



1^{ER} MASTERCLASS D'INITIATION À LA PROCTOLOGIE

FISSURE ANALE

Oran le 07 et 08 Juin 2023

DR HARIR AEK

PLAN

- I. INTRODUCTION
 - A. DEFINITION
 - B. EPIDEMIOLOGIE
- II. PHYSIOPATHOLOGIE
- III. HISTOIRE NATURELLE
- IV. DC POSITIF
- V. DC DIFFERENTIEL
- VI. FORMES CLINIQUES
- VII. TRAITEMENT
 - A. BUT
 - B. MOYEN
 - C. INDICATION CHIRURGICALE
 - D. SITUATION A RISQUE
 - E. ALGORYTHME DE PEC
- VIII. POINTS FORTS

INTRODUCTION





INTRODUCTION



- *Affection fréquente.*
- *2^{ème} cause de consultation en proctologie 15%.*
- *Moins fréquente que la pathologie hémorroïdaire.*
- *Tout âge avec prédilection chez l'adulte jeune.*
- *SR: 1.*
- *Incidence: 0,11%*
- *Accouchement: 3-11%*



INTRODUCTION



- **Définition:** *Ulcération de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal.*
- *Remonte jusque **la ligne pectinée.***
- *Maladie **acquise et autonome.***
- **Aigue** < 06 semaines voire 12 semaines.
- **Chronique** si plus ancienne.

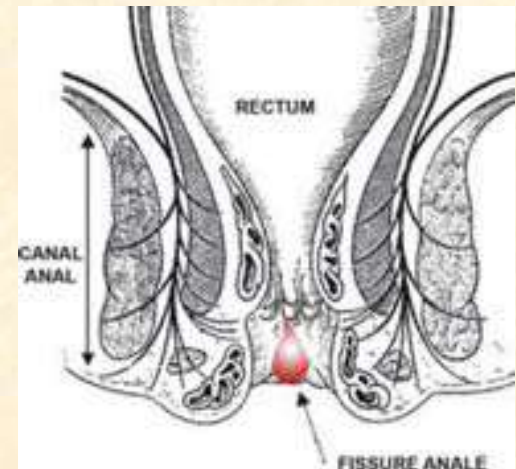
INTRODUCTION

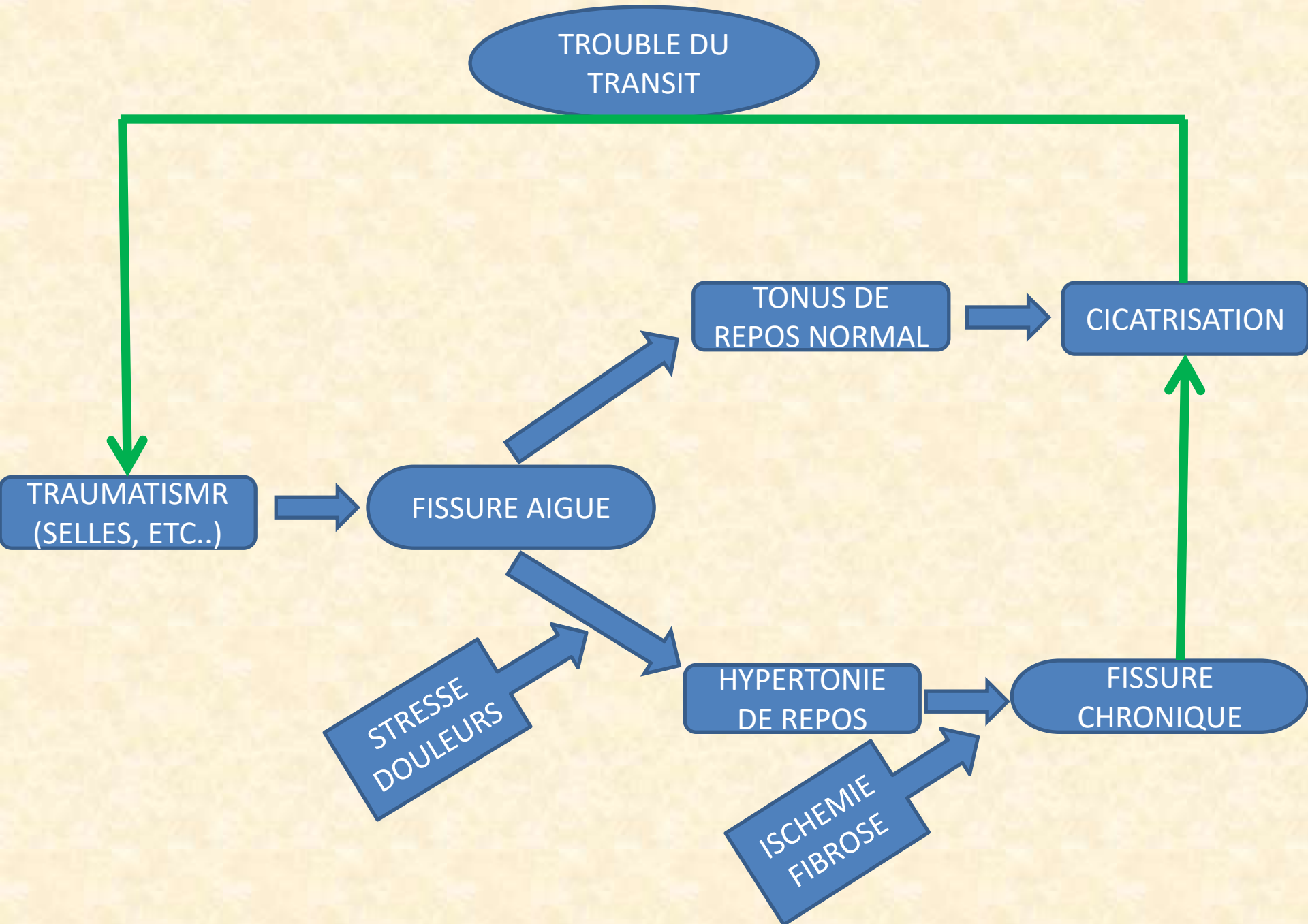


- ***Pole postérieur: 90% H et 60% F***
- ***Pole antérieur: 10% H et 40% F***
- ***Bi polaire: 05%***
- ***Si latérale: suspecte: IST, Crohn, cancer.***

PHYSIOPATHOLOGIE

- *Multifactorielle et complexe*
 - ✓ **FACTEUR MECANIQUE**
 - ✓ **FACTEUR SPHINCTÉRIEN**
 - ✓ **FACTEUR VASCULAIRE**





HISTOIRE NATURELLE

- *Résolution spontanée en quelques jours, ou quelques semaines (Fissure anale aiguë)*
- *Elle peut persister de **façon durable** ou encore **réapparaître** après une période initiale de cicatrisation (fissure anale chronique).*
- *Les phénomènes douloureux **tendent à s'estomper** avec le suivi, même lorsque la fissure ne cicatrise pas.*

DIAGNOSTIC POSITIF

1) CLINIQUE

➤ **DOULEUR ANALE: 90%**

- ✓ *Déclenchée par le passage des selles "lame de rasoir"*
- ✓ *Rémission transitoire de qqs secondes-minutes*
- ✓ *Reprise de la douleur de façon plus ou moins prolongée*

➤ **SYMPTÔMES ANNEXES:**

- ✓ *Constipation exceptionnellement diarrhée, saignement, prurit (marisque sentinelle), douleurs projetées, troubles mictionnels et un suintement.*
- ❑ *La survenue d'une douleur permanente pulsatile soulagée par l'apparition d'un écoulement signe la constitution d'une fistule polaire sous cutanée.*

DIAGNOSTIC POSITIF

2) Examen physique: très doux

- ✓ *Déplissement des plis, pas de TR.*
 - ✓ *Ulcération superficielle de l'anoderme au dessous de la ligne pectinée.*
 - ✓ *"LARME" "RAQUETTE"*
-
- *02 descriptions totalement différentes:*
 - *Phase aigue*
 - *Phase chronique*

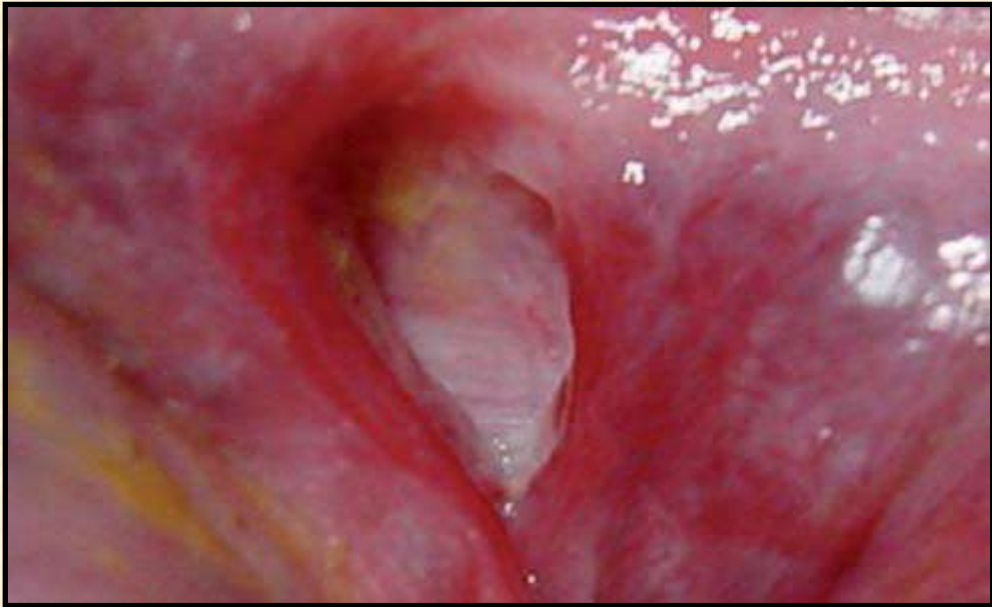
FISSURE AIGUE: JEUNE

- *Superficielles.*
- *A berges fines.*
- *A fond rosé.*
- *En raquette.*
- *Evolue vers la cicatrisation dans deux semaines.*
- *Risque de récurrence et de chronicisation.*



FISSURE CHRONIQUE

- *Bords épaissis et décollés*
- *Fond creusé (sphincter)*
- *Douleur réduite*
- *Marisque sentinelle*
- *Hypertrophie papillaire*
- *Suintement*
- *Infection / abcès polaire*



DIAGNOSTIC POSITIF

➤ *EXCLUSIVEMENT CLINIQUE*

☐ *Interrogatoire*

☐ *Triade classique*

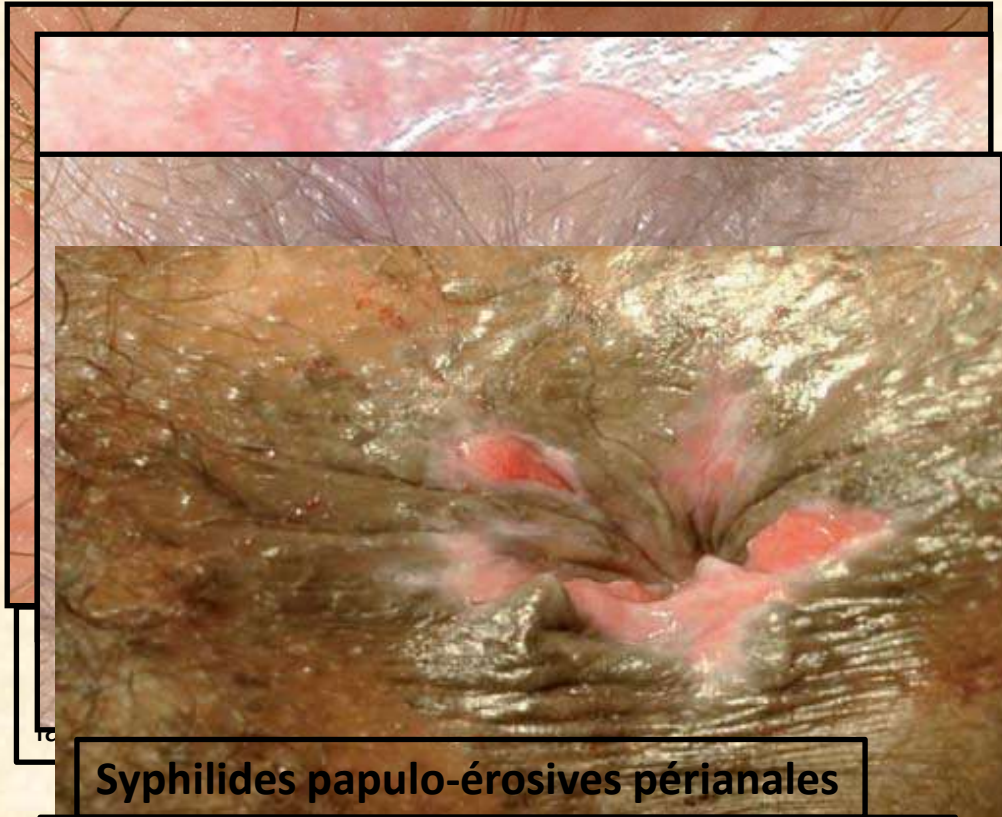
« *Douleur contracture ulcération* »

Examen complémentaire

- ✓ *Non systématiques.*
- ✓ *Demandés devant la présence des antécédents de néoplasies, signes cliniques associés tel que les rectorragies ou devant la présence de lésion suspecte.*

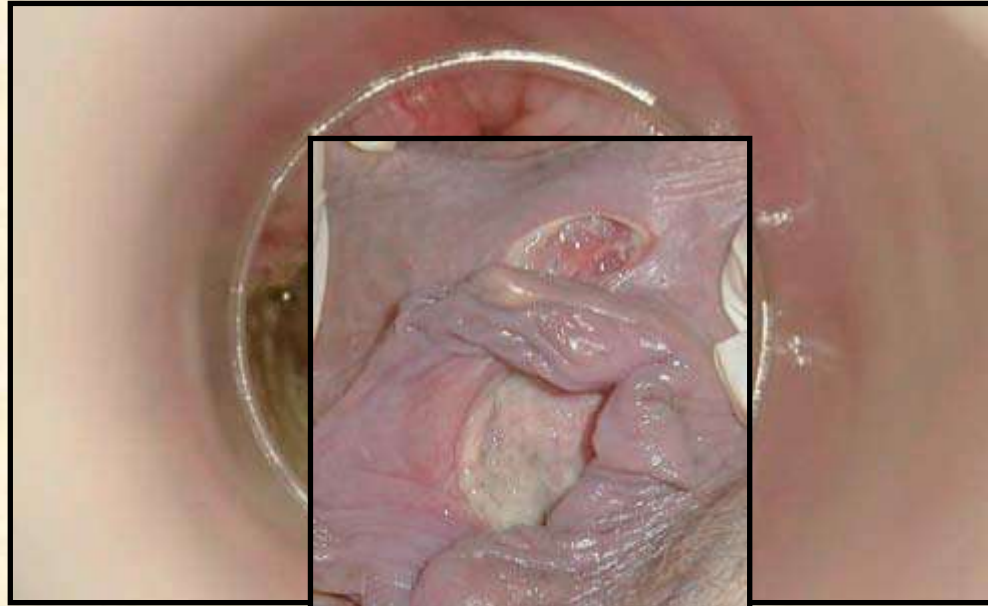
DC DIFFÉRENTIEL

- 1^{ère} situation: Dc évident ou évocateur
- *La cancer épidermoïde*
- *Maladie de Crohn*
- *Herpès anal*
- *Ulcérations par immunosuppression (leucémie, lymphome)*
- *IST Syphilis, Chlamydiae*
- *Ulcérations de maladie de système (Wegener, Behcet)*
- *Ulcérations dermatologiques spécifiques (Eczéma, Lichen).*
- *Ulcérations traumatiques.*
- *Ulcérations iatrogènes (suppositoires, radiothérapie)*
- *Ulcération pathomimique*



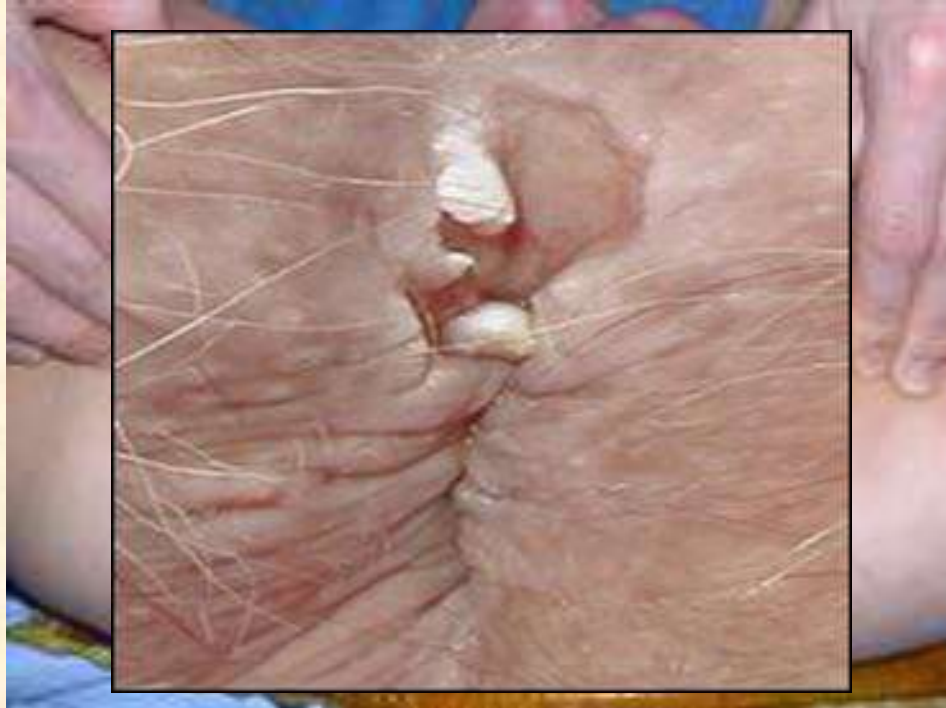
Syphilides papulo-érosives périanales

**Infection herpétique chronique
chez un homosexuel immunodéprimé**



**Lésion radique : ulcération endocanalaire
creusante à fond fibrineux.**

**Ulcérations anales liées
à la prise de nicorandil**



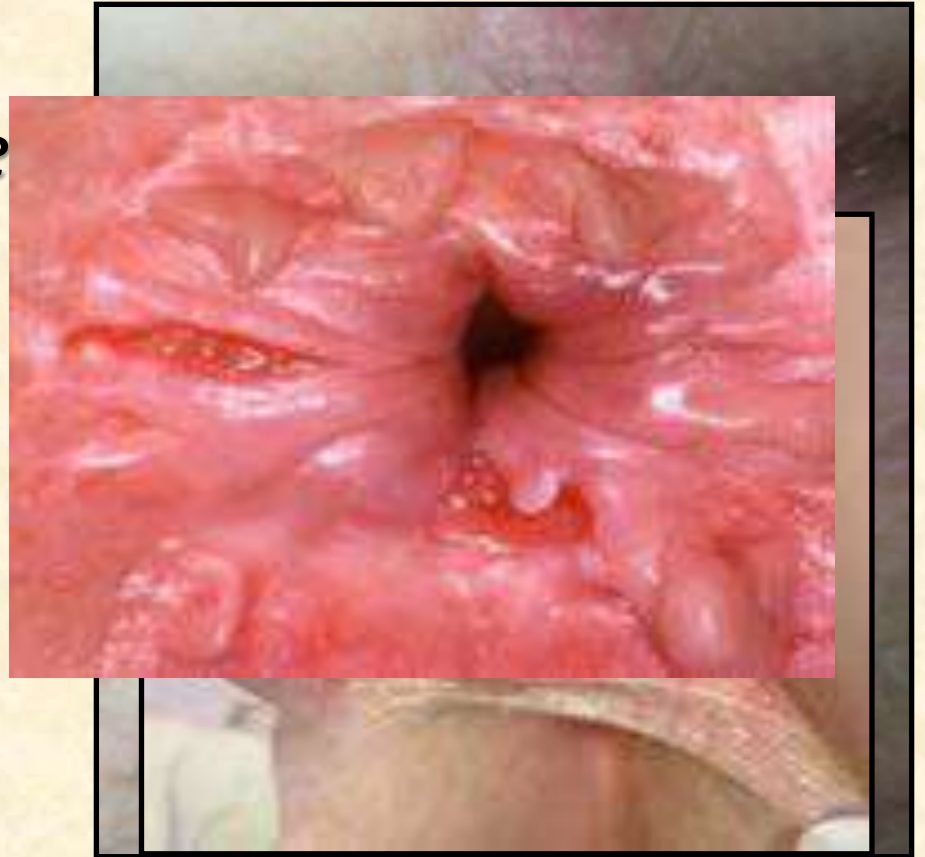
Ulcérations iatrogènes
Ulcères neuropathologique

DC DIFFÉRENTIEL

- 2 ème situation: *le Dc n'est pas évident*
- *Thrombose hémorroïdaire*
- *Sténose anale*
- *Impaction fécale*
- *Rectite*
- *Troubles de la statique pelvienne*
- *Proctalgies fugaces*

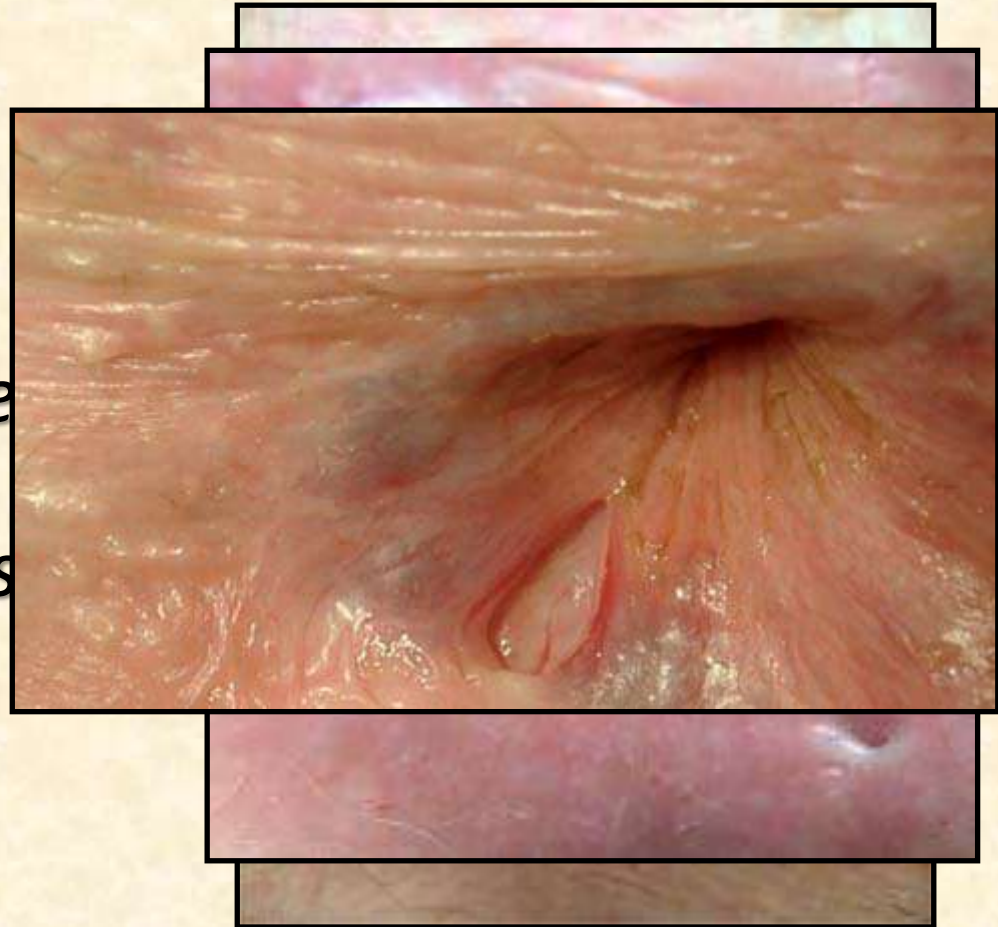
FORMES CLINIQUES TOPOGRAPHIQUES

- *Fissure antérieure*
- *Fissure bipolaire*
- *Fissure latérale*



FORMES CLINIQUES FORMES ÉVOLUTIVES

- *F Aigue*
- *F chronique*
- *Etat pré fiss*



FORMES CLINIQUES

FORMES COMPLIQUÉES

- *F infectée*
- *F avec abcès interdentaire et abcès mural*



Formes cliniques

Formes post op

- *Après résection mariscale imparfaite*



FORMES CLINIQUES

FORMES ASSOCIÉES

- *Une maladie hémorroïdaire*
- *Fistule anale*



FORMES CLINIQUES SELON LE TERRAIN

- *FA du sujet âgé*
- *La femme enceinte*
- *Homosexuel*
- *Enfant*



TRAITEMENT



- ❖ *La cicatrisation spontanée semble pouvoir survenir chez environ 35% des malades après deux mois de suivi.*
- ❖ **BUT:** *cicatrisation de la FA*

MOYENS

TRAITEMENT MÉDICAL NON SPÉCIFIQUE

- *Régime riche en fibres, en eau et Mg.*
- *Régularisation du transit : laxatifs osmotiques*
... etc Pas de recommandations particulières.

MOYENS

TRAITEMENT MÉDICAL NON SPÉCIFIQUE

- **Topiques**: *topiques cicatrisants, à base de vitamines ou d'anti-inflammatoires mais aucune étude n'a prouvé leur supériorité par rapport à un simple lubrifiant.*
- **Suppositoires lubrifiant** *le canal anal et facilitant le passage des selles.*
- *On associe souvent **suppositoires et crèmes**.*

MOYENS

TRAITEMENT MÉDICAL NON SPÉCIFIQUE

- ***Antalgique: classe 1 ou 2***
- ***AINS***
- ***CORTICOIDES***
- ***Voire myorelaxants ou tétrazépam
permettent de soulager le patient***

MOYENS

TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE

- ❖ **Objectif:** *diminuer de façon réversible l'hypertonie sphinctérienne.*
- ***Les dérivés nitrés:*** *le trinitrate de glycéryle (TNG) dilué 0,05 à 0,04 % a prouvé son efficacité dans le contrôle de la douleur et de la cicatrisation de la fissure anale chronique contre placebo.*
- *Il est conseillé 02 applications par jour pendant 6 à 8 semaines*
- *Les effets secondaires: céphalées sont fréquents (20 à 30%) faisant interrompre le traitement 1 fois sur 5.*
- *Le taux de récurrence à long terme va de 51 et 67%*

MOYENS

TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE

- *Les inhibiteurs calciques : les deux molécules étudiées sont le diltiazem et la nifédipine en application locale à 2%.*
- *A deux application par jour pendant 6 à 8 semaines permettent une cicatrisation dans 65 à 94,5%.*
- *La forme topique semble plus efficace et mieux tolérée que la forme per os.*
- *Toxine botulique (incontinence anale transitoire 10%).*

TRAITEMENT CHIRURGICAL TECHNIQUE

- ✓ ***Sphinctérotomie latérale interne
ou mini- sphinctérotomie.***
- ✓ ***Fissurectomie associée ou non
à une anoplastie.***

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Sphinctérotomie latérale interne ou mini- sphinctérotomie

- ***Section d'une partie du SAI.***
- ***Latéralement.***
- ***Section postérieure proscrite.***
- ***Avec ou sans ouverture cutanée.***
- ***Sans jamais dépasser la ligne pectinée.***
- ***IA: gaz 30% et fécale 05%.***

TRAITEMENT CHIRURGICAL

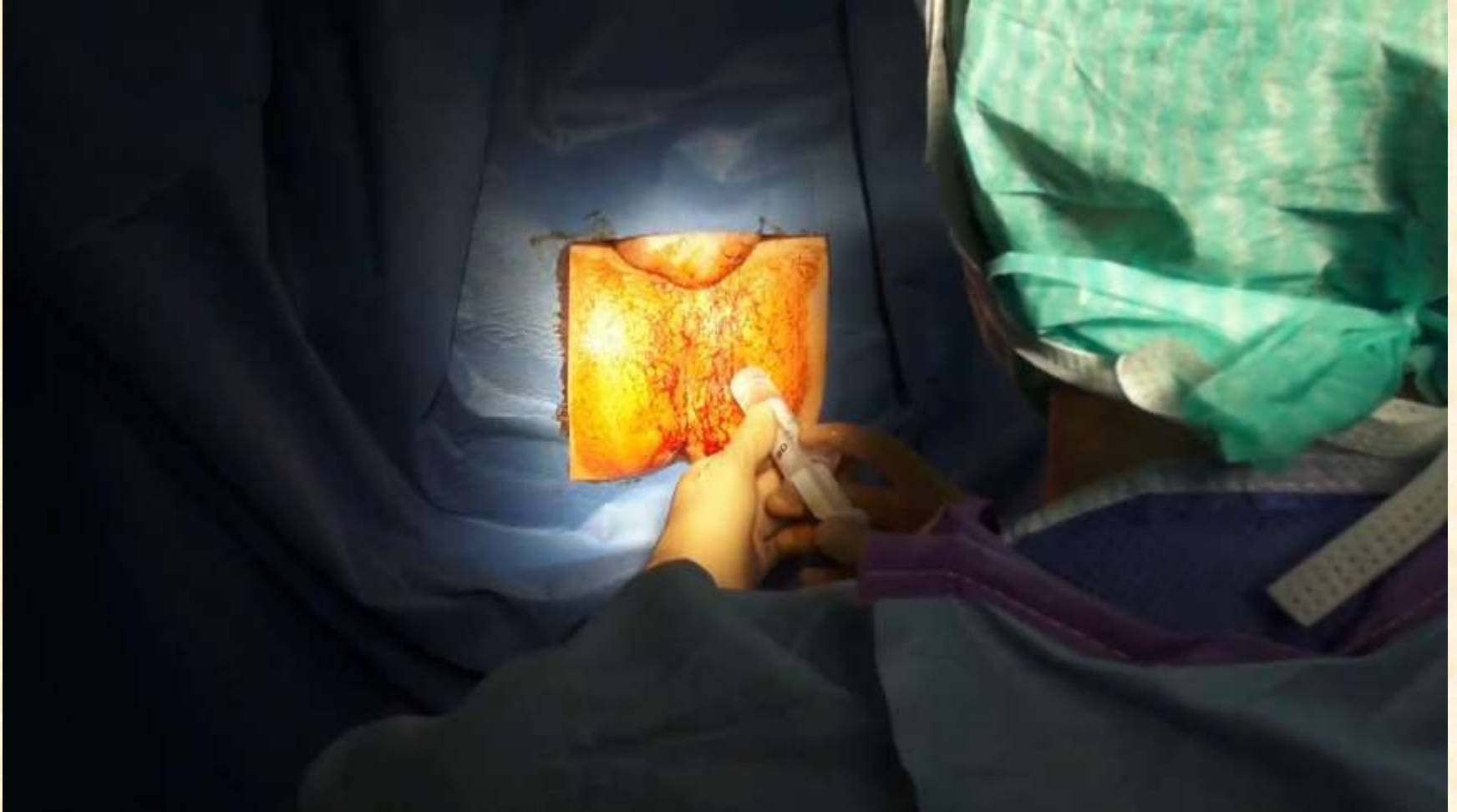
Sphinctérotomie latérale interne ou mini- sphinctérotomie

- **Indication:** *Fissures :*
 - ✓ *Hyperalgiques*
 - ✓ *Associées à une hypertonie nette*
 - ✓ *Non compliquées*

- **Réservé:**
 - ✓ *Continence anale imparfaite.*
 - ✓ *Déjà opérée.*
 - ✓ *Femmes multipares.*

TRAITEMENT CHIRURGICAL

***Sphinctérotomie latérale interne
ou mini- sphinctérotomie***



TRAITEMENT CHIRURGICAL

Fissurectomie associée ou non à une anoplastie

- ***Fissurectomie***
- ***+/- Lambeau muqueux suturé au sphincter.***
- ***Moins efficace que la SLI dans le contrôle de la douleur.***
- ***+ de récurrence 20% au-delà d'un an.***
- ***IA dans 07 %.***

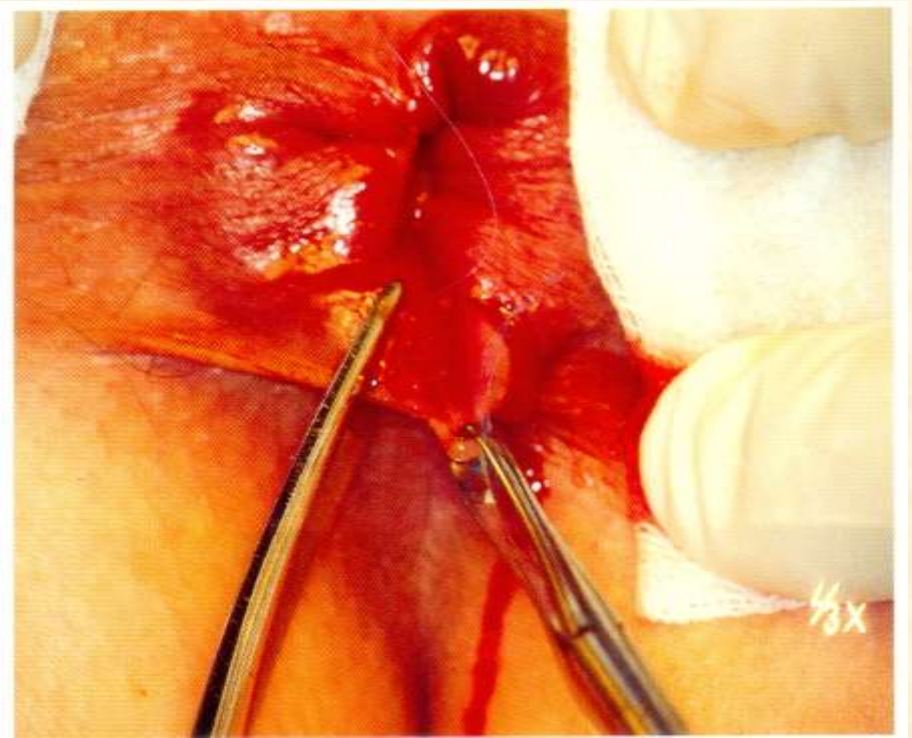
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Fissurectomie associée ou non à une anoplastie

- **Indication:** *Fissures :*
 - ✓ *Éléments satellites gênants.*
 - ✓ *Compliquées de fistules.*
 - ✓ *Atypiques d'étiologie incertaine.*



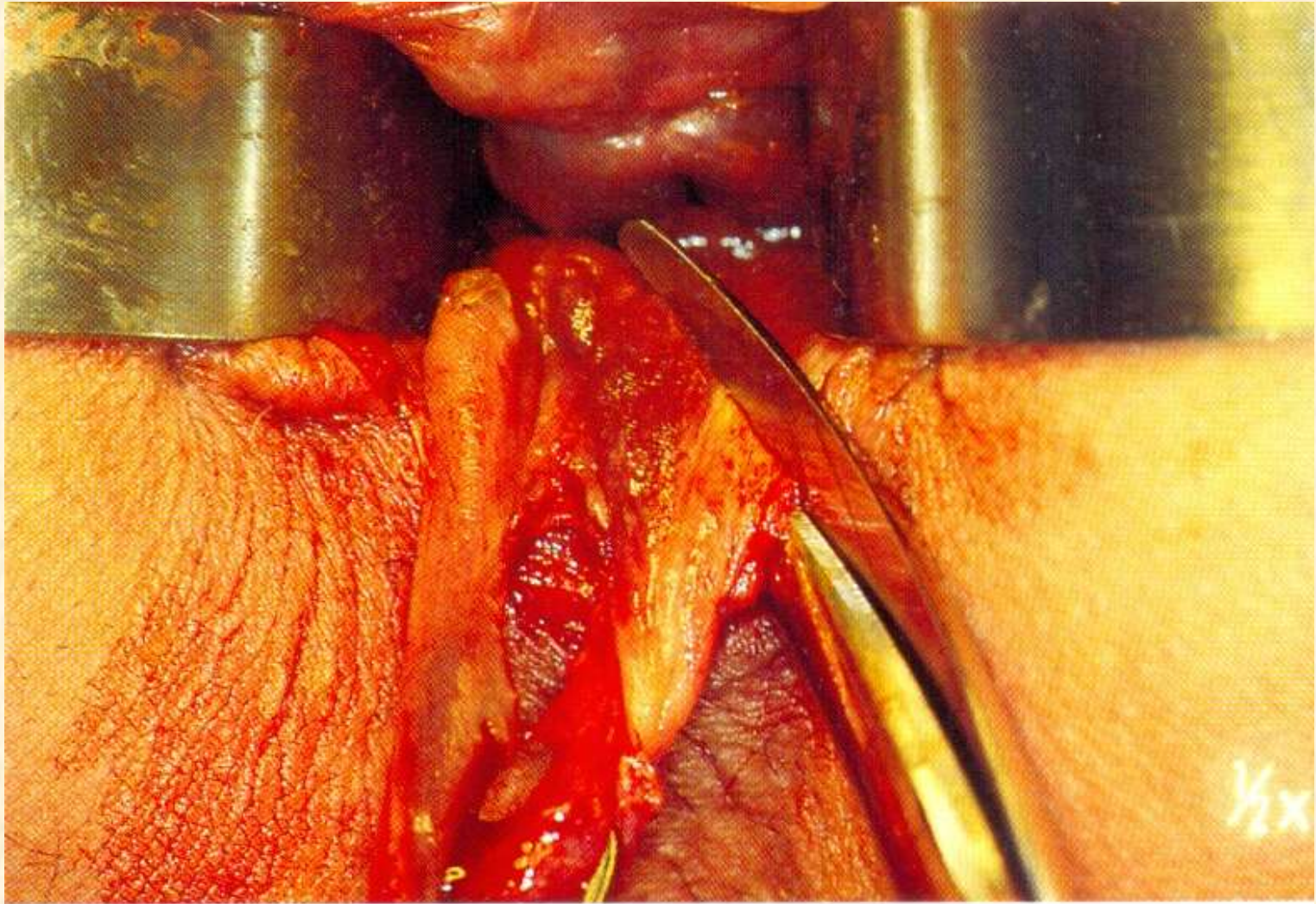
Pince placée à la base de la fissure



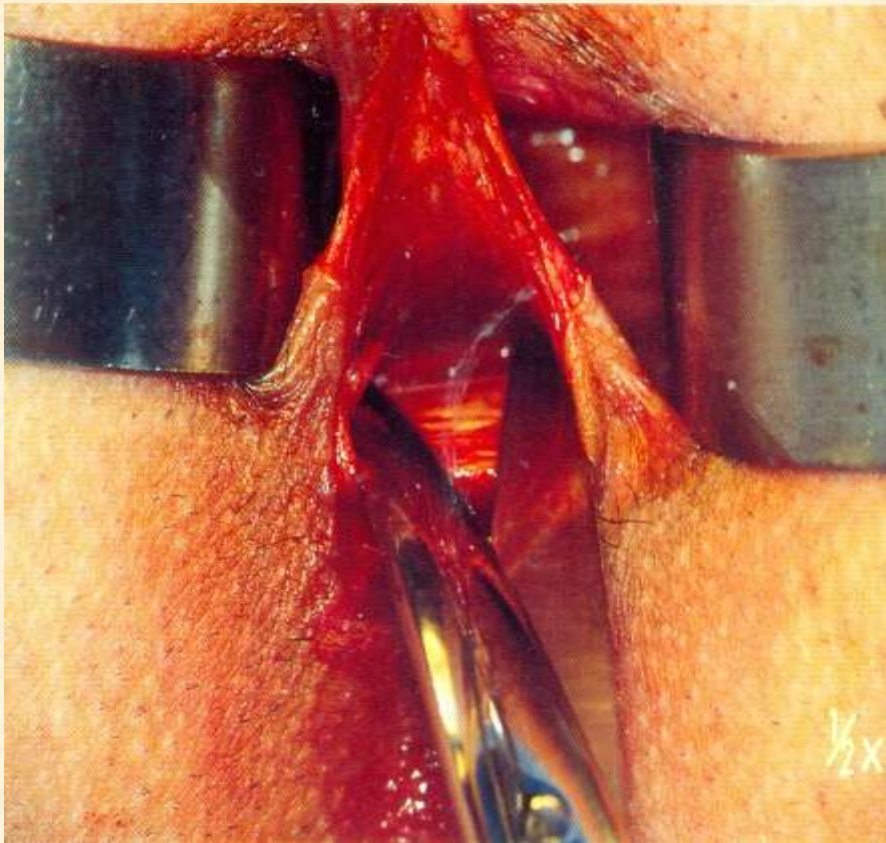
Incision cutanée aux ciseaux



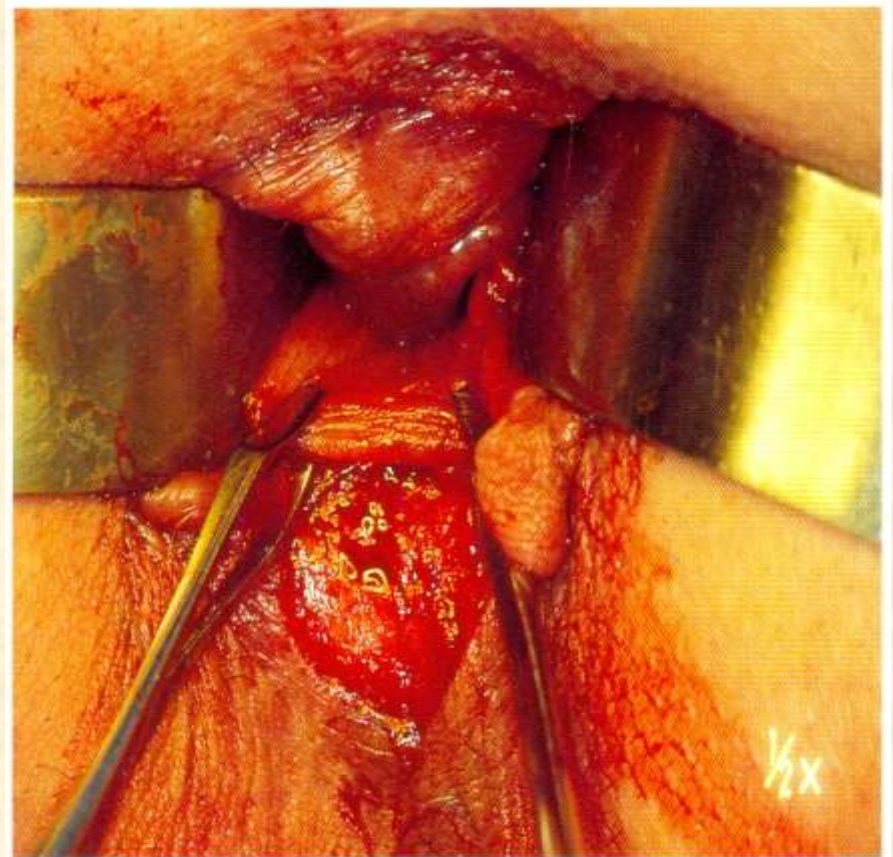
Dissection du lambeau cutané



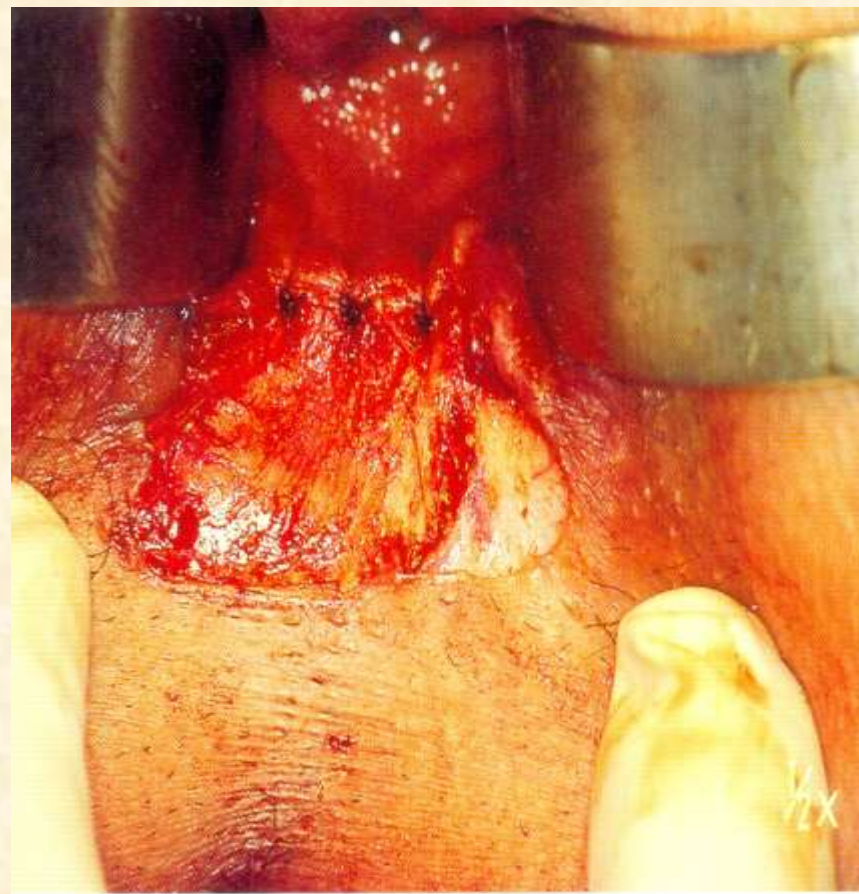
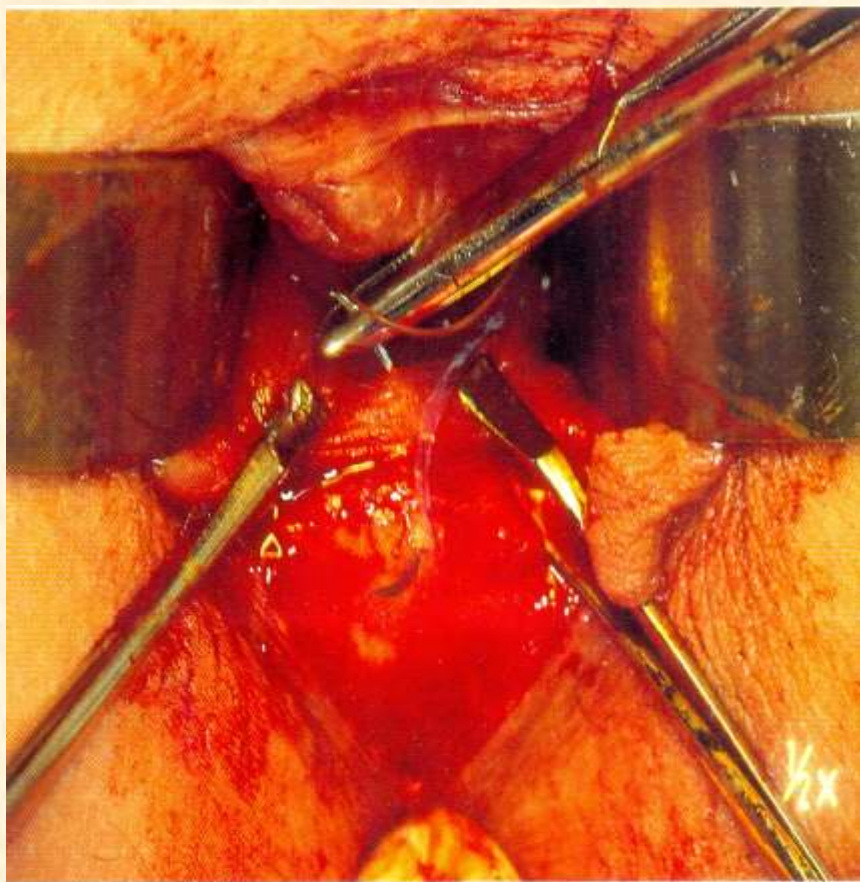
Poursuite de la dissection jusqu'à la zone rectale



Détachement de la muqueuse du sphincter interne



Abaissement de la muqueuse rectale



Fixation de la muqueuse rectale au sphincter interne par 03 points de sutures



Vue finale

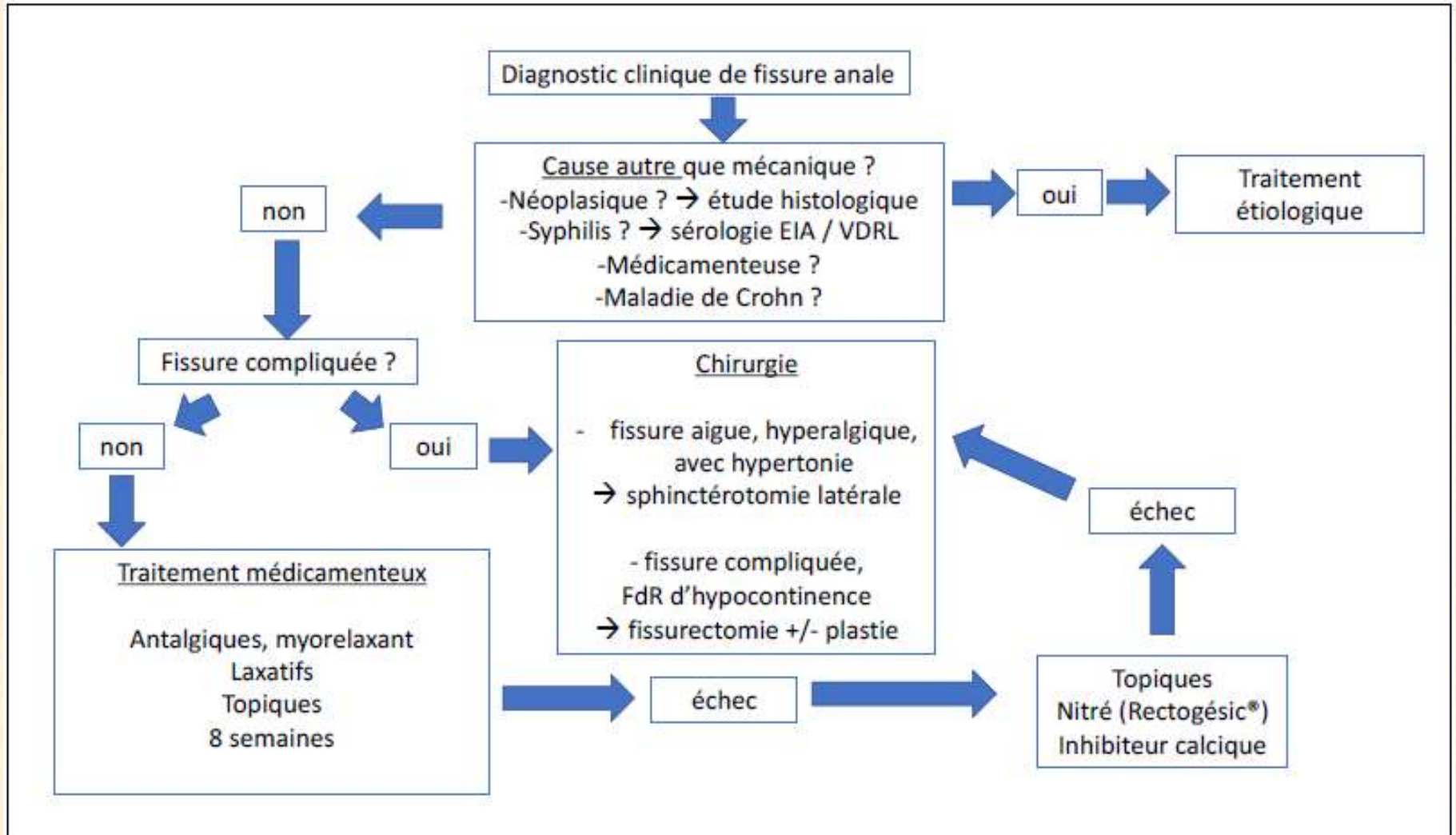
INDICATIONS CHIRURGICALES

- ✓ *Fissure résistante au traitement médical*
- ✓ *Fissure récidivante après l'arrêt du traitement médical*
- ✓ *Fissure hyperalgique*
- ✓ *Fissure infecté*
- ✓ *Fissure suspecte*
- ✓ *Fissure associée à une pathologique relevant de la chirurgie(hémorroïdes, papillomes,fistule)*

SITUATIONS À RISQUE D'IA APRÈS LEIOMYOTOMIE CHIRURGICALE

- ✓ ***ATCD chirurgicaux proctologiques: fistulotomie, léiomyotomie.***
- ✓ ***ATCD obstétricaux traumatiques***
- ✓ ***Enfant ou vieillard.***
- ✓ ***Canal anal court.***
- ✓ ***Diarrhée chronique: SII, crohn, VIH***
- ✓ ***Diabète insulinodépendant.***

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE LA FISSURE ANALE



POINT FORTS

- ✓ Pathologie **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** permet à la fissure de cicatriser dans la plupart des cas.
- ✓ **La sphinctérotomie latérale interne**, longtemps **controversée** en raison du risque de troubles de la continence, **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**.