



**MASTERCLASS EN
PROCTOLOGIE
INTERVENTIONNELLE
FISSURE ANALE**

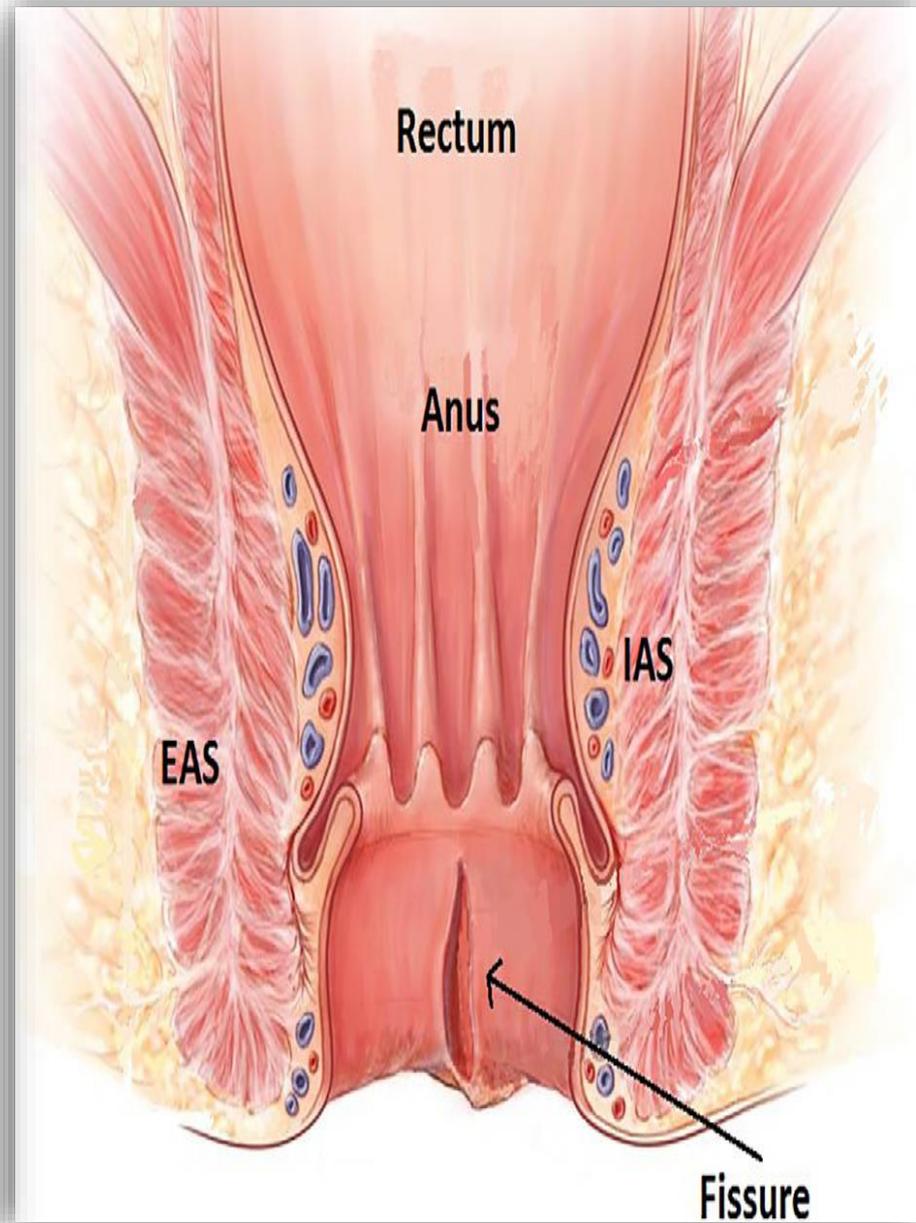
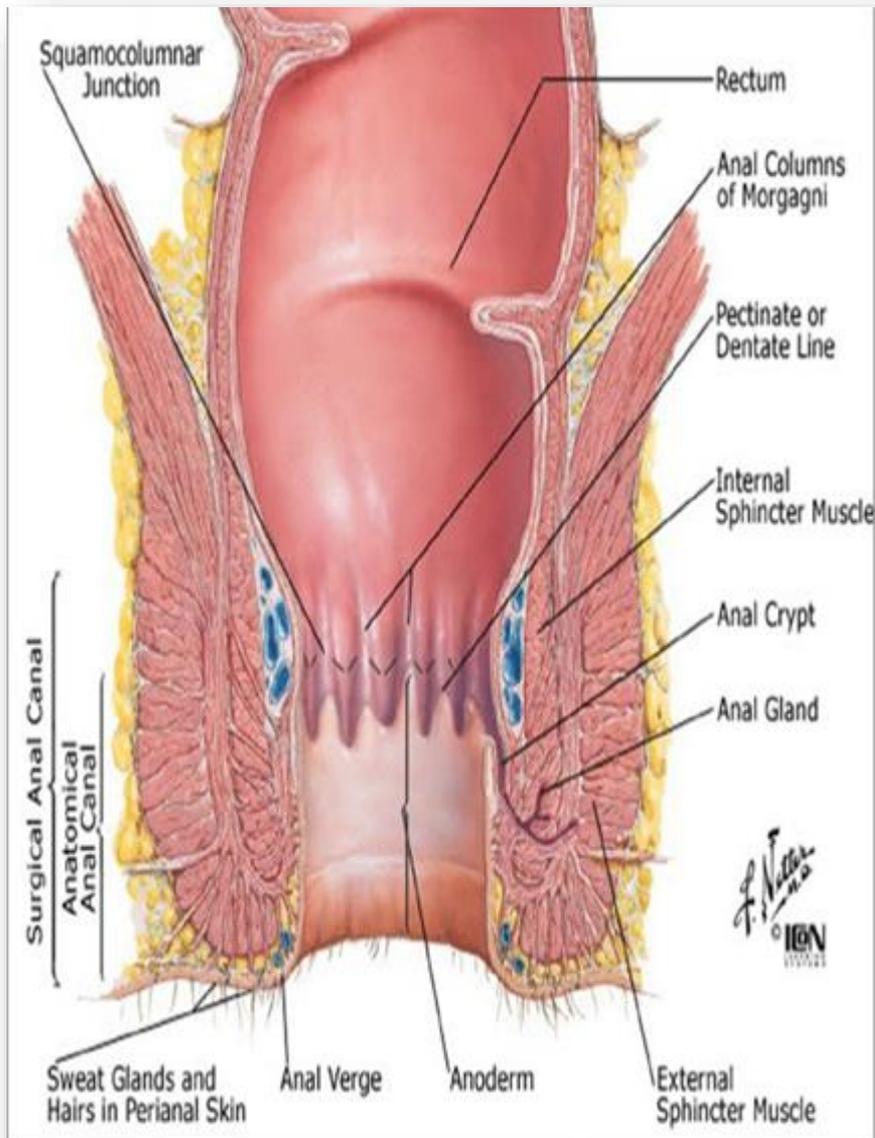
Dr KARIM HAMADI
Gastro-Entérologue libéral

INTRODUCTION

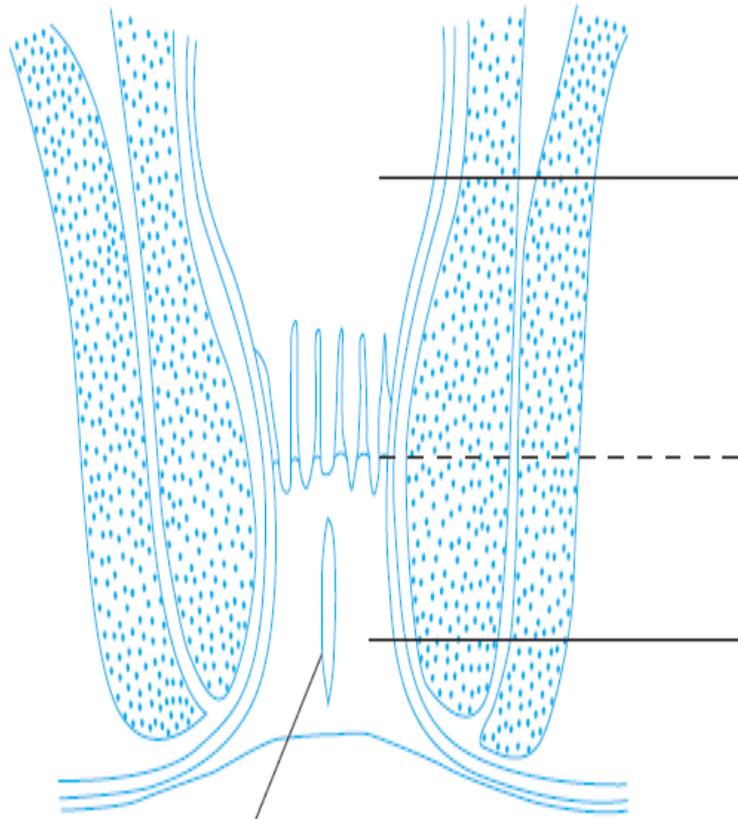
- Pathologie fréquente (environ 10-15%).
- 2^{ème} motif de consultation colo-proctologique.
- Douleur anale rythmée par la défécation +/- rectorragies souvent liée à une constipation.
- PEC repose sur des Trt médicamenteux, instrumentaux et chirurgicaux.
- Choix de la stratégie thérapeutique varie d'un pays à l'autre.
- Aucune recommandation consensuelle n'est disponible à ce jour.

Définition

- Déchirure de l'épithélium et du derme au niveau de la **marge anale**, remontant dans le canal anal mais restant **sous la ligne pectinée**.
- Typiquement de **forme ovale** ou en « raquette ».
- Localisée au niveau de la **commissure postérieure** (73,5 %), antérieure (16,5 %), bipolaire (2.6%).
- **FA aiguë** : moins de **06 semaines**.
- **FA chronique** : au-delà de **06 semaines**.



Acute



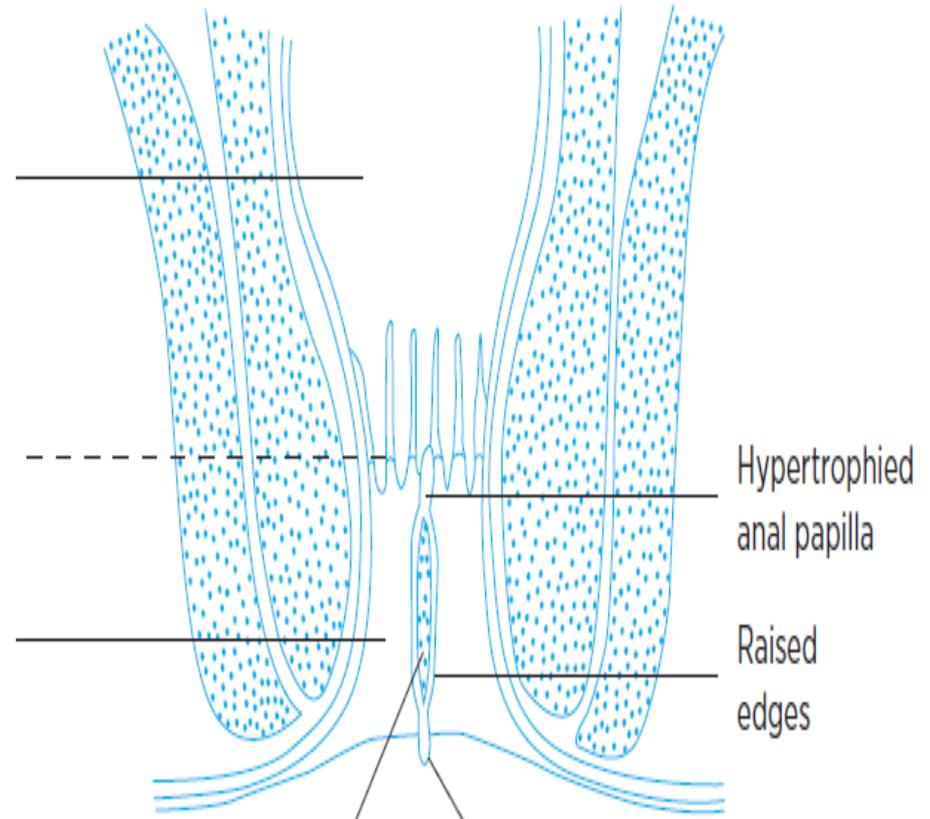
Simple tear

Rectum

Dentate
line

Anal canal

Chronic



Hypertrophied
anal papilla

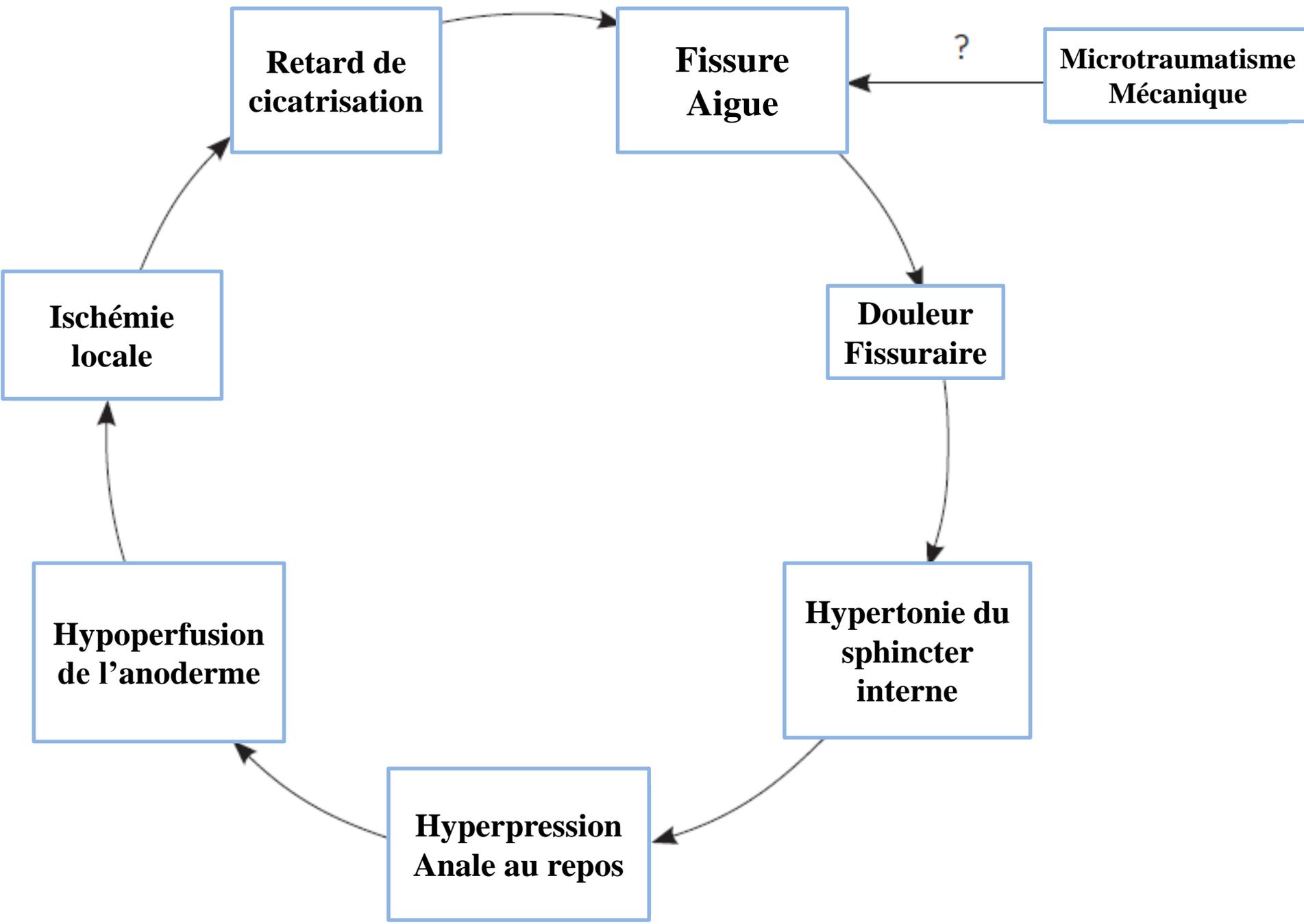
Raised
edges

Exposed internal
anal muscle fibres

Sentinel pile
(external skin tag)

Etio-Pathogénie

- 1. La théorie mécanique:** constipation / diarrhée traumatique avec fragilité du pôle postérieure
- 2. La théorie épithéliale:** parakératose (diminue l'élasticité et fragilise l'épithélium du CA)
- 3. La théorie sphinctérienne:** hyperactivité du sphincter interne (Mano: hypertonie de repos du SI)
- 4. La théorie vasculaire:** ischémie artérielle (Hypertonie du SI → compression extrinsèque des branches artériolaires de l'artère hémorroïdaïdale)



Aspect clinique

Le diagnostic repose sur une triade caractéristique:

- Une **ulcération épithéliale** du bas canal anal.
- Une contracture du SI à l'origine **d'une hypertonie anale de base**.
- Syndrome douloureux anal rythmé par la défécation « syndrome fissuraire ».

Formes cliniques

Fissuration anale ou état préfissuraire:

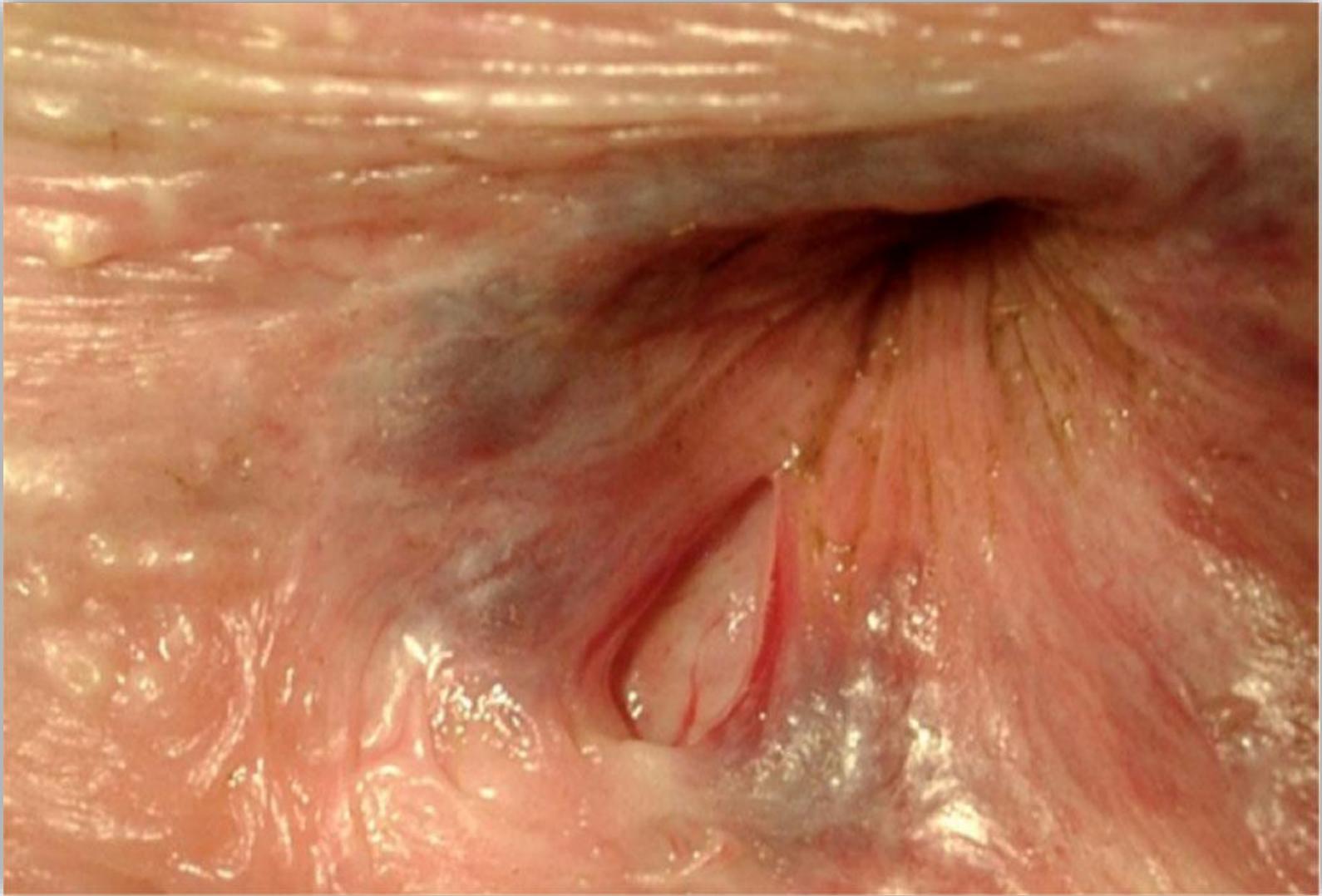
- **Une** ou plusieurs déchirures superficielles sont déclenchées par le passage des selles, provoquant des **brûlures transitoires**.
- Elle peut évoluer vers la FA **en se creusant**.

FA aiguë:

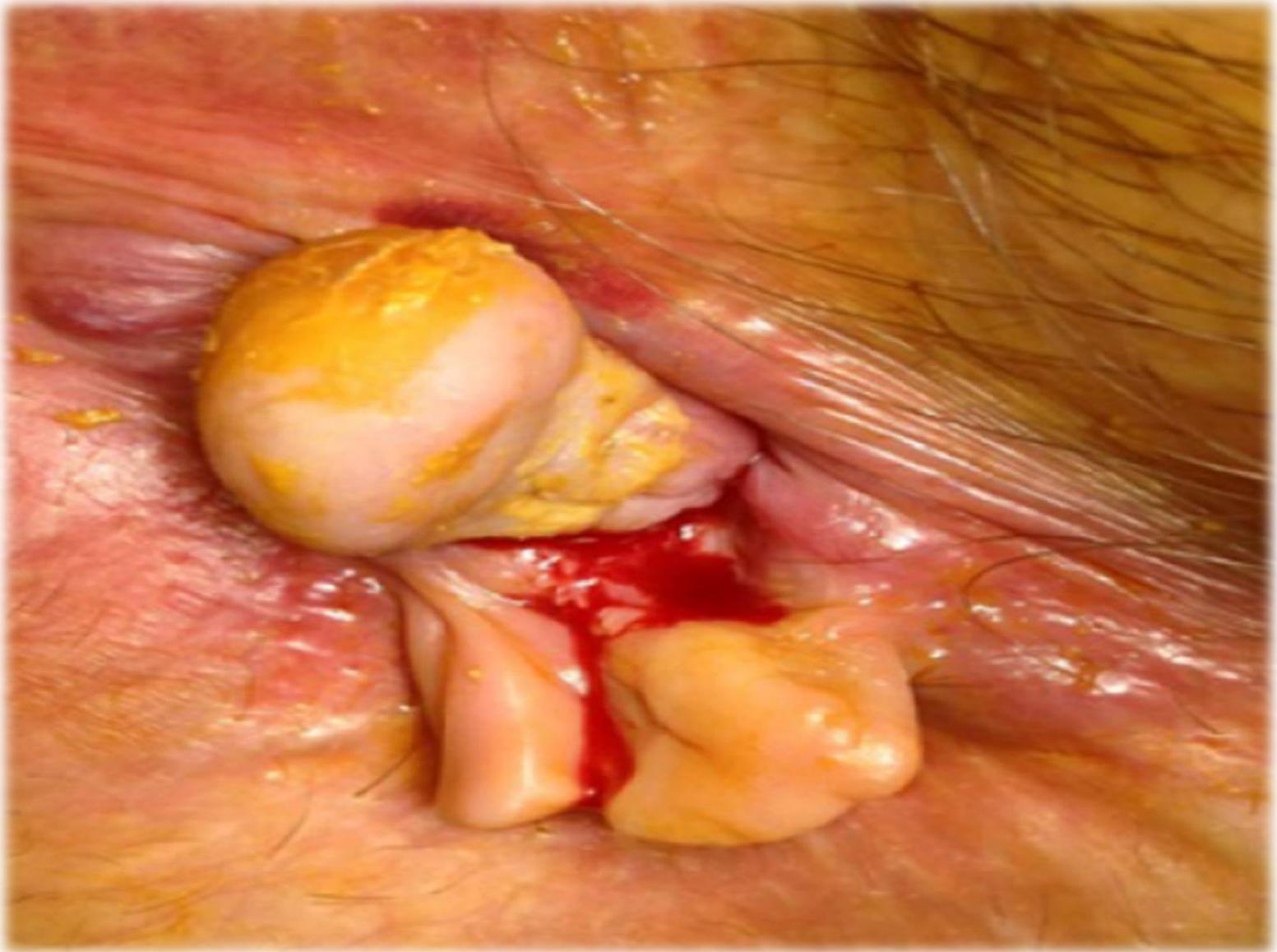
- Elle est **superficielle**, à **berges fines** et **fond rosé**, **sans marisque ni papille**.
- Elle peut spontanément cicatriser (environ 50 % à 1 mois) avec un risque important de récurrence, ou évoluer vers la FA chronique,

FA chronique:

- la **douleur** et la **contracture** sont **moins importantes**.
- L'aspect se modifie, les **berges s'épaississant**.
- Elle est associée fréquemment à une **marisque sentinelle d'aval** et une **papille hypertrophique d'amont** .



Fissure aiguë



Fissure chronique

Formes cliniques

FA infectée :

- un **abcès sous-fissuraire** peut être palpable entre l'**index intra-anal** et le **pouce**.
- L'abcès peut évoluer vers une **fistule** avec un orifice externe par lequel s'écoule du pus, souvent au pied de la marisque sentinelle.

FA hyperalgique:

FA du post-partum:

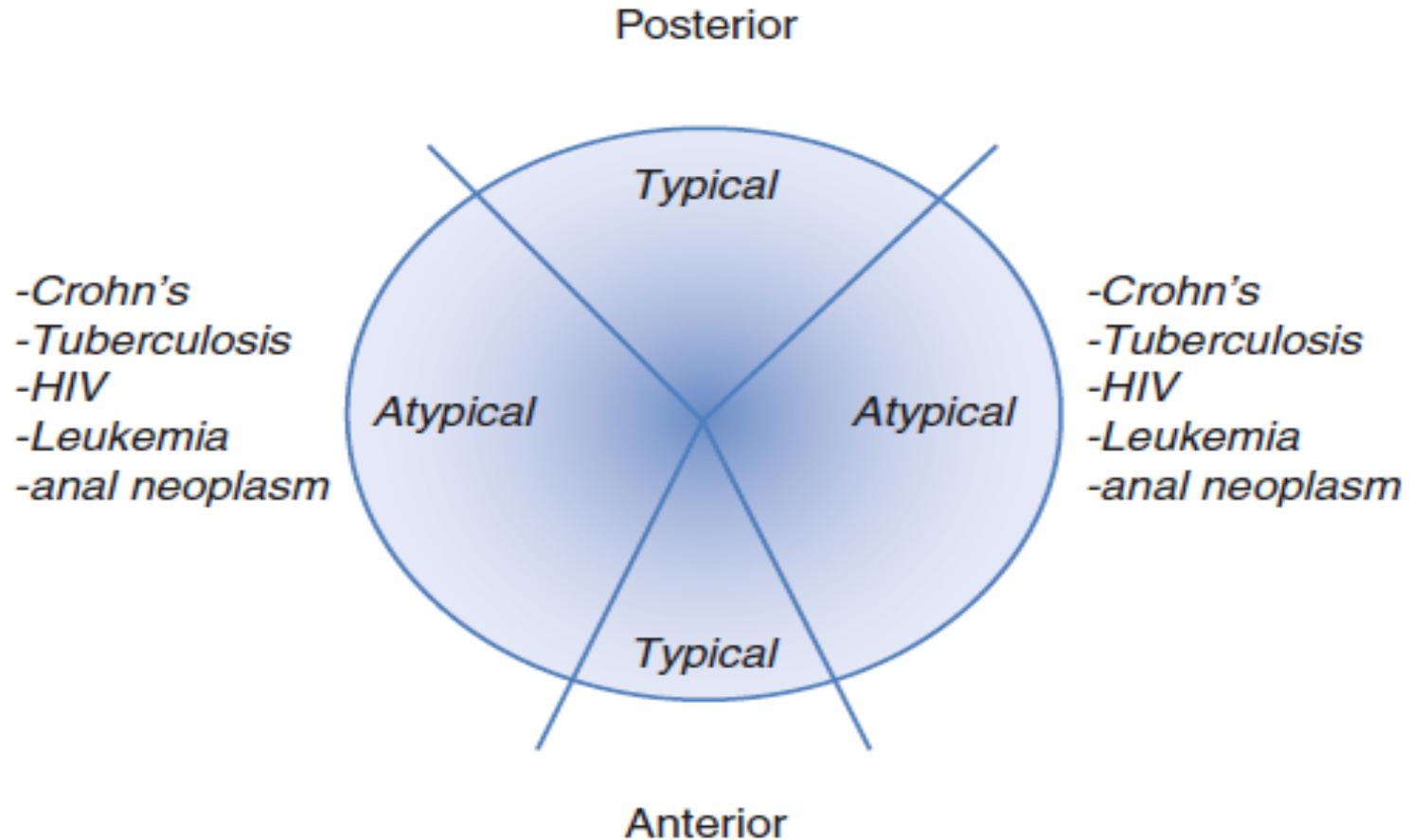
- Affecte **15 % des femmes** ; **40 %** ont une localisation **antérieure**, **48 %** **postérieure** et **12 % bi- focale**.
- Le plus **souvent sans hypertonie** associée.
- Elle survient quelques semaines suivant l'accouchement, après un **effort de constipation terminale**.
- Elle **répond** volontiers au **traitement médical standard**.



Fissure infectée : aspect scléreux, avec berges décollées et souvent pus visibles. Parfois fistule sous-fissuraire



Diagnostics différentiels



Prise en charge

Traitement médical

- **Traitement médical non spécifique**
- **Traitement médical spécifique**

Traitement médical non spécifique

- **Contrôler le facteur déclenchant (constipation):**

RHD (bains de siège, régime riche en fibres au long cours permet d'obtenir une diminution significative de la récidive)

Régulateurs du transit au long cours.

- **Soulager les symptômes (douleur, saignements):**

Antalgiques, AINS

- **Obtenir une cicatrisation de la fissure:**

Emollients

Traitement médical spécifique

Agents relaxant l'hypertonie sphinctérienne:

➤ **Les dérivés nitrés en topiques:**

- **Trinitrate de glycéryle 0,4% (Rectogésic): 2 à 3 app / jr pd 6-8 semaines.**
- Fortement recommandés par (ASCRS).
- Efficacité: cicatrisation rapide 50% des cas.
- Récidive à long terme de 51 à 67 %.
- Effet sec: céphalées(20 à 30 %), irritation locale.

Traitement médical spécifique

Agents relaxant l'hypertonie sphinctérienne:

➤ Les inhibiteurs calciques en topiques:

- (**Diltiazem, Nicardipine, Nifédipine**): sont recommandés **en première intention** par les sociétés britannique et nord-américaine.

- **Préparation magistrale :**

Nifédipine ——— 300 mg

Lanovaseline ——— 15 grammes

Paraffine ——— 1 ml.

- A conserver au frais à l'abri de la lumière.

- Deux applications par jour

- Effets sec: Prurit anal.

Traitement médical spécifique

Agents relaxant l'hypertonie sphinctérienne:

➤ **La toxine botulinique A:**

Modalités d'utilisation et l'efficacité de la toxine botulinique ne dépend pas ni de:

- Toxine utilisée **Botox = Dysport.**
- Volume injecté** (10 à 100 UI).
- Site d'injection:** 3h et 9h de part et d'autre de la FA en position de la taille dans le SAI.

NB: Les recommandations britanniques et nord-américaines proposent l'utilisation de toxine botulinique en cas de fissure anale **résistante au traitement local par inhibiteurs calciques ou dérivés nitrés.**

Traitement chirurgical

- **La sphinctérotomie latérale interne**
- **Fissurectomie seule**
- **Fissurectomie avec anoplastie**

1. La sphinctérotomie latérale interne (SLI)

➤ 02 techniques:

a) Sphinctérotomie latérale par voie fermée
(Closed lateral sphincterotomy).

b) Sphinctérotomie latérale par voie ouverte
(Open lateral internal sphincterotomy).

Sphinctérotomie latérale par voie fermée (Closed lateral sphincterotomy).

- **Indication:**

- Fissure anale **réfractaire au traitement médical** avec **hypertonie sphinctérienne** associée.

- **Principe:**

- Réaliser une sphinctérotomie partielle du sphincter interne de l'anus latéralisée à **3** ou **9 heures**.

- A distance de la fissure anale qui est laissée en place durant cette intervention.

- **Contre-indications**

- La présence d'une IA préopératoire.

- Une maladie de Crohn active.

- Un ATCD de rupture sphinctérienne post traumatique (obstétricale ou autre), ou post chirurgicale

Sphinctérotomie latérale par voie fermée (Closed lateral sphincterotomy).

- **Préparation:**

- Aucune ou microlavement ou suppositoire évacuateur.

- **Installation** : décubitus dorsal, cuisses fléchies sur le bassin.

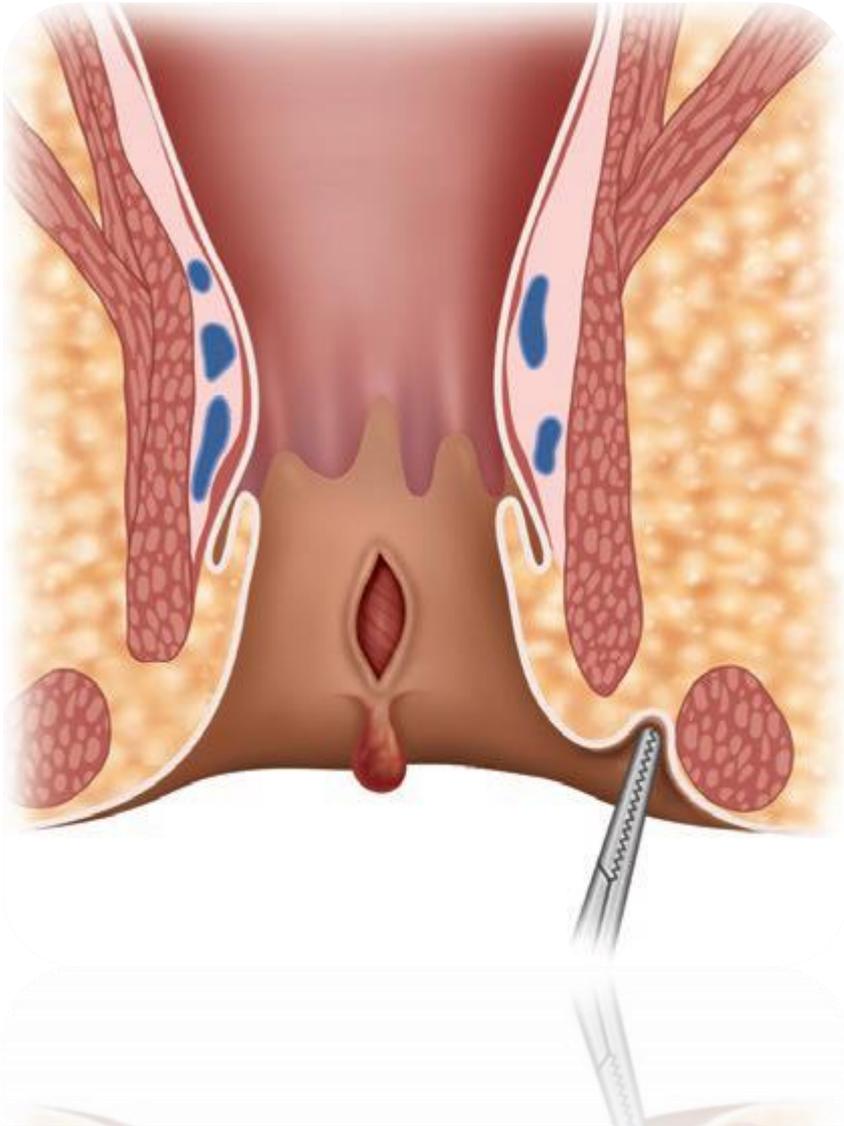
- **Anesthésie** : générale, rachi-anesthésie, loco-régionale (sous sédation).

- **Étapes chirurgicales:**

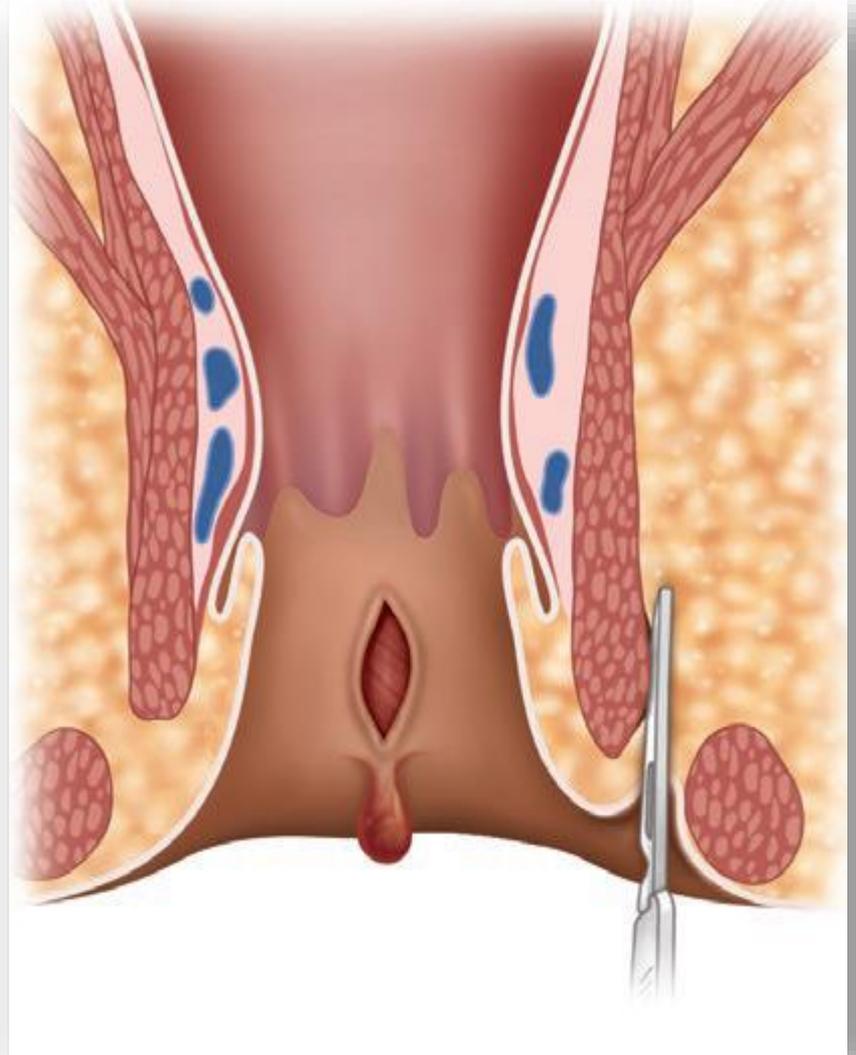
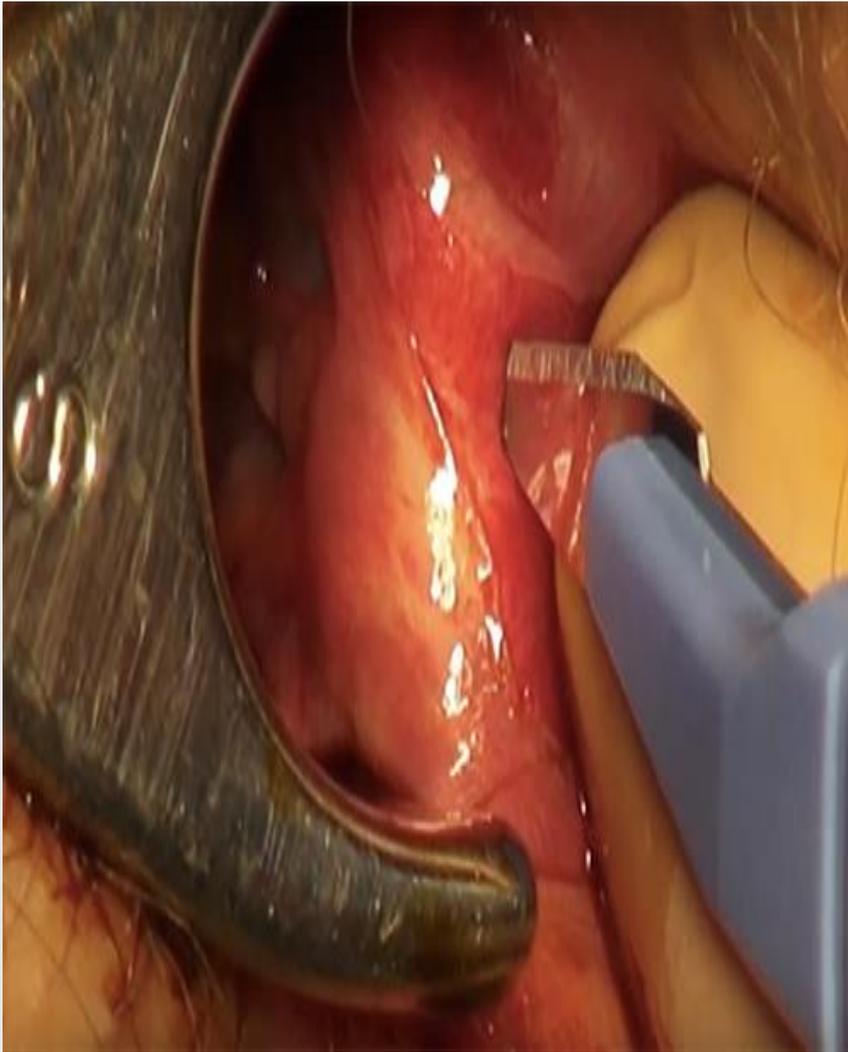
- 1er temps : Examen clinique**



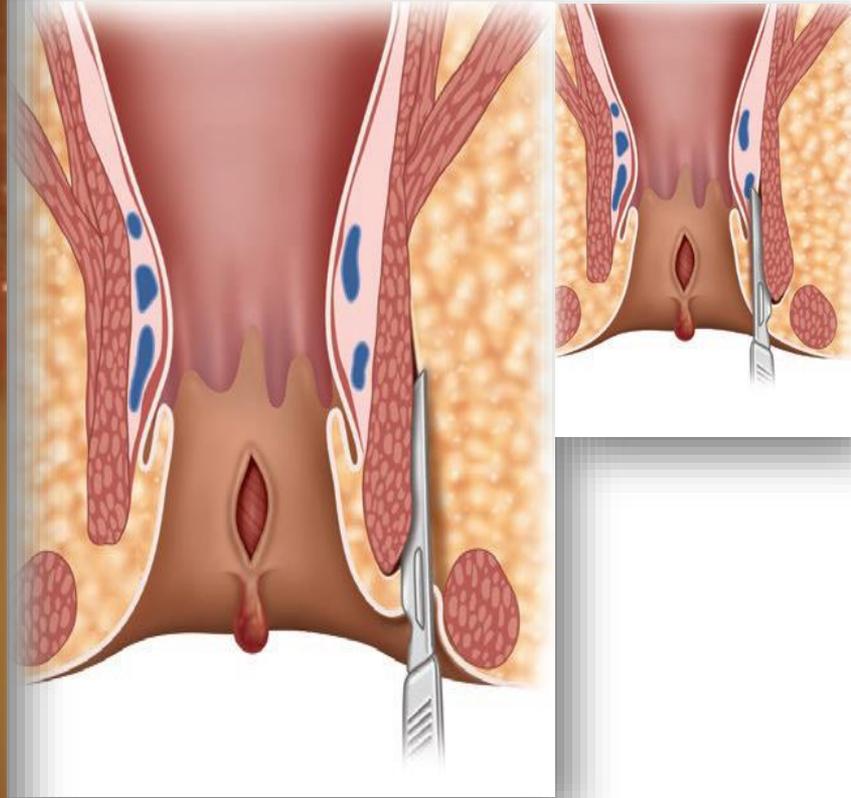
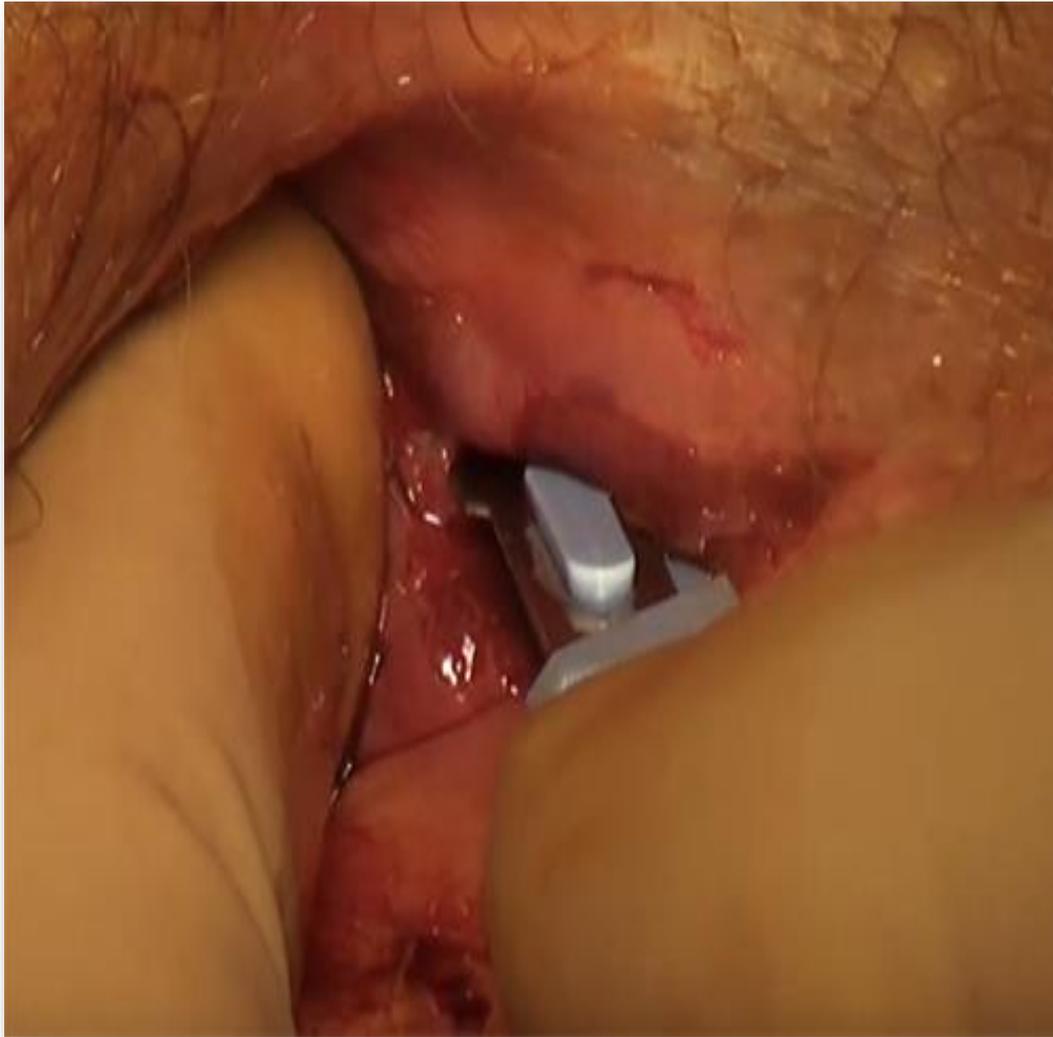
2ème temps : Exposition et repérage du sphincter interne



3ème temps : Insertion de la lame de bistouri



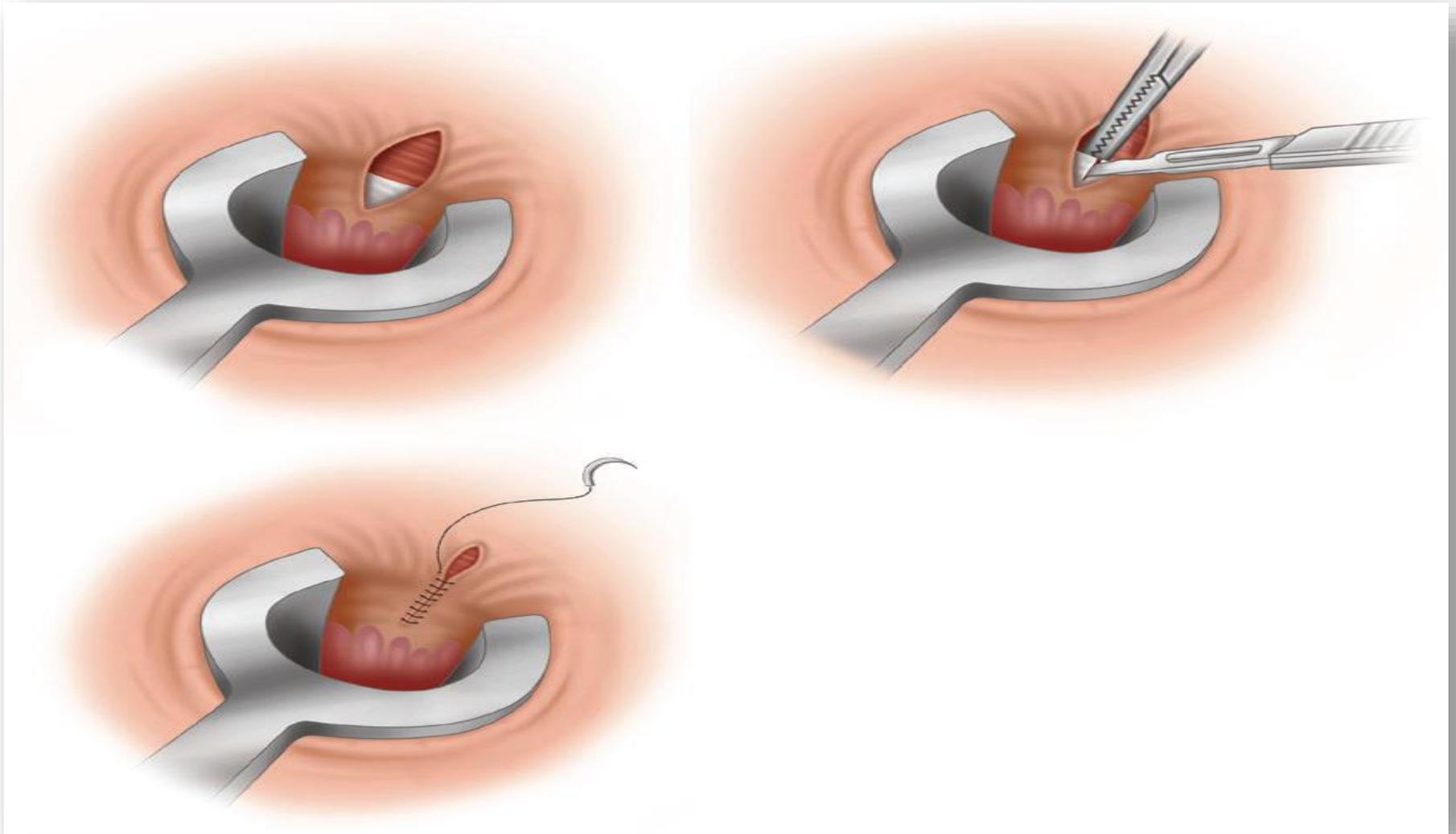
4ème temps : Section du sphincter interne



5^{ème} temps : Contrôle du geste chirurgical



Sphinctérotomie latérale par voie ouverte (Open lateral internal sphincterotomy).



- **Points importants:**

-La sphinctérotomie doit être **contrôlée** sur sa **hauteur** afin de limiter le risque **d'incontinence postopératoire**.

-Le **contrôle** de la section **au doigt** permet de ne pas **perforer la paroi anale** au cours du geste.

2. Fissurectomie +/- anoplastie

- **Principe:**

- Exérèse d'une fissure et couverture de la partie interne de la plaie par un **abaissement muqueux** (anoplastie).

- **Indication:**

- Fissure anale **chronique** ne répondant pas au traitement médical et/ou **fissure hyperalgique**.

- Procédure particulièrement recommandée pour les **fissures chroniques non associées à une hypertonie sphinctérienne** ou chez les patients avec un **risque d'incontinence anale important**.

- Ce geste peut être associé à une hémorroïdectomie (intervention de Bellan).

- **Contre-indications:**

- La plastie muqueuse (anoplastie) n'est pas recommandée en cas de **Suppuration associée**.

- **Maladie de Crohn active**.

- **Préparation:**

- Aucune ou microlavement ou suppositoire évacuateur.

- **Anesthésie** : générale, rachi-anesthésie, loco-régionale (sous sédation).

- **Position du malade:**

- Décubitus dorsal, cuisses fléchies sur le bassin.

- **Matériel spécifique:**

- Un écarteur hémi-valve ou bivalve.

- **Étapes chirurgicales:**

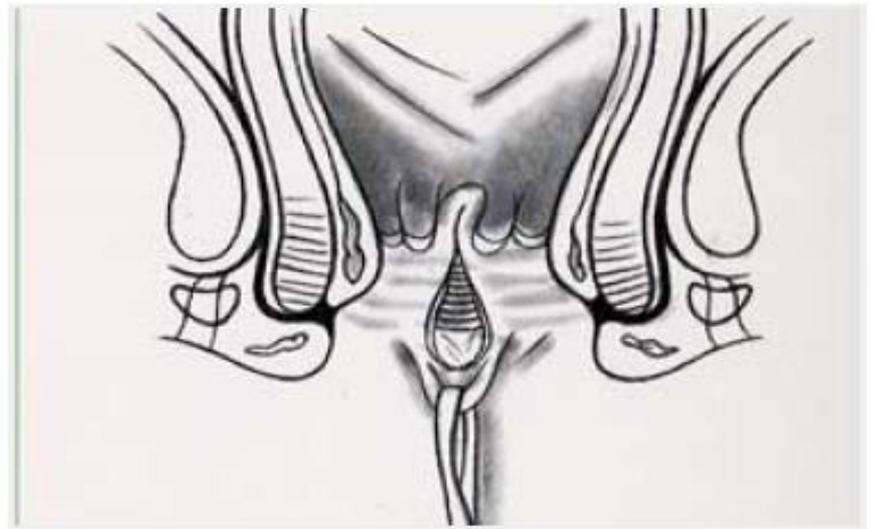
1/ Dissection – Abaissement

2/ Excision

3/ Suture



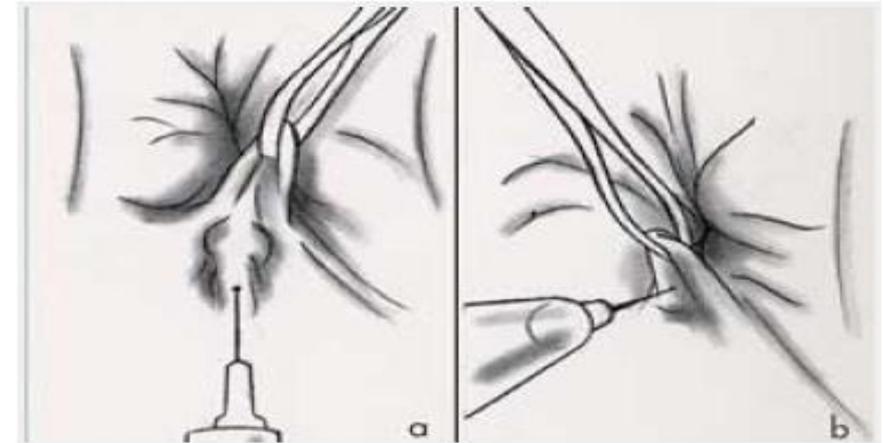
1 vue initiale de la fissure du pôle postérieur.



2 coupe frontale de la fissure laissant voir les fibres du sphincter interne.



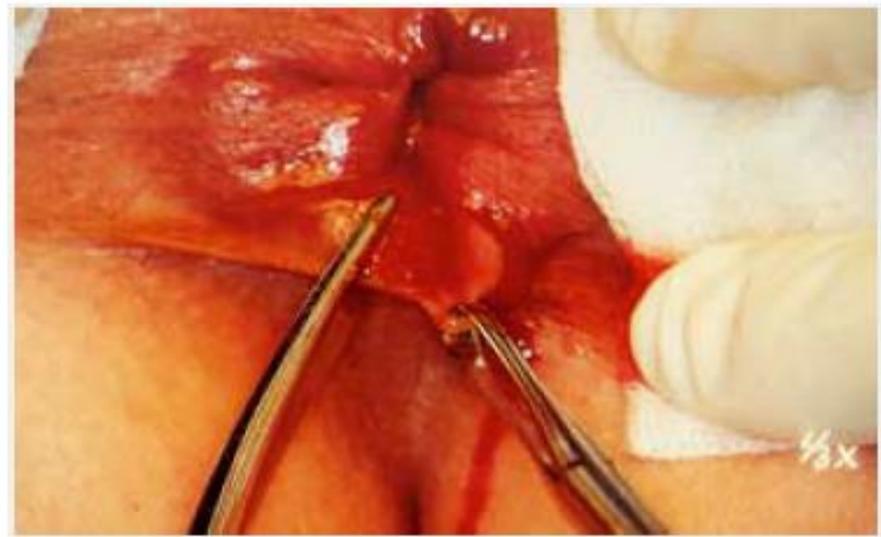
3 une pince de Chaput est placée à la base de la fissure.



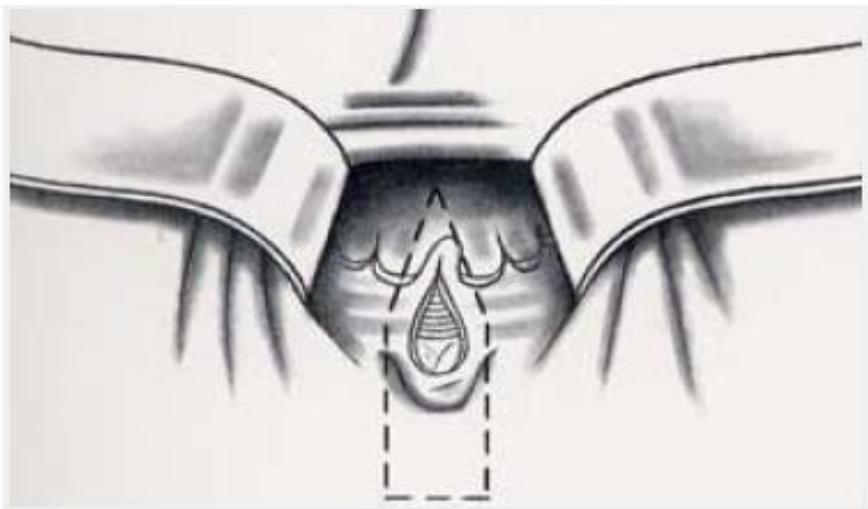
4 injection de solution adrénalinée :
a) sous la peau
b) sous le plancher de la fissure



5 incision cutanée aux ciseaux à droite de la fissure.



6 incision cutanée aux ciseaux à gauche de la fissure.



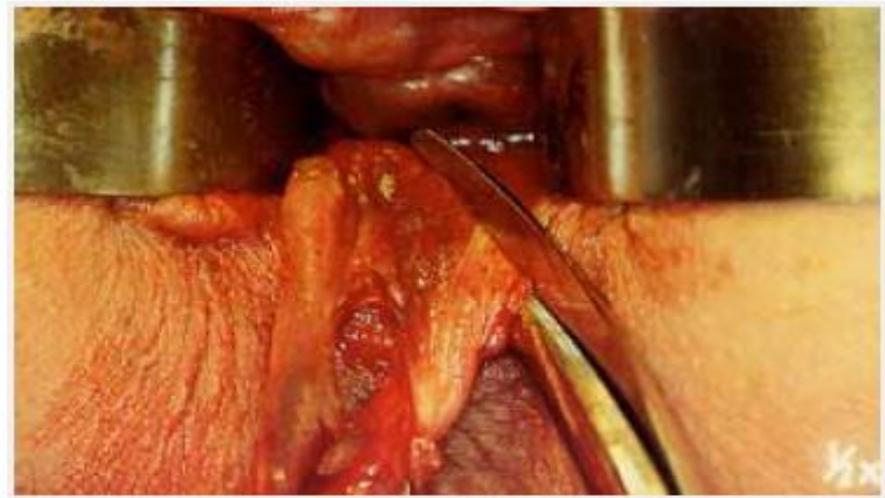
7 schéma des incisions : lambeau à base cutanée et à sommet sus-pectineal.



8 le lambeau cutané est incisé.



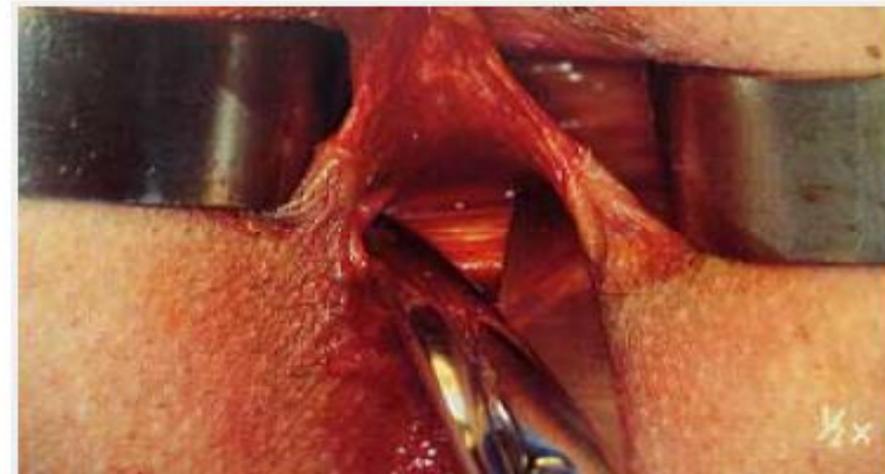
9 dissection du lambeau cutané.



10 poursuite de la dissection jusqu'à la zone rectale.



11 même dissection à gauche : les ciseaux sont dirigés vers la ligne médiane pour éviter un lambeau muqueux trop large.



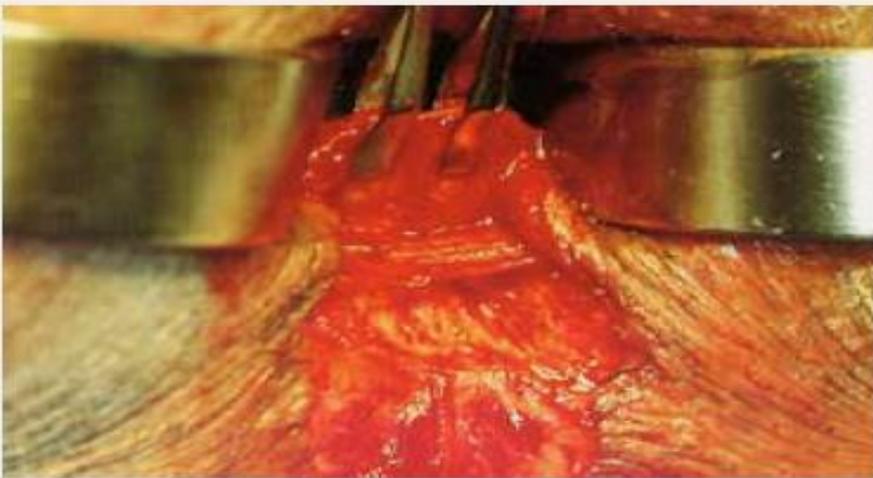
12 la muqueuse est détachée du sphincter interne par section du ligament de Parks.



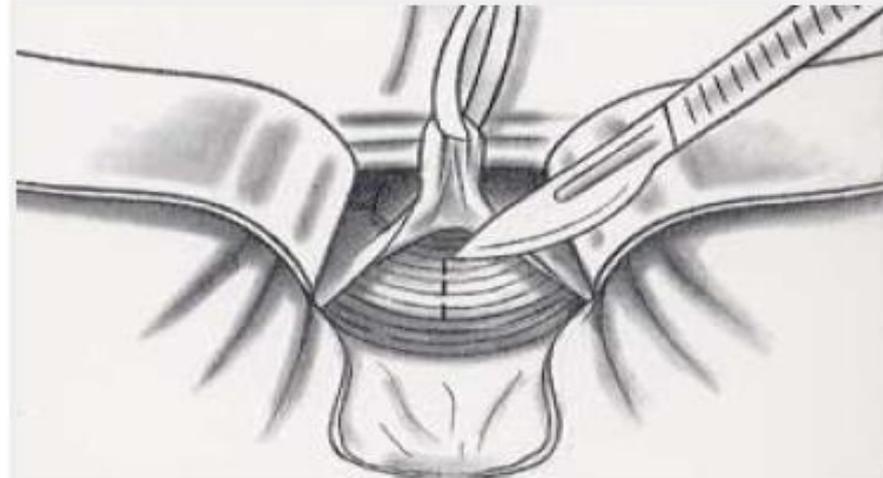
13 deux pinces de Chaput Mayo sont placées sur la muqueuse rectale solide.



14 section du lambeau en muqueuse rectale.



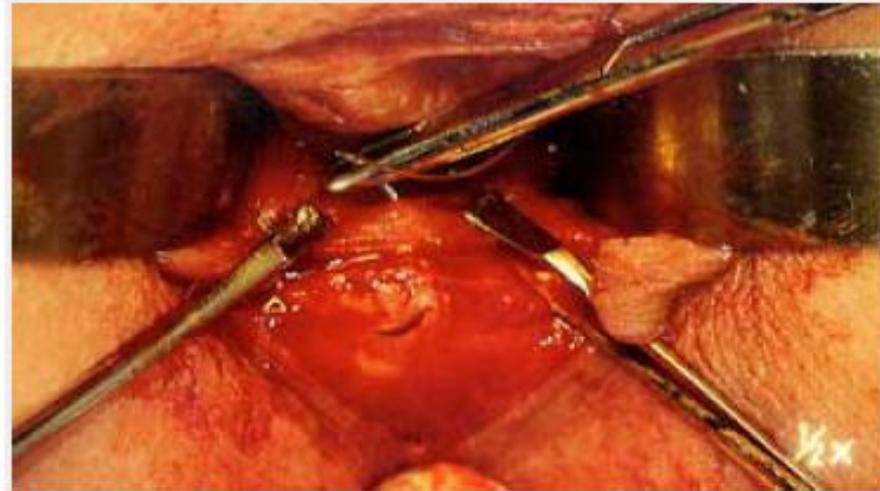
15 visualisation du sphincter interne en réclinant le lambeau muqueux.



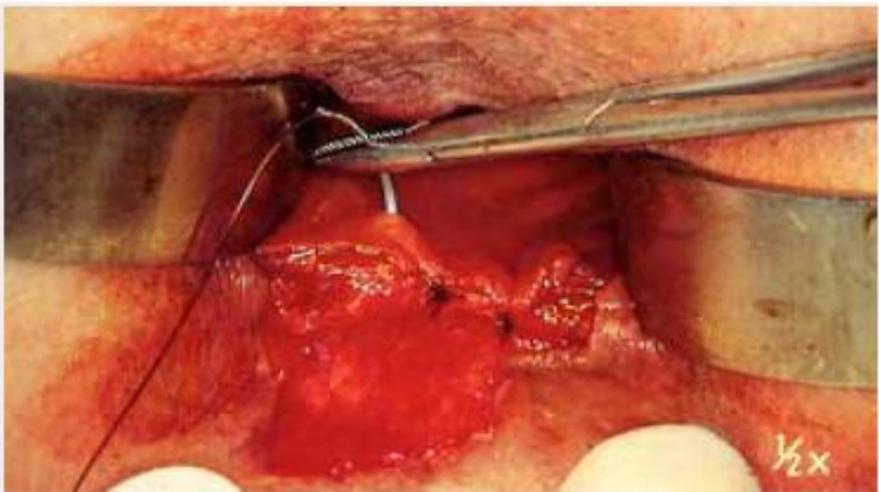
16 sphinctérotomie interne (éventuelle) prudente, au bistouri, fibre par fibre.



17 la muqueuse s'abaisse facilement en rideau pour venir se placer sur le sphincter interne.



18 1er point de suture médian : l'aiguille charge la muqueuse rectale et le sphincter interne.



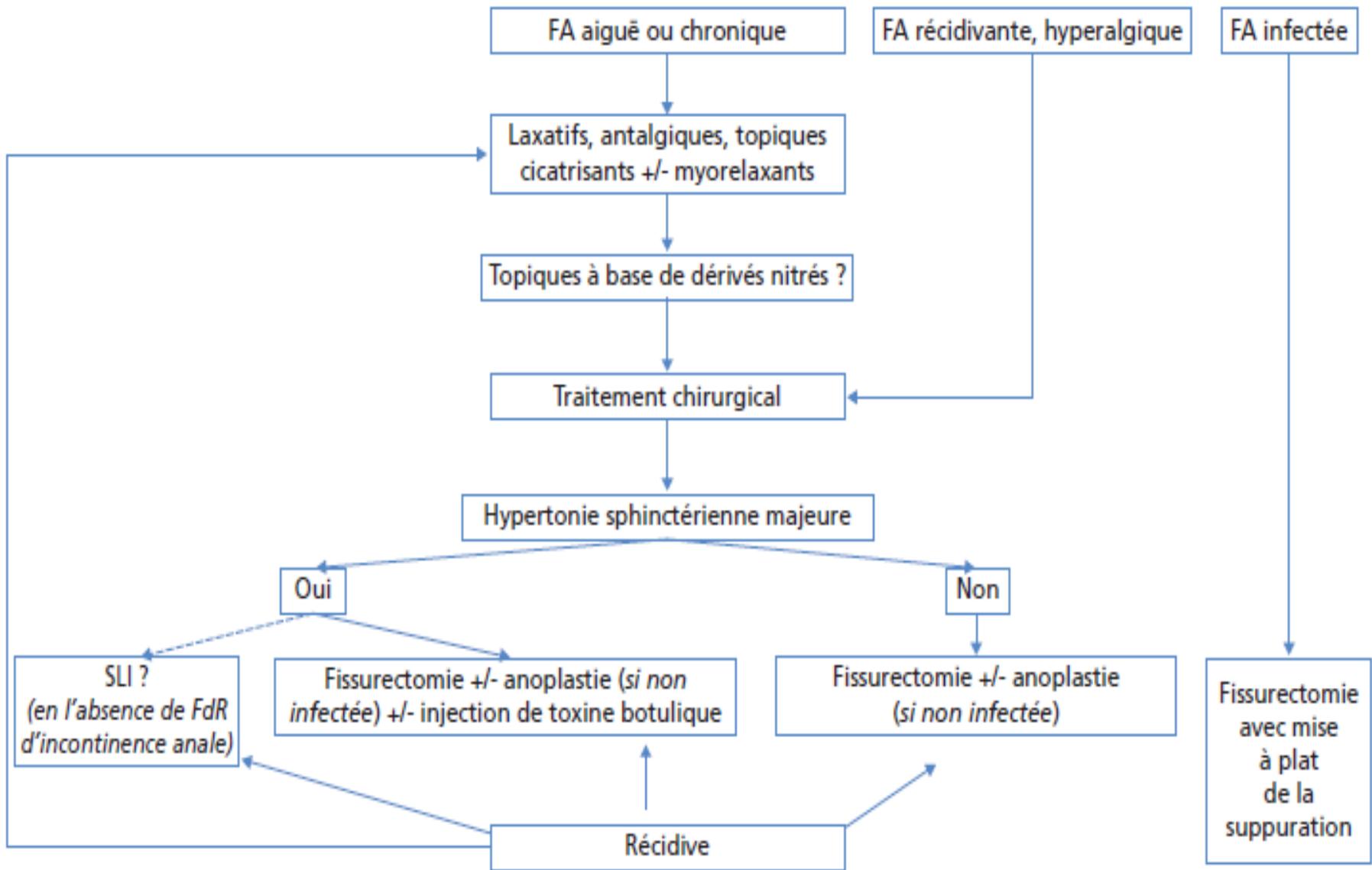
19 3ème point de suture.



20 la suture est terminée : sa largeur ne doit pas dépasser 15 mm.



21 vue finale.



Algorithme de la PEC d'une FA

PEC POST-OPERATOIRE

Soins généraux :

- Antibioprophylaxie des infections à germes aéro et anaérobies.
- Prévention de la constipation par l'administration de laxatifs (lubrifiants, mucilagineux ou osmotiques).

PEC POST-OPERATOIRE

Soins locaux:

- Nettoyage de la plaie par une solution antiseptique.
- Mise en place quotidienne d'un suppositoire lubrifiant et couvrant (Titanoréine).

5 points forts:

- La fissure anale est une pathologie très fréquente, invalidante, de diagnostic clinique.
- Devant une **fissure anale atypique**, il faut rechercher systématiquement une cause relevant d'un traitement spécifique (**cancer, maladie de Crohn, IST...**) .
- Le traitement de première intention par antalgie et régularisation du transit.
- La **sphinctérotomie latérale interne**, longtemps controversée en France en raison du risque de l'**IA**, retrouve une place dans la stratégie thérapeutique.
- La **fissurectomie** est le seul traitement chirurgical à envisager en cas de **fissure compliquée** ou **atypique** et en permet l'analyse histologique.

Bibliographie:

- Acta Endosc: T. Higuero · J.-M. Didelot · A. Castinel · M. Gompel · J.-M. Rouillon · A. Garros · A.-L. Tarrerias
DOI 10.1007/s10190-017-0603-4
- CREGG: Fissure anale: que faire en 2019 ? Thierry Higuero, Nice / Dominique Bouchard, Talence
- Fiches SNFCP:
 - * J. DENIS – T. du PUY-MONTBRUN – R. GANANSIA Service de Colo-proctologie Hôpital Léopold BELLAN
 - * Dr François Pigot (Talence) janvier 2013. Mise à jour Dr Maxime Collard, pour le Comité du Site de la SNFCP, octobre 2019.
- ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) 2019 171 S. R. Steele et al. (eds.), The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-01165-9_13
- The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures
DOI: 10.1097/DCR.0000000000002664
- EMC- Gastro-entérologie: Fissure anale: P. Godeberge Volume 10 > n°2 > avril 2015
[http://dx.doi.org/10.1016/S1155-1968\(14\)53960-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1155-1968(14)53960-0)
- Science direct: 2019 Anorectal Disorders. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815346-8.00006-0>
Richelle J.F. Felt-Bersma*,†, Ingrid J.M. Han-Geurts†
*AMSTERDAM UMC, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS †PROCTOS CLINIC, BILTHOVEN, THE NETHERLANDS