

Fissure anale*

Anal Fissures

T. Higuero · J.-M. Didelot · A. Castinel · M. Gompel · J.-M. Rouillon · A. Garros · A.-L. Tarrerias

© Lavoisier SAS 2017



La fissure anale est classiquement responsable d'une douleur déclenchée par la selle, parfois associée à des rectorragies et à une constipation secondaire. Elle est parfois asymptomatique, notamment lorsqu'elle est chronique, découverte alors au cours d'une coloscopie.

Diagnostic positif

Ulcération en forme de raquette de la partie basse du canal anal, parallèle aux plis radiés, commissurale antérieure et/ou postérieure. Différentes présentations cliniques sont possibles (Figs 1-4).

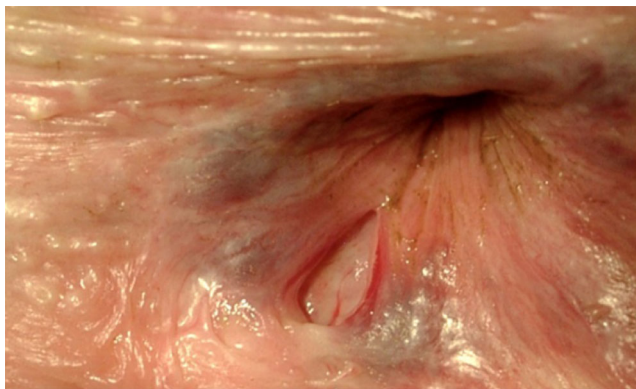


Fig. 1 Fissure aiguë : ulcération superficielle avec bords nets et fond rosé

T. Higuero (✉) · J.-M. Didelot · A. Castinel · M. Gompel · J.-M. Rouillon · A. Garros · A.-L. Tarrerias
Société française d'endoscopie digestive,
79, boulevard du Montparnasse, F-75006 Paris, France
e-mail : docteur@higuero-gastro.com

* Réalisée par la Commission proctologie endoscopique de la Société française d'endoscopie digestive.

Diagnostic différentiel

Autres causes d'ulcération anale, surtout si la fissure est latérale : tumorale, infectieuse, inflammatoire, pathomimique, iatrogène.



Fig. 2 Fissure chronique : ulcération creusante avec bords scléreux et décollés, fond fibreux mettant à nu le sphincter interne, avec annexes (capuchon mariscal sentinelle et papille hypertrophiée au niveau de la ligne pectinée)



Fig. 3 Fissure infectée : aspect scléreux, avec berges décollées et souvent pus visibles. Parfois fistule sous-fissuraire



Fig. 4 Papille hypertrophique : témoin du caractère chronique de la fissure et implique un avis de proctologue médicochirurgical. À ne pas confondre avec un polype accouché

Traitement médical non spécifique

- Régularisation du transit (*trois à six semaines au minimum*) :
 - mesures hygiéno-diététiques (alimentation riche en fibres) ;
 - et laxatifs doux (mucilages, osmotiques, lubrifiants) ou des ralentisseurs du transit, en fonction du trouble (constipation ou diarrhée) ;
- topiques (*trois à six semaines*) :
 - topiques cicatrisants de type pommade ou crème ;

- suppositoires lubrifiant le canal anal et facilitant le passage des selles.

Souvent associés ;

- antalgiques : AINS, paracétamol, antalgiques de classe 2, voire myorelaxants (ex. : Lumirelax[®]).

Traitement médical spécifique

Diminue de façon réversible l'hypertonie sphinctérienne.

Peut être tenté en première intention chez les patients hyperalgiques refusant la chirurgie :

- dérivés nitrés, avec deux applications par jour (*six à huit semaines*).
Effets secondaires (céphalées) fréquents (20 à 30 % des cas), faisant interrompre le traitement une fois sur cinq. Une seule forme a l'AMM en France, le Rectogesic[®] (*non remboursé*) ;
- inhibiteurs calciques (diltiazem, nifédipine en application locale à 2 %).
Semblent aussi efficaces que les dérivés nitrés.
Pas d'AMM en France.

Traitement chirurgical

En cas de fissure anale chronique ou compliquée, de fissure anale aiguë hyperalgique ou récidivante malgré un traitement médical optimal :

- fissurectomie, avec ou sans anoplastie (*très pratiquée en France*) ;
- sphinctérotomie latérale interne (*très controversée en France, car risque de trouble de la continence irréversible*).

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.