



## Le traitement chirurgical de la fissure anale

### 1. Les méthodes

Les deux techniques pratiquées dans le service sont l'anoplastie et la fissurectomie. Dans ces deux méthodes, nous ne réalisons jamais de sphinctérotomie interne.

#### 1.1. L'anoplastie :

Mise en place d'une pince de Chaput au milieu du pôle postérieur du canal anal au sommet cutané de la fissure ou de la marisque si elle existe.

Infiltration anesthésique de la lidocaïne à 1% adrénalinée du raphé postérieur et des tissus sous cutanés pour parfaire le relâchement anal, dissocier les plans anatomiques et limiter le saignement. Incision cutanée, à l'aide d'une paire de ciseaux, de chaque côté des bords de la fissure et jusqu'à la ligne pectinée.

De cette incision sont réunies par une section au bistouri à lame pour réaliser un triangle de peau à base postérieure, destiné à assurer le drainage

Une pince d'Ombredanne est placée au bord inférieur de ce lambeau qui est disséqué, d'arrière en avant, en restant strictement sous cutané afin de ne pas entamer les fibres du faisceau sous cutané du sphincter, jusqu'à la ligne pectinée. On reconnaît en avant les fibres transversales nacrées du sphincter interne, formant la barre de Blaisdell, bridant l'écartement des lèvres de la plaie.

Puis les fibres du ligament de Parks sont sectionnées au bistouri à lame afin de libérer la muqueuse anale en arrière vers la zone sus pectinée jusqu'à la muqueuse rectale rose

Exérèse du lambeau cutané-muqueux postérieur ainsi libérée qui emporte la fissure et ses annexes jusqu'à la muqueuse rectale.

On fixe par deux pinces de Chaput-Mayo la muqueuse qui s'abaisse facilement.

Puis l'on suture la muqueuse rectale au sphincter interne par trois points séparés de Vicryl 2/0 au-dessous de la ligne pectinée.

#### 1.2. Les suites de l'anoplastie

La cicatrisation est normalement obtenue au bout de six semaines.

Mais il existe des retards à cette cicatrisation pouvant atteindre exceptionnellement un an.

Il faut donc prévoir un arrêt de travail de trois semaines en moyenne.

La douleur est surtout importante lors de la selle. Cette douleur est :

Dans 50% des cas identique à celle ressentie lors des poussées de fissure anale.

Dans 10% des cas plus importante.

Dans 40% des cas moins importante.

Une infection locale est possible, mais exceptionnelle avec l'apparition d'un abcès au niveau de la plaie d'anoplastie.

Ceci peut arriver longtemps après la cicatrisation.

Elle nécessite, le plus souvent, un nouveau geste chirurgical : exérèse au bistouri électrique comme lors du traitement d'une fistule anale basse.

Le retentissement sur la continence anale est quasiment nul à la différence de la sphinctérotomie latérale, autre technique proposée pour le traitement de la fissure anale.

La récurrence d'une fissure anale est rare (0,05%) mais possible, favorisée avant tout par la constipation. Une nouvelle intervention est alors le plus souvent nécessaire.

#### 1.3. La fissurectomie :

Consiste à assurer l'exérèse à l'aide d'un bistouri électrique de la fissure anale.

Une pince de Chaput est placée, à deux centimètres environ, du sommet de la fissure, afin d'assurer un triangle cutané de drainage, puis l'on débute l'exérèse superficielle de ce lambeau cutané.

On poursuit la dissection de part et d'autre des bords de la fissure anale en respectant le sphincter interne jusqu'à la muqueuse rectale.

On assure ensuite l'exérèse de ce lambeau cutané-muqueux qui emporte la fissure et ses annexes éventuelles.

#### **1.4. Les suites de la fissurectomie**

La cicatrisation est normalement obtenue au bout de huit semaines.

La douleur est surtout importante lors de la selle et lors de la position assise. Il faut donc prévoir un arrêt de travail de trois semaines en moyenne.

Le suintement des plaies est quasiment constant, plus ou moins important. Il ne traduit pas obligatoirement une surinfection des plaies. Il disparaît quand la cicatrisation est terminée.

Une infection locale est possible, mais exceptionnelle. Elle nécessite, le plus souvent, un nouveau geste chirurgical.

La récurrence d'une fissure anale est rare (0,06%) mais possible, favorisée avant tout par la constipation. Une nouvelle intervention est alors le plus souvent nécessaire.

## **2. Les indications**

Varié en fonction du stade d'évolution et du siège de la fissure.

### **2.1. Devant une fissure jeune :**

Il faut proposer en premier lieu un traitement médical associant une régularisation du transit intestinal, des topiques locaux et des antalgiques.

En cas d'échec de ce traitement ou de fissure hyperalgique, la chirurgie s'impose :

- En cas de fissure postérieure, anoplastie sans léiomyotomie.
- En cas de fissure antérieure, anoplastie associée à une exérèse du paquet hémorroïdaire antérieur qui emporte la fissure et ses annexes éventuelles.

### **2.2. Devant une fissure "vieille" :**

Il faut d'emblée proposer l'intervention au patient.

Tout en sachant que cette intervention ne présente aucun caractère d'urgence. Si le patient ne peut ou ne veut pas se faire opérer, le traitement médical est alors prescrit.

### **2.3. Devant une fissure infectée :**

La meilleure solution est la fissurectomie.

En cas de refus du patient, il est possible d'ajouter au traitement médical, une ovule gynécologique de METRODITAZOLE, utilisée comme un suppositoire le soir au coucher.