissuraires, une remontée paradoxale de la pression après la relaxation initiale du sphincter interne (overshoot).

La zone de haute pression serait plus étendue en hauteur chez les patients ayant une fissure anale que chez les contrôles.

La relaxation spontanée cyclique physiologique du sphincter interne serait moins fréquente chez les patients ayant une fissure anale que chez les sujets normaux.

4. La théorie vasculaire :

Quatre études récentes soutiennent la thèse que la fissure anale serait liée à une ischémie artérielle.

4.1. Dans une étude angiographique de l'artère rectale (ou hémorroïdale) inférieure, branche de l'artère honteuse interne, responsable de la vascularisation du canal anal distal, il a été montré que :

Cette artère avait deux variantes anatomiques : dans le type 1 (85% des cas), le pôle postérieur est mal vascularisé, dans le type 2 (15% des cas), il n'y a pas de différence de vascularisation entre le pôle postérieur et le reste du canal anal.

De plus, les artéioles irriguant la muqueuse du canal anal distal passent à travers les fibres du sphincter interne, dans une direction qui leur est perpendiculaire : une hypertonie du sphincter interne, qui est souvent associée à la fissure anale, peut donc partiellement occlure ces vaisseaux et aggraver l'ischémie du pôle postérieur.

4.2. Une autre étude permet de constater une diminution de la pression partielle en oxygène au niveau de la fissure anale.

4.3. Il a été mis en évidence :

Une hypoperfusion du pôle postérieur chez des sujets sains (par rapport aux pôles antérieur et latéraux).

Une majoration significative de cette hypoperfusion en regard d'une fissure anale chronique.

4.4. Enfin il a été démontré, également une relation inverse entre la perfusion anodermique de la commissure postérieure et la pression de repos anale : plus la pression de repos est élevée, plus la perfusion sanguine est basse. Après guérison de la fissure anale, ces deux paramètres se normalisent.

La fissure anale serait donc un ulcère ischémique. L'hypertonie sphinctérienne, primitive ou secondaire, majore l'hypoperfusion physiologique du pôle postérieur par le biais d'une compression des artérioles le vascularisant.

C'est d'ailleurs pour cela que dans le service, nous avons toujours refusé de faire de sphinctérotomie latérale dans le traitement chirurgical de la fissure anale, privilégiant l'anoplastie sans sphinctérotomie qui assure l'exérèse de la fissure sans atteinte du sphincter interne, l'hypertonie sphinctérienne étant réflexe et non pas primitive.