

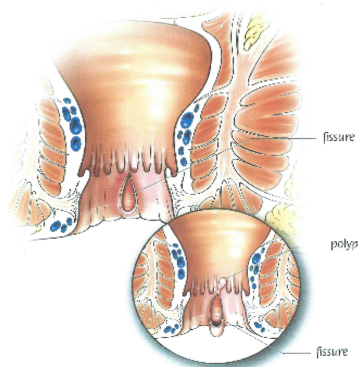
Cabinet des Drs. Francois et Toursel
Clinique de Flandre,
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique
300, Rue Des Forts
59210 Coudekerque
Tél : 03 28 21 12 34

Fissure Anale

Qu'est-ce que c'est une fissure anale ?

La fissure anale est une déchirure de la peau et de la muqueuse du canal anal qui ne guérit pas. Il y a donc une interruption de la barrière de protection avec les fibres sphinctériennes qui sont à nu. Ceci va créer des douleurs lors du passage des selles ainsi qu'un saignement qui peut se manifester. Si la fissure persiste et elle devient chronique elle peut s'accompagner d'un repli de peau la recouvrant (capuchon mariscal) ou d'une formation de chair intracanalairiale anale (papille hypertrophique). Il est également possible en cas d'une irritation répétitive qu'un abcès peut se former avec une fistule (un petit trajet) qui peut passer à travers les fibres sphinctériennes. Bien sûr la chirurgie doit s'adapter en fonction de la situation qui se présente.

FISSURE ANALE



Quels types de traitement peuvent être envisagés ?

Trois grands types de traitements sont proposés : les traitements médicamenteux classiques, les traitements locaux originaux et les traitements chirurgicaux.

Les traitements médicamenteux classiques consistent à calmer la douleur (médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires), et surtout à régulariser le transit intestinal (laxatifs). On peut aussi appliquer des agents locaux cicatrisants (suppositoires et crèmes), ou protéger la paroi du canal anal (crèmes et suppositoires). Il faut par contre faire attention lors de l'introduction d'un suppositoire et un applicateur pour pommade de ne pas «traumatiser» l'anus et la fissure en plus. Les études cliniques récentes qui comparent ce traitement classique aux autres traitements montrent qu'une personne sur trois à une personne sur deux ont une disparition des douleurs et une cicatrisation de la fissure avec ces simples mesures.

Les traitements locaux originaux ont été proposés afin de lutter contre le spasme du sphincter anal interne. Ils ont tous pour but d'obtenir une levée de la contraction sphinctérienne par l'application locale de médicaments ayant un effet de relâchement musculaire. Il existe globalement deux types de médicaments : ceux qui agissent par l'application répétée de pommade et ceux qui agissent pendant plusieurs mois après une injection dans le muscle. Certains médicaments, habituellement utilisés dans le traitement de l'angine de poitrine, peuvent être appliqués deux à trois fois par jour. Ils appartiennent à deux familles de médicaments : les inhibiteurs calciques et les dérivés nitrés.

Plusieurs études ont montré qu'ils permettaient la cicatrisation de la fissure anale de trois malades sur quatre. Malheureusement, plusieurs écueils limitent l'utilisation de ces traitements : 1) la tolérance de certains médicaments est parfois mauvaise (chute de la tension artérielle, maux de tête) ; 2) l'efficacité ne se maintient pas durablement après l'arrêt des applications (deux tiers des malades voient leurs signes réapparaître après un an). On dispose aujourd'hui de nombreux essais contrôlés randomisés avec les dérivés nitrés. Ces thérapeutiques sont efficaces et elles permettent de réduire de moitié le recours à un geste chirurgical dans une population donnée de malades souffrant de fissure anale chronique. Elles diminuent aussi sensiblement l'intensité de la douleur post défécatoire.

L'injection «unique» dans le sphincter anal de toxine botulique en très faible quantité provoque une paralysie musculaire incomplète qui récupère lentement en quelques mois. Cette méthode de traitement est séduisante mais le produit ne dispose pas d'autorisation dans la fissure anale en France ce qui rend impossible son utilisation en pratique courante.

Certains médecins spécialistes proposent enfin d'effectuer une piqûre sous la fissure et d'y injecter un petit volume de produit irritant (injection sclérosante). Cette méthode, décrite depuis de nombreuses années, peut être réalisée à la consultation après une anesthésie locale. Elle peut donner de bons résultats, mais ceux-ci n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse. Le mécanisme d'action de ce traitement est inconnu, de plus il existe un risque de surinfection de la fissure anale dans les suites du geste.

La chirurgie de la fissure anale peut être proposée en cas de fissure chronique ou compliquée, ou lorsque les douleurs persistent de façon importante ou répétée malgré un traitement médicamenteux classique.

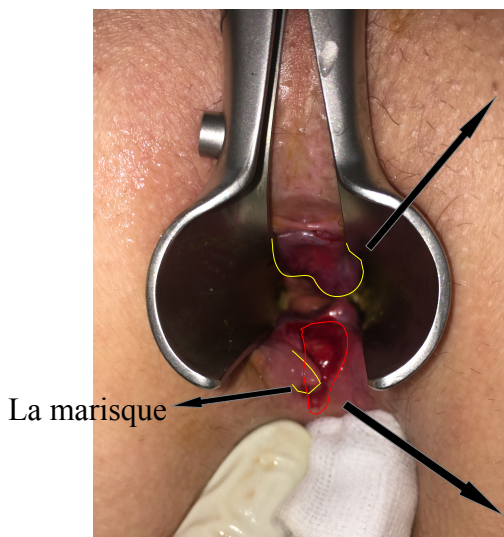
En quoi consiste cette intervention ?

1) La fissurectomie avec plastie de la muqueuse

Le but de l'intervention est d'enlever la fissure et les formations associées (le marisque ou la papille hypertrophique) et de recouvrir si possible la partie de la plaie par la muqueuse (revêtement interne) du rectum (anoplastie). Il n'y a pas de section des fibres sphinctériennes associée.

Il arrive qu'on doit également enlever un paquet hémorroïdaire qui se trouve le plus souvent en face et qui appuie les selles vers la fissure se qui peut bloquer la cicatrisation spontanée de la fissure. Il est donc important d'enlever ce paquet en même temps opératoire.

Voici un exemple d'une fissure de la commissure postérieure (vers le coccyx) associée à un paquet hémorroïdaire de la commissure antérieure (vers le scrotum ou le vagin) : une fissurectomie est faite avec résection du paquet et une plastie (fermeture) de la muqueuse rectale.



Le paquet hémorroïdaire en face

La marisque

La fissure

La fissure + marisque + paquet hémorroïdaire de la commissure antérieure



Résection de la fissure + plastie de la muqueuse + résection du paquet

2) Une section partielle du sphincter interne (sphinctéromyotomie ou léiomyotomie latérale)

Cette technique est effectuée à distance de la fissure en laissant la fissure en place. Cette technique présente d'excellents résultats avec des patients satisfaits neuf fois sur dix et un risque de récurrence d'à peine 5%. Il existe par contre un risque d'incontinence définitive de 8% chez des patients. Pour cette raison, je préfère réserver cette technique pour des patients très sélectionnés qui présentent un anus hypertonique.

3) Une dilatation anale

Ce traitement est simple à effectuer parce qu'il consiste simplement à étirer progressivement l'anus pour en augmenter son diamètre. Il n'y a pas de plaie opératoire mais ce traitement impose une anesthésie générale. Il peut se compliquer de déchirures multiples des sphincters de l'anus. Le risque principal est la survenue d'une perte incontrôlée de selles ou de gaz (on parle d'incontinence) et ceci même plus qu'une sphinctérotomie. Cette technique doit donc être abandonnée.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des douleurs post opératoires plus intenses nécessitant d'intensifier le traitement médicamenteux - Une impossibilité d'uriner dans 10 % des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire - Une hémorragie postopératoire entre le 1er et le 20ème jour nécessitant dans 1% des cas une reprise opératoire en urgence. De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste - Une constipation due à la formation d'un véritable "bouchon" de matières se traitant par des lavements et majoration du traitement laxatif - Une infection locale est exceptionnelle mais peut nécessiter une ré-intervention - Un retard de cicatrisation au delà de 8 semaines dans 10 à 20 % des cas nécessitant très rarement une ré intervention - Comme pour toute chirurgie, des complications générales sont également possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale - Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles, voire des envies impérieuses d'aller à selle sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ils ne constituent pas des complications en tant que telles.

A quelles complications à long terme expose cette intervention?

D'exceptionnels troubles de la continence sont rapportés, favorisés par des anomalies préalables secondaires à des déchirures lors d'accouchement difficile, une diarrhée chronique ou des antécédents de chirurgie proctologique. Ils peuvent exister avant la chirurgie. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien car ils peuvent modifier la prise en charge - De très rares fistules par surinfection de la plaie opératoire nécessitant le plus souvent une ré-intervention. Des replis de peau autour de l'anus (marisques) sont parfois observés et aucune garantie esthétique ne peut être donnée - La persistance d'un trouble du transit expose au risque de récurrence, d'érosion de la cicatrice ou d'apparition d'une fissure sur une autre zone du canal anal sans que cela représente une complication de l'intervention.

Le retour à domicile

Le plus souvent, cette intervention est réalisée en ambulatoire ou une hospitalisation de courte durée (24h). La cicatrice a besoin entre 4 à 8 semaines pour se consolider. L'arrêt de travail est habituellement de 2 à 4 semaines. Pendant ce temps des suintements ainsi qu'un saignement de temps en temps peuvent encore se manifester. Il n'y a pas de soins infirmiers à prévoir. Il faut par contre assurer une hygiène locale par des rinçages en dessous de la douche après chaque passage des selles ou en cas de suintement. Une désinfection de l'anus n'est absolument pas nécessaire.

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale. Vous pouvez aussi regarder une vidéo de cette intervention chirurgicale. N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires.