



Le traitement médical de la fissure anale

1. Le traitement médical

Le traitement médical est prescrit dans tous les cas, il repose sur :

La régularisation du transit intestinal :

La constipation, initiale ou réflexe, doit être traitée par une alimentation riche en fibres et des laxatifs non irritants (mucilages, paraffine, osmotiques).

La diarrhée doit être combattue par un régime d'épargne et/ou des modificateurs du transit.

Les topiques locaux ont essentiellement un rôle lubrificateur : leur pouvoir cicatrisant ou décontracturant n'est pas clairement démontré.

Un traitement antalgique adapté doit être institué par voie orale.

L'utilisation isolée d'anesthésiques locaux en topique n'améliore ni la cicatrisation ni la rapidité de disparition des symptômes.

Les myorelaxants n'ont pas une efficacité réellement prouvée.

2. Les injections intra-sphinctériennes

Les injections intra-sphinctériennes peuvent être associées à ce traitement :

L'injection d'anesthésiques locaux : peut se compliquer d'une infection locale ou d'une incontinence passagère.

Elle n'a qu'un effet transitoire sur la douleur.

L'injection sous-fissuraire ne peut être proposée qu'en cas de fissure jeune non infectée :

On injecte un ml de chlorhydrate de quinine-urée à 5% sous le plancher de la fissure, après anesthésie sphinctérienne par Lidocaïne à 2%.

Elle n'empêche pas les récurrences.

Tous ces traitements donnent des résultats assez comparables sur le taux de cicatrisation.

Mais il faut savoir qu'il existe une vraie maladie fissuraire faite de récurrences fréquentes et que le traitement médical ne traite que la poussée fissuraire et qu'il peut donc être renouvelé fréquemment voire être permanent lorsque le patient refuse ou ne peut être opéré.

3. Les sphinctérotomies chimiques réversibles

Les sphinctérotomies chimiques réversibles n'ont en fait pas confirmé les espoirs qu'elles avaient soulevés. Qu'il s'agisse de :

3.1. La toxine botulique est l'une des plus dangereuses neurotoxines actuellement connues. Elle est sécrétée par *Clostridium Botulinum*, et est responsable du botulisme.

La toxine botulique est utilisée en injections péri-fissuraires dans le sphincter externe ou dans le sphincter interne :

L'injection dans le sphincter externe produit une parésie du sphincter externe, mais aussi du sphincter interne par diffusion.

L'injection dans le sphincter interne ne produit qu'une parésie du sphincter interne, sans diffusion vers le sphincter externe.

La parésie sphinctérienne dure plusieurs semaines, ce qui permet à la fissure anale de cicatriser par revascularisation.

Les effets secondaires signalés sont peu fréquents :

Incontinence transitoire (surtout aux gaz) avec les deux techniques.

Thromboses péri-anales avec les injections dans le sphincter externe.

Il n'y a pas eu d'effet systémique signalé jusqu'à présent.

A noter : Le coût important de ce traitement.

Ses modalités rigoureuses de manipulation :

La préparation du produit doit être réalisée dans un local approprié et par un personnel expérimenté afin de minimiser le risque d'incident lors de la manipulation.

L'injection doit être réalisée par un médecin spécialiste ayant une bonne expérience de l'utilisation de la toxine botulique.

En cas d'incident lors d'une manipulation du produit, qu'il soit à l'état lyophilisé ou reconstitué, les mesures appropriées décrites ci-dessous doivent être mises en route immédiatement :

Toute projection doit être essuyée : soit avec un matériel absorbant imbibé d'une solution d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) en cas de produit sec, soit avec un matériel absorbant sec en cas de produit reconstitué.

Les surfaces contaminées seront nettoyées avec un matériel absorbant imbibé d'une solution d'hypochlorite de sodium (eau de javel) puis séchées.

En cas de bris de flacon, procéder comme indiqué ci-dessus au ramassage méticuleux des particules de verre et à l'essuyage du produit, en évitant les coupures cutanées.

En cas de projection, laver avec une solution d'hypochlorite de sodium (eau de javel) puis rincer abondamment à l'eau.

Recommandation pour l'élimination du matériel contaminé :

Les aiguilles, les seringues et les flacons qui ne doivent pas être vidés, seront placés, après usage, dans des containers adaptés qui devront être incinérés.

Le matériel contaminé (tissu absorbant, gants, débris d'ampoule) doit être placé dans un sac intraversable et éliminé par incinération.

En fait une étude française a montré qu'il n'existait aucune différence entre ce traitement par injection de toxine botulique et le traitement médicamenteux classique associant topiques, antalgiques et laxatifs.

3.2. Les dérivés nitrés en topique.

Les mécanismes qui sous-tendent le réflexe recto-anal inhibiteur sont mal connus.

Des études ont montré que le monoxyde d'azote est un neurotransmetteur inhibiteur endogène important dans l'innervation intrinsèque non adrénergique non cholinergique du sphincter interne. Les dérivés nitrés sont des donneurs exogènes de monoxyde d'azote produisant les mêmes effets que le monoxyde d'azote endogène.

Sous dérivés nitrés en topique, on observe une chute de la pression de repos comparable à celle produite par une sphinctérotomie chirurgicale et une augmentation du flux sanguin anodermique. Ils sont plus facilement accessibles et moins onéreux que la toxine botulique.

Dans le traitement de la fissure anale :

Une application topique de nitroglycérine à 0,5%, permet d'obtenir un de l'ordre de 85 à 90% en quelques semaines, avec une disparition rapide de la douleur.

Les effets secondaires relatés sont :

Des céphalées fréquentes (d'autant plus fréquentes et tenaces que les pommades sont concentrées en nitrates).

Des brûlures anales.

Il n'y a aucun cas d'incontinence rapportée à ce jour.

En fait :

Les dernières études randomisées n'ont pas mis en évidence de supériorité des dérivés nitrés.

Il n'existe aucune préparation disponible sur le marché pharmaceutique.

Il n'est, même plus possible, de faire une préparation médicinale, les pommades à base de dérivés ne sont plus commercialisées en France dans le traitement de l'angine de poitrine.

Les résultats, finalement décevants, de ses sphinctérotomies chimiques semblent être, pour nous, un argument supplémentaire pour défendre que l'hypertonie sphinctérienne retrouvée dans la fissure anale soit bien réflexe et non pas primitive.