



Les manifestations cliniques de la fissure anale

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

La fissure anale a la même incidence dans les deux sexes.

Elle survient surtout entre 30 et 50 ans, mais est également fréquente chez l'enfant (3 à 11% des cas).

Chez la femme primipare, son incidence est de 9% dans le post-partum.

Elle siège dans près de 75% des cas, au niveau de la commissure postérieure.

Mais dans 13 à 19% des cas chez la femme et 7% des cas chez l'homme elle est commissurale antérieure.

Chez l'enfant, elle est préférentiellement antérieure.

La fissure anale est le plus souvent unique, mais elle peut être double (antérieure et postérieure) dans 3 à 10% des cas, surtout chez la femme.

Une fissure anale latérale ou multiple est suspecte et doit à priori être considérée comme une fissure secondaire.

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

1. La fissure anale aiguë

1.1. Est souvent d'apparition brutale, marquée par une douleur anale très intense :

Déclenchée par la selle, cette douleur est caractéristique par son rythme : elle peut être synchrone au passage des selles. Mais plus souvent, elle apparaît ou réapparaît après un intervalle libre après la défécation et peut durer de quelques minutes à quelques heures.

Cette douleur, à type de brûlure, de déchirure, peut provoquer une constipation réflexe.

Elle s'accompagne de rectorragies striant les selles ou en fin de selle et surtout d'une contracture sphinctérienne qui rend l'examen difficile.

1.2. Le déplissement doux de la marge anale permet d'objectiver :

Cette contracture qui est visible.

Et la fissure 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 rectal est très douloureux et doit de ce fait être évité car il est souvent inutile au diagnostic.

1.3. Son évolution spontanée ou avec un traitement médical :

Se fait souvent vers la cicatrisation en 4 à 8 semaines dans un premier temps.

Mais la récurrence est fréquente (environ 20% à 30% des cas)

Et la cicatrisation spontanée de plus en plus difficile.

2. La fissure anale chronique est le stade ultérieur.

Elle peut être définie soit par sa durée d'évolution, soit par ses caractéristiques morphologiques.

Les douleurs et la contracture sphinctérienne sont souvent moins importantes.

L'aspect de la fissure anale se modifie : ses bords s'épaississent, son fond devient blanchâtre, mettant à nu les fibres transversales du sphincter interne.

Elle s'accompagne parfois d'un capuchon mariscal à l'extérieur (47,3%) et/ou d'une papille hypertrophique ou « pseudo-polype » dans le canal anal (8,4%).

L'évolution spontanée ne se fait pas vers la guérison.

Le traitement médical classique est souvent peu efficace.

3. La fissure anale infectée (12,5%)

Laisse sourdre du pus.

L'infection peut créer un trajet fistuleux sous-fissuraire avec parfois un prolongement inter-sphinctérien ou sous-muqueux.

Le suintement peut être responsable d'un prurit.

Le seul traitement efficace est alors chirurgical.