

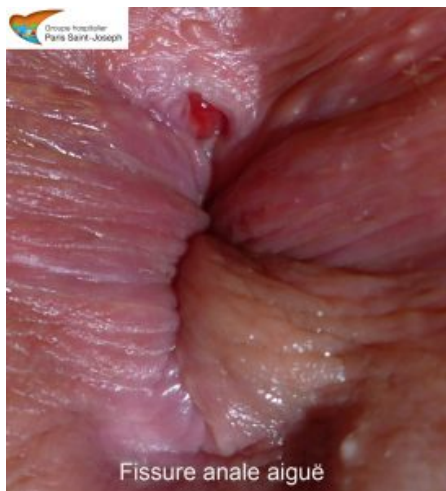
La fissure anale constitue le deuxième motif de consultation proctologique chez l'adulte, après la pathologie hémorroïdaire.

Elle a la même incidence dans les deux sexes. Elle survient surtout entre 30 et 50 ans, mais peut également survenir chez l'enfant (3 à 10% des cas).

Sa physiopathologie n'est pas clairement élucidée. Elle siège dans près de 75% des cas au niveau de la partie postérieure du canal anal chez l'adulte. Elle est préférentiellement antérieure lorsqu'elle survient en postpartum. Elle est le plus souvent unique, mais elle peut être bipolaire (antérieure et postérieure) dans 3 à 10% des cas. En revanche, une fissure latérale ou multiple est suspecte et doit à priori être considérée comme une ulcération spécifique (maladie de Crohn, cancer, tuberculose, etc...).

Les manifestations cliniques varient en fonction du stade de la maladie.

En cas de fissure anale aiguë



En cas de fissure anale aiguë, la douleur est au premier plan, intense, rythmée par les selles. Typiquement, elle est synchrone au passage des selles, elle s'atténue puis réapparaît après un intervalle libre assez bref et peut alors durer de quelques minutes à quelques heures. Elle s'accompagne d'un saignement en fin de selles et d'une constipation réflexe.

A l'examen, la fissure est visible au déplissement de la marge anale sous la forme d'une ulcération triangulaire à base externe ou ovalaire, à fond rouge, souvent superficielle mais laissant parfois voir quelques fibres du sphincter interne, à bords nets et plats, débordant à

peine sur la peau de la marge anale et se prolongeant à l'intérieur jusqu'à la ligne des cryptes qu'elle n'atteint pas. Le toucher ano-rectal est très douloureux, voire impossible à cause de la contracture sphinctérienne réflexe.

Son évolution spontanée ou sous l'effet du traitement médical se fait souvent vers la cicatrisation en 4 à 8 semaines. Mais la récurrence est fréquente (environ 20 à 30% des cas).



La fissure anale chronique

La fissure anale chronique correspond à un stade ultérieur. Elle est définie soit par sa durée d'évolution, soit par ses caractéristiques morphologiques, soit les deux. La douleur et la contracture sphinctérienne sont souvent moins importantes qu'en cas de fissure aiguë. A l'examen, l'aspect de la fissure se modifie, ses bords s'épaississent, son fond devient blanchâtre, mettant à nu les fibres transversales du sphincter interne. Elle s'accompagne souvent d'un capuchon de peau à l'extérieur (marisque) et/ou d'une papille hypertrophique dans le canal anal.

Le traitement médical classique (cf encadré) est souvent peu efficace rendant alors la chirurgie nécessaire (cf encadré).

Enfin, la fissure anale peut s'infecter, en général sous la forme d'une suppuration interphinctérienne avec issue de pus au déplissement de la marge, un nodule sous-fissuraire palpable et/ou un orifice secondaire marginal. Le suintement peut être responsable d'un prurit. Le seul traitement efficace est alors chirurgical (cf encadré).

Nadia FATHALLAH

----- **Encadrés** -----

- Le **traitement médical** de la fissure anale.

Le traitement médical est prescrit dans tous les cas, il repose sur la régularisation du transit intestinal, les topiques dont le rôle est essentiellement lubrificateur et un traitement antalgique adapté.

L'utilisation isolée d'anesthésiques locaux n'améliore ni la cicatrisation, ni la rapidité de disparition des symptômes. Les myorelaxants n'ont pas une efficacité réellement prouvée.

Nadia FATHALLAH

- Le **traitement chirurgical** de la fissure anale.

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de fissure anale symptomatique résistant au traitement médical ou récidivant à l'arrêt du traitement médical ainsi qu'en cas de fissure infectée.

En cas de fissure non infectée, les deux techniques pratiquées dans le service sont la fissurectomie seule (fissures antérieures et postérieures) et la fissurectomie avec anoplastie (fissures postérieures seulement). Dans les deux cas, nous ne réalisons plus de léiomyotomie.

En cas de fissure infectée, le traitement consiste en une fissurectomie associée à une mise à plat, le plus souvent immédiate, de la suppuration.

Nicolas LEMARCHAND, Manuel AUBERT, Paul BENFREDJ, Denis SOUDAN, Katia FELLOUS, Hélène PILLANT - LE MOULT et Benoît MORY

- **Cas particulier** de la fissure anale infectée.

La fissure infectée est la deuxième cause des suppurations prenant naissance dans le canal anal.

La douleur est déclenchée par les selles et est souvent modérée, sauf en cas d'abcès. Il peut s'y associer un prurit secondaire à l'écoulement.

L'examen découvre une ulcération habituellement postérieure, souvent associée à l'extérieur, à un capuchon mariscal et dans le canal anal, à une papille hypertrophique réalisant au maximum un aspect de pseudo-polyype hémorroïdaire. Cette ulcération laisse sourdre une goutte de pus au déplissement des plis radiés.

Le traitement est chirurgical et consiste en la dissection-exérèse en bloc de la lésion au bistouri électrique.

Nicolas LEMARCHAND, Manuel AUBERT, Paul BENFREDJ, Denis SOUDAN, Katia FELLOUS, Hélène PILLANT - LE MOULT et Benoît MORY