

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISSURES ANALES AU CHU DE BRAZZAVILLE : RESULTATS D'UNE SERIE DE 21 Cas

Introduction

La fissure anale est une ulcération superficielle longitudinale chronique et récidivante de l'anus, elle est l'une des causes les plus fréquentes de la douleur anale [1].

La fissure anale se caractérise par des douleurs intenses et une contracture sphinctérienne dans la forme aigue jeune, et dans la forme évoluée la douleur et la contracture diminuent.

Le diagnostic de la fissure anale est généralement facile, mais il est impératif de différencier la fissure anale primitive liée au traumatisme de la défécation, des fissures secondaires qui ont plusieurs étiologies et des traitements spécifiques [2].

Le traitement chirurgical peut porter uniquement sur le sphincter interne de manière isolé, ou encore on peut procéder à une exérèse de la fissure et des annexes associée ou non à une action sur le sphincter interne [3].

Nous rapportons à travers cette étude notre expérience sur le traitement chirurgical de la fissure anale

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été réalisée dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

De janvier 1999 au mois de décembre 2004, 21 patients qui présentaient une fissure anale ont été opérés. Le diagnostic de la fissure anale primitive avait été posé sur la symptomatologie clinique et confirmé par l'endoscopie digestive basse.

Les critères d'inclusion de notre étude :

Il s'agissait de patients âgés de 30 à 60 ans, ayant une fissure anale siégeant au pôle antérieur ou postérieur. Les patients devaient avoir subi une endoscopie digestive basse et avoir été opéré.

Les critères d'exclusion.

Tous les patients qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion et qui présentaient des fistules multiples ou latérales avaient été exclus de notre étude.

Technique

Une préparation intestinale a base de metronidazole et d'un régime sans résidu avait été instauré pendant 5 j, suivie d'une antibiothérapie a base d'amoxicilline + acide clavulanique en péri opératoire. Le patient était installé en décubitus dorsal les cuisses hyperfléchies et écartées. Sous anesthésie générale, on infiltrait de la xylocaïne adréalinée (1 à 2 ml) dans le raphé postérieur et les tissus sous fissuraires pour parfaire le relâchement anal, dissocier les plans anatomiques et limiter les saignements. On disséquait alors un lambeau cutané rectangulaire d'arrière en avant jusqu'au sphincter interne et la ligne pectinée et on réalisait une leiomyotomie postérieure c'est-à-dire une section partielle, perpendiculaire et progressive du sphincter interne au bistouri ou aux ciseaux. Puis on complétait ce geste par une anoplastie muqueuse en mobilisant et en abaissant la muqueuse rectale que l'on fixait au sphincter interne. Lorsque le sphincter interne était lâche on ne le sectionnait pas. La papille hypertrophiée située au niveau de la ligne pectinée au pôle profond de la fissure était réséquée.

Lorsque la fissure était antérieure, celle-ci était réséquée isolément, l'anoplastie et la myotomie étaient toujours postérieures. Toutes les pièces d'exérèse étaient confiées à l'anatomo-pathologiste pour un examen histologique. Les soins post opératoires étaient marquées par la prise de laxatifs huileux et des mucilages afin d'assurer un transit régulier et facile.

La cicatrisation était facilitée par des touchers rectaux biquotidiens en utilisant des pommades antiseptiques et cicatrisantes et par des bains de siège au sérum tiède.

Résultats

Notre série comprenait 16 hommes (76,1%) et 5 femmes (23,9%), le sex ratio était de 3,2. L'âge moyen des patients était de 40 ans (extrêmes : 30 – 60 ans).

Tableau 1 : Signes Cliniques

Signes cliniques	Nbre de Cas	(%)
Douleur fissuraire	21	100 %
Contracture sphinctérienne	21	100 %
Ulcération anale	21	100 %
Total	21	100 %

Tableau 2 : Topographie des fissures

Topographie des fissures	Nbre de Cas	(%)
Fissure postérieure	14	66,6 %
Fissure antérieure	6	28,5 %
Fissure bipolaire	1	4,8 %
Total	21	100 %

Nous avons retrouvé :

- 11 Fissures évoluées (52,3%)
 - 6 Fissures infectées (28,5%)
 - 4 Fissures jeunes (17,2%)
 - 2 Fissures anales postérieure associées à un paquet hémorroïdaire à 6 heures
 - Les fissures évoluées non infectées ont été traitées par fissurectomie associées à une anoplastie muqueuse postérieure
 - Les fissures infectées ont été traitées par fissurectomie.
 - Les fissures jeunes récidivantes au traitement médical ont été traitées par fissurectomie associée à une sphincterotomie postérieure avec anoplastie.
 - Les hémorroïdes associées à la fissure ont été traitées par hémorroïdectomie pédiculaire ouverte.
- Les suites opératoires ont été simples dans 16 cas (76,1%) et dans 5 cas (23,9%) les patients ont présenté une hypocontinence aux gaz et un suintement pendant plusieurs semaines.
Il n'y a eu de mortalité post opératoire.
La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 6 jours (extrêmes : 8 à 12 j).

DISCUSSION

Les progrès réalisés dans la connaissance et l'étiopathogénie des fissures anales ont permis d'enrichir le traitement chirurgical de ces fissures par des techniques bien codifiées [4]. Dans notre série 52% (n=11) des fissures anales étaient évoluées et non infectées, elles ont été traitées par fissurectomie associée à une anoplastie, et une sphincterotomie interne postérieure.

Le sphincterotomie interne postérieure est incisé dans le lit de la fissure ce qui permet une sphincterotomie dosée [3]. L'anoplastie est réalisée en décollant la muqueuse au-delà de la ligne pectinée, en l'abaissant et en la suturant au sphincter interne que celui-ci ait été partiellement sectionné ou non [3,5]. Cette plastie rend la muqueuse plus souple et plus résistante, et en évitant la rétraction de la muqueuse vers le haut évite les trop longs délais de cicatrisation et les infections post opératoires [1].

Nous avons relevé dans notre étude 28,5% (n=6) fissures infectées, elles ont été traitées par fissurectomie seule, car l'anoplastie est contre indiquée en cas de fissure infectée [5].

La fissurectomie seule donne souvent de bon résultats immédiats, mais s'accompagne dans un pourcentage non négligeable de cas, d'une récurrence de la fissure dans les mois ou les années qui suivent [3], de plus la cicatrisation de la plaie est relativement longue.

Notre série comprenait 19,2% (n=4) de formes jeunes, elles ont été traitées par fissurectomie avec sphinctérotomie interne postérieure avec anoplastie.

Denis et al [3] dans une série portant sur 174 patients 54,6% (n=95) qui ont été traités par anoplastie sans sphincterotomie, et 45,6% (n=79) qui ont été traité par anoplastie avec sphincterotomie, il n'a pas été constaté de différence significative entre les deux groupes en terme de durée de cicatrisation, de récurrence, de trouble de la continence.

Dans notre série nous n'avons pas réalisé de sphincterotomie latérale de 3 heures comme le prônent certains auteurs, [7,8], car cette sphincterotomie néglige la fissure et ne permet pas un examen anatomo-pathologique de celle-ci.

Chez quelques uns de nos patients 23,9% (n=5) les suites opératoires ont été marquées par une hypocontinence au gaz et par des suintements pendant plusieurs semaines. Ces effets inconfortables ont été remédiés par des exercices volontaires de contraction sphinctériennes. Nous n'avons pas eu de récurrence dans notre courte série.

Selon Denis et al [3] le taux de récurrence après le traitement chirurgical des fissures varie de 5 à 30%, les troubles de la continence de 0 à 30% et les phénomènes de suintement de 4 à 20%.

Depuis quelques années une nouvelle approche thérapeutique du traitement des fissures anales se fait par l'utilisation de toxine botulique [3]. Cette technique consiste à injecter 5 à 10 UI de toxine botulique dans le sphincter externe [9] ou dans le sphincter interne [10 ,11] de chaque côté de la fissure. Cette technique permet un taux de cicatrisation à trois mois d'environ 80%. Le taux de récurrence 1 an serait de 10%. Cette sphincterotomie fonctionnelle " transitoire " peut être intéressante dans les fissures jeunes, elle est en cours d'évaluation.

CONCLUSION

La fissure anale primitive est l'une des trois grandes urgences douloureuses en proctologie, avec l'abcès anal et l'étranglement hémorroïdaire.

Son diagnostic est facile car il repose sur une triade classique, douleur, contracture et ulcération. Mais il est impératif de différencier la fissure anale primitive des fissures secondaires ayant des étiologies multiples et des traitements spécifiques.

Le traitement curatif définitif de la fissure anale primitive reste chirurgical.

REFERENCES

1 – Devien Vladimir Ch.

Coloproctologie Clinique
Medsa / Mcgraw-Hill 1990

2 – Bernier J.J

Gastro-enterology
Flammarion Paris 1984, (Madesclaire G, 1215-1220)

3 – Denis J, Ganansia R., Puy – Montbrun T

Proctologie pratique
Masson, Paris 1999

4 – COPE R.

Atlas Proctologie
Editions Médicales Pierre Fabre 1994

5 – Parnaud R, Arnous A., Denis J.

La leiomyotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales
Presse médicale, 1968, 76,1661-1663

6 – Ganansia R, Grozel L, Puy – Montbrun T, Soudan D, Denis J

Anoplastie muqueuse dans le traitement des fissures anales non compliquées (étude retrospective – résultats à trois ans)
Bull soc Nat Fr Colo Procto 1995; 8: 9-12

