

## Fissure anale

**Rédacteur :** Thierry Higuero

**Date de production :** février 2013

**Date de révision :** 2017

**Relecteurs :** conseil d'Administration de la SNFCP, mars 2013

### Références :

- Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane database syst rev 2006. : 0003431
- Nelson R. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane database syst rev 2011: CD002199
- Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Dis Colon Rectum. 2010; 53:1110-5.

La fissure anale est le deuxième motif de consultation proctologique après la maladie hémorroïdaire. Source de douleur anale et quelquefois de rectorragies, il faut savoir la différencier d'une poussée hémorroïdaire par l'interrogatoire et l'examen clinique.

### Physiopathologie

---

La fissure anale a une pathogénie multiple où interviennent plusieurs facteurs et d'où découlent les traitements.

**Facteur mécanique :** l'événement initial à l'origine d'une déchirure de l'anoderme serait un traumatisme déclenché par l'émission de selles dures et volumineuses ou l'évacuation brutale d'une selle liquide.

**Facteur sphinctérien :** l'hypertonie du sphincter anal interne jouerait un rôle important dans la genèse de la maladie en aggravant l'ischémie. Le stress et la douleur favoriseraient le spasme sphinctérien. Elle jouerait un rôle dans la persistance de la fissure anale chronique.

**Facteur vasculaire :** des études ont montré que la répartition du débit sanguin sur la marge anale était inhomogène et qu'il existait une zone d'hypovascularisation dans la zone postérieure où siègent 90 % des fissures.

### Sémiologie

---

**Interrogatoire :** essentiel, permet d'évoquer le diagnostic

- Douleur à type de brûlure au passage des selles pouvant persister plusieurs heures après la défécation avec parfois un soulagement post défécatoire transitoire
- Douleur pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, s'atténuant pour récidiver

- Rectorragies de faible abondance tachant le papier ou balisant la selle
- Constipation secondaire réflexe par appréhension
- La fissure peut être hyperalgique ou asymptomatique en fonction de l'importance de l'hypertonie sphinctérienne

## Examen proctologique

---

- L'écartement doux des plis radiés révèle une ulcération en forme de raquette de la partie basse du canal anal, parallèle aux plis radiés
  - L'ulcération est superficielle avec des bords nets et un fond rosé lorsque la fissure est aïgue
  - L'ulcération est creusante avec des bords scléreux et décollés, un fond fibreux mettant à nu le sphincter interne, associé à des éléments satellites (capuchon sentinelle et papille hypertrophique au niveau la ligne pectinée) lorsque la fissure est chronique
- La fissure se situe en postérieur dans 85 % des cas et en antérieur dans 15 % cas. Elle est parfois bipolaire.
- La fissure infectée à un aspect scléreux, parfois des berges décollées, l'examen révèle un peu de pus, et elle peut se compliquer d'une fistule sous fissuraire
- Un toucher anal prudent peut être réalisé pour rechercher un abcès sous fissuraire. L'anuscopie n'est pas indispensable si l'examen est douloureux.

## Diagnostic différentiel

---

Il faut éliminer les autres causes d'ulcération anale, surtout si elle est latérale

- Maladie tumorale (carcinome épidermoïde, hémopathie): lésion rouge et indurée
- Maladie infectieuse (cytomégalovirus, chancre syphilitique, tuberculose anale, herpès, donovanose, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne) à l'origine d'ulcérations parfois profondes du canal anal
- Maladie de Crohn: ulcérations plus ou moins larges pouvant être accompagnées de suppurations
- Prurit anal à l'origine d'excoriations et de raghades (érosions linéaires qui accompagnent souvent les lichénifications périanales) ou, parfois de fissurations cicatrisant avec le traitement du prurit.
- Ulcération pathomimique
- Ulcérations iatrogènes (suppositoires, radiothérapie, nicorandil)

## Examens complémentaires

---

**En cas de rectorragies**, la présence d'une fissure ne doit pas empêcher le dépistage endoscopique des lésions colorectales, en particulier les polypes et les cancers. Les

recommandations pour la pratique clinique doivent être suivies qu'il y ait ou non lésion proctologique.

## Traitement médical non spécifique

---

**Régularisation du transit** par des mesures hygiéno-diététiques (alimentation riche en fibres) et des laxatifs doux (mucilages, osmotiques, lubrifiants).

### 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 topiques.

### Antalgiques

AINS, paracétamol, antalgiques de classe 2, voire myorelaxants ou tétrazépam permettent de soulager le patient.

Cette prise en charge pendant 3 semaines permet la cicatrisation de près de 50 % des fissures anales aiguës. Le risque de récurrence reste élevé si la cause (telle que l'hypertonie anale) persiste ou en cas d'arrêt prématuré du traitement laxatif qu'il convient de poursuivre au long cours

Par contre, en cas de fissure anale chronique, son efficacité n'est pas supérieure au placebo.

## Traitement médical spécifique

---

Il a comme objectif de diminuer de façon réversible l'hypertonie sphinctérienne responsable de la persistance (et/ou l'apparition) de la fissure anale.

**Les dérivés nitrés** : le trinitrate de glycéryle (TNG) dilué de 0,05 à 0,4% a prouvé son efficacité dans le contrôle de la douleur et de la cicatrisation de la fissure anale chronique contre placebo (48,9 vs 35,5%). Il est conseillé 2 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 %. Une seule forme est disponible et a l'AMM en France (non remboursé).

**Les inhibiteurs calciques** (diltiazem, nifédipine en application locale à 2%) semblent aussi efficaces que les dérivés nitrés. Il n'y a pas d'AMM pour cette indication en France.

**La toxine botulique A** est une neurotoxine entraînant une relaxation des muscles striés. L'injection de 30 à 50 unités de Botox dans le sphincter anal interne permet un taux de cicatrisation en moyenne de 67,5%. Une incontinence transitoire aux gaz est constatée dans 18% des cas. Les récurrences sont de 50% à un an. Il n'y a pas d'AMM pour cette indication en France.

Ces **traitements spécifiques** ont une efficacité légèrement supérieure au placebo mais nettement inférieure à la chirurgie. Ils **peuvent, du fait de leur innocuité être tentés en première intention chez les patients refusant la chirurgie. Cette dernière serait alors à proposer en cas d'échec du traitement médical.**

## Traitements chirurgicaux

---

La chirurgie reste le traitement le plus efficace à long terme dans la fissure anale chronique. Elle doit être proposée en cas de fissure anale chronique ou compliquée mais aussi en cas de fissure anale aiguë hyperalgique ou récidivante malgré un traitement médical optimal.

**La fissurectomie :** La fissurectomie est largement pratiquée en France. La réalisation systématique d'une sphinctérotomie associée est quasi abandonnée. La fissurectomie consiste à réséquer la fissure et ses annexes (capuchon, papille hypertrophique), remplaçant une plaie de mauvaise qualité qui ne cicatrise pas par une plaie qui cicatrisera. Pour réduire la taille de la plaie opératoire, on peut y associer une anoplastie muqueuse lorsque la fissure est postérieure. Une récente évaluation multicentrique française sur 264 patients suivis un an a constaté la cicatrisation de tous les patients en moyenne entre 6 et 7 semaines. La fissurectomie permet de plus l'analyse histologique de la fissure et de ses annexes et reste le seul traitement d'une fissure infectée.

On peut associer un geste d'hémorroïdectomie pédiculaire pour les fissures accompagnées d'un ou plusieurs paquets hémorroïdaires associés.

**La sphinctérotomie :** la sphinctérotomie latérale interne (technique ouverte ou fermée est la méthode la mieux évaluée et reste le gold standard des pays anglo-saxons. Son utilisation est très controversée en France du fait du risque de trouble de la continence irréversible. Son efficacité est évaluée de 91 à 100% fonction des séries Elle consiste à une section partielle du sphincter anal interne (à distance de la fissure) pour lever l'hypertonie et permettre la cicatrisation de la fissure laissée en place. Le geste laisse une plaie minime (technique fermée) qui cicatrise en quelques jours. L'exérèse des annexes peut y être associée.

## CAS PARTICULIERS : grossesse et post partum

---

La fissure anale est souvent liée à la constipation, à l'imprégnation hormonale et aux modifications de la dynamique périnéale qui gênent la cicatrisation. Il n'y a généralement pas d'hypertonie anale. **Le traitement est médical** avec topiques locaux et laxatifs. Il faut respecter les contre-indications des antalgiques, en particulier celles des AINS. La chirurgie se discute à distance (au moins 6 mois) en cas d'échec du traitement médical.

En post partum la fissure anale est fréquente (15%). Elle peut-être évitée par l'utilisation précoce des laxatifs et un régime riches en fibres.

## Conclusion

---

La fissure anale réalise une ulcération douloureuse en règle associée à une hypertonie du sphincter interne. Si la fissure anale aiguë cicatrise souvent avec un traitement conservateur

associant antalgiques, régulateurs du transit et topiques, certaines d'entre elles deviennent chroniques. Un traitement médical spécifique par dérivés nitrés peut alors être proposé. Le traitement chirurgical reste cependant le traitement le plus efficace, par fissurectomie

(principalement en France, avec ou sans anoplastie) ou sphinctérotomie latérale interne (principalement dans les pays anglo-saxons).