

ARTICLE ORIGINAL

FISSURES ANALES PRIMAIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE CHU GABRIEL TOURÉ

PRIMARY ANAL FISSURE AT GENERAL SURGERY, CHU GABRIEL TOURÉ

BT DEMBÉLÉ, I DIAKITÉ, A TOGO, A TRAORÉ, L KANTÉ, CO KEITA, Y COULIBALY, M KEITA, G DIALLO

Département de chirurgie CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali

RÉSUMÉ

Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière des fissures anales primaires, décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques, analyser les suites opératoires, et évaluer le coût de la prise en charge.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients opérés pour fissure anale de janvier 1999 à décembre 2009 en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Résultats : Elle a concerné 105 patients opérés pour fissure anale primaire dont 69 hommes et 36 femmes avec un âge moyen de 36,43 ans et un sex-ratio de 1,9. Deux fissures (1,9%) étaient des fissures jeunes, 75(71,5%) étaient des fissures chroniques et 28(26,6%) étaient des fissures infectées. La douleur anale était le signe clinique rencontré chez tous les patients. Les localisations à la commissure postérieure étaient les plus fréquentes (82 cas soit 78%).

Les pathologies anales associées étaient constituées principalement par la maladie hémorroïdaire 34(32,4%), la fistule anale 8(7,6%), un polype 2(1,9%), et une tumeur anale 1(1%). La réalisation de la sérologie HIV était libre et volontaire, 2 cas de positivité aux VIH1 et 2 ont été observés sur 18 ayant accepté de faire le test. La fissurectomie associée à la dilatation anale a été la règle du traitement chirurgical. Elle a été associée à la sphincterotomie dans un cas. Les gestes chirurgicaux associés à la fissurectomie ont été : l'hémorroïdectomie 34(32,4%), la fistulectomie 8(7,6%) et la polypectomie 2(1,9%). Le taux de morbidité a été 1% et la mortalité nulle. Le coût de la prise en charge a été de 103.900 FCFA pour la fissure anale primaire.

Mots-clés : fissure anale, chirurgie, Afrique.

SUMMARY

Our objectives were to determine the hospital frequency of primary anal fissure, to describe the diagnostic and therapeutic aspects, to analyse the surgical follow-up, to assess the management cost.

Method: It was about a retrospective study from January 1999 to December 2009.

Results: It was about 105 patients operated for primary anal fissure, including 69 males and 36 females. The average age was 36.6. The sex-ratio was 1.9. Two fissures (1.9%) were recent, 75(71.5%) were chronic fissures and 28(26.6%) were infected.

The anal pain was the commonest clinical symptom. The posterior location was more frequent with 82(78%) cases. The associated anal pathologies were haemorrhoids 34(32.4%), anal fistula 8(7.6%), polyp 2(1.9%) and anal tumour 1(1%). The HIV test has been done on consent, 2 positive cases with HIV1 and 2 were found in 18 tested patients. The fissurectomy combined with anal dilation have been the surgical technique. It was combined with sphincterotomy in one case. The surgical gestures combined with fissurectomy have been used: haemorrhoidectomy 34(32.4%), fistulectomy 8(7.6%) and polypectomy 2(1.9%).

The morbidity rate was 1%; the mortality rate 0%. The management cost was 103.900 FCFA for primary anal fissure.

Key words: anal fissure, surgery, Africa.

Tirés à part:

Dr Dembélé Bakary Tientigui Maître assistant en Chirurgie Générale Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie (FMPOS)
Chirurgien au CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Tel : 0022376163981 E-mail : btdembele@gmail.com

INTRODUCTION

La fissure anale est une ulcération superficielle longitudinale chronique et récidivante de l'anus [1]. C'est une pathologie très gênante et connue de l'humanité depuis l'antiquité, et a souvent un fort retentissement sur la qualité de vie. Elle est assez fréquente, avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin et est relativement tolérée par les malades [1]. La fissure anale est considérée comme la deuxième affection proctologique la plus fréquente après les hémorroïdes avec 13 % contre 47 % pour les hémorroïdes [2]. En occident, 10 à 20% de la population générale souffrent de cette pathologie [1]. En France, elle a occupé 13% des consultations proctologiques. Le traitement des fissures anales primaires est médical et chirurgical [2]. Le pronostic est bon et les suites sont généralement simples. La récurrence après cicatrisation médicamenteuse est de 1/3 à 2/3 après 1 à 3 ans de suivi [2].

Nous avons voulu dans notre service de chirurgie générale déterminer la fréquence hospitalière des fissures anales primaires, décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques, analyser les suites opératoires, évaluer le coût de la prise en charge.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er Janvier 1999 au 31 décembre 2009 (11 ans) réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali). Ont été inclus dans l'étude tous les malades opérés pour fissure anale durant la période d'étude dans le service

Nous avons exploité les dossiers et observations des patients, plus les registres des comptes rendus opératoires.

RESULTATS

DONNEES PREOPERATOIRES

Nous avons colligé 434 cas de fissures anales primaires dont 105 cas ont été opérés. Il s'agissait de 69 hommes et 36 femmes avec un âge moyen de 36,43±10,32 ans (extrêmes de 16 et 70 ans) et un sex-ratio de 1,9. Les patients opérés ont représenté 0,93% de l'ensemble des consultations générales ; 2,9% des interventions chirurgicales ; 0,99% des hospitalisations dans le service.

Sur les 105 patients opérés, 2(1,9%) avaient des fissures jeunes, 75(71,5%) des fissures chroniques et 28(26,6%) des fissures infectées. La douleur anale a été le principal motif de consultation (100% des cas) (tableau I).

Tableau I : Les principaux signes fonctionnels

	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	105/105	100
Constipation	95/105	90,4
Diarrhée	6/105	5,7
Prurit anal	78/105	74,3
Suintement anal	82/105	78,1
Troubles psychiques	3/105	2,9

La douleur à trois temps a été retrouvée dans 76,2 % des cas. L'écoulement a été sanguinolent dans 71,5 % des cas. Le toucher rectal a été impossible dans 9 cas (soit 8,6%) à cause de la douleur.

La fissure anale était associée à d'autres pathologies de la sphère anorectale dans 42,8% des cas. La maladie hémorroïdaire a été la pathologie la plus fréquemment associée à la fissure anale dans 32,4% des cas ; 1 cas de tumeur anale a été observé. La commissure postérieure a été le siège de prédilection de la fissure anale dans 78 % des cas.

Les facteurs favorisants retrouvés ont été la constipation 95/105 (90,4%), le diabète 8/105 (7,6%), l'infection à VIH 2/105 (1,9%), un antécédent de traumatisme anal 2/105 (1,9%), la drépanocytose 1/105 (1%), la tuberculose 1/105 (1%).

95,2 % de nos malades avaient effectué un traitement (médical et/ou traditionnel) avant d'arriver dans le service. 63,7 % des patients présentaient la pathologie depuis plus de 2 ans. La durée moyenne d'évolution a été de 4,3 ans.

DONNEES OPERATOIRES

Tableau 2 : Technique opératoire

	Effectif	Pourcentage
Fissurectomie+dilatation anale	60	57,2
Fissurectomie+polypectomie	2	1,9
Fissurectomie+Fistulectomie	8	7,6
Fissurectomie+Sphincterotomie	1	1,0
Fissurectomie+hémorroidectomie	31	29,5
Fissurectomie+thrombectomie	3	2,9
Total	105	100

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a été effectué chez tous les malades ; 1 cas de tumeur maligne (carcinome épidermoïde de l'anus) a été retrouvé. Le traitement médical associé a comporté les antalgiques, les laxatifs et les bains de siège à divers antiseptiques dès J1 postopératoire. La prévention antitétanique (sérothérapie et vaccination) a été effectuée chez les patients dont la vaccination antitétanique n'était pas à jour. Un cas d'hémorragie postopératoire a été observé.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de $2,6 \pm 0,25$ jours (extrêmes de 2 et 10 jours).

Nous avons eu 2 patients qui n'ont pas été satisfaits après l'acte chirurgical, ils s'agissait d'une patiente de 40 ans VIH positif chez qui les signes cliniques ont persisté et un patient de 44 ans reçu pour récurrence de fissure anale chez qui un carcinome épidermoïde de l'anus était associé à la fissure.

Le coût moyen du traitement chirurgical d'une fissure anale (bilan préopératoire + examens complémentaires, intervention, traitement postopératoire) était de 103.900 Fcfa.

DISCUSSION

Au Mali, aucune étude n'avait été réalisée sur la fréquence de la fissure anale. En 11 ans, nous avons retrouvé 105 cas soit une moyenne de 10 cas par an, comparable à celles des séries africaines [6, 7]. Cette fréquence semble inférieure à celle retrouvée dans les

séries européennes (26 cas/an en moyenne). La fissure anale survient dans tous les groupes d'âge et est particulièrement observable chez l'adulte jeune [2, 8].

La prédominance masculine a été observée par plusieurs auteurs [6,10]. Le faible taux des femmes surtout dans les séries africaines serait peut-être lié à la pudeur [6] qui rend les femmes peu enclines à consulter.

La douleur anale est la manifestation clinique la plus habituelle de la fissure anale, quelle que soit sa localisation [2]. Il s'agit d'une douleur à type de déchirure ou de sensation de verre brisé dans l'anus provoquée et rythmée par la défécation, et entretenue ou aggravée par des spasmes excessifs permanents au niveau des sphincters [1]. Elle est fréquente dans toutes les séries avec un taux variant de 92 à 100 % [2, 6,9-11].

La douleur à trois temps caractérise la fissure anale [2]. Il s'agit d'une douleur déclenchée par le passage des selles, calmée quelques temps après les selles puis reprenant pour une durée de plusieurs heures (4-6 heures). Parfois elle est remplacée par une simple gêne [2]. Notre taux ne diffère pas de ceux observés dans les autres séries [2, 6,7].

La rectorragie est généralement faite de sang rouge, émis par l'anus mais en provenance du rectum dont témoignent les traces de sang sur les selles [2]. Elle est aussi fréquente avec un taux variant de 71 à 84 %.

Tableau 3 : Facteurs favorisants et auteurs

Facteurs favorisants	Constipation	Infection VIH	Séquelle	ATCD	
			traumatisme obstétrical	Traumatisme anal	
Martin [4] France 2003, N= 85	43 (50 %)	-	9 (10 %)	3 (3 %)	p= 0,0000
Denker [10] Lomé 2003, N= 188	147 (74,4%)	25 (13,3%)	-	-	p= 0,0000
Kouadio [11] Abidjan 2003 N= 47	18 (61,7 %)	16 (34%)	-	1 (1 %)	p= 0,0000
Notre série	95 (90,4 %)	2 (1,9%)	2 (1,9 %)	2 (1,9 %)	

Plusieurs facteurs favorisants sont notés dans la littérature. Certains auteurs pensent que la constipation est le principal facteur de risque dans la survenue de la fissure anale car les émissions de selles dures à chaque exonération provoquent une irritation locale répétée de la muqueuse anale, ce qui multiplie la prévalence de la fissure anale chez les personnes constipées [1,2]. En revanche d'autres pensent qu'elle serait la conséquence de la douleur anale et de l'hypertonie sphinctérienne [4, 8]. La fissure anale est une pathologie qui tend vers la chronicité : 63,7 % des patients présentaient la pathologie depuis plus de 2 ans. La durée moyenne a été de 4,3 ans contre 3 ans selon les études de Fall et coll. [7] à Dakar en 2002 chez

31 patients souffrant de cette pathologie.

La commissure postérieure a été le siège, le plus fréquemment retrouvé dans les différentes séries [2, 6]. Cette localisation habituelle de la fissure s'expliquerait par un défaut de vascularisation de la commissure postérieure du canal anal bien démontrée sur des études anatomiques, angiométriques et débiométriques [2, 6]. Notre taux ne diffère pas de ceux observés dans les séries africaines (76 % contre 66 à 79 %).

L'hémorroïde et la fistule anale ont été les plus fréquents des pathologies anales associées. Le taux de maladies hémorroïdaires a été de 32,4 % dans notre étude, il est de 34,37 % à Lomé au CHU de Tokoin [10].

Tableau 5 : Traitement et technique opératoire / auteurs :

	Technique		Opératoire
	Sphinctérotomie latérale	Fissurectomie avec dilatation anale	Fissurectomie + Sphinctérotomie latérale
Nicholls [12]	138 (50%)	-	138 (50%)
Great Britain and Ireland 2008	P < 0,05		P < 0,05
N=276			
Baraza [13]	46 (50%)	-	46 (50%)
United KING	P < 0,05		P < 0,05
DOM 2008 N=92			
Garcia [14]	70 (50%)	-	70 (50%)
Espagne 2008 N=140	P < 0,05		P < 0,05
Seyed [15]	-	156 (50,16%)	155 (49,84%)
Iran 2008 N=311		P < 0,05	P < 0,05
Notre série			
Mali 2009	-	104 (99%)	1 (1%)

Le traitement chirurgical est le traitement radical de la fissure anale primaire, et plusieurs modalités peuvent être employées selon l'état de la fissure [1,2]. Tous nos malades ont bénéficié de la fissurectomie avec dilatation anale. En revanche, certains auteurs [12-15] ont utilisé plus fréquemment la sphinctérotomie latérale interne associée à une fissurectomie. Les complications post opératoires dans les fissures anales primaires sont rares [2].

La mortalité a été nulle dans toutes les séries [9, 13, 14] ainsi que dans la nôtre. La morbidité porte sur l'incontinence anale transitoire (fuite des gaz ou selles), et l'hémorragie post opératoire avec un taux variant de 1 à 9 % selon les auteurs [9, 13, 14].

La durée d'hospitalisation post opératoire des fissures anales est très courte en général [3] ; certains auteurs [1, 2] pensent que, la chirurgie des fissures anales peut même se faire en ambulatoire.

Le coût de la prise en charge de la fissure anale primaire a été à la charge des patients eux-mêmes et/ou de leur famille. Notre coût moyen de 103.900 FCFA dépasse largement le SMIG malien qui est d'environ 28.000 FCFA, donc largement au dessus du revenu de la grande majorité de la population. Le coût de la prise en charge englobe les frais d'interventions, les frais d'examens complémentaires, les frais d'ordonnances et les frais d'hospitalisation.

CONCLUSION

La fissure anale constitue une pathologie

assez fréquente avec une prédilection pour l'adulte jeune. Son diagnostic est essentiellement clinique. La découverte d'une plaie entre les plis radiés de l'anus constitue le temps capital de l'examen.

Le traitement est d'abord médical, et la chirurgie n'étant indiquée qu'en cas de résistance au traitement médical ou de fissure anale chronique.

La récurrence est possible quel que soit le traitement entrepris. Le traitement chirurgical, s'il est correctement effectué, donne de bons résultats comme l'atteste notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pigot F, Siproudhis L, Albert FA. Risks factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol. Clin Biol* 2005; 9: 237-45.
2. Laurent S, Marianne E, Stephan A. Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. *Rév Prat* 2008; 51: 21-25
3. Martel E, Bernard D, Tasse D, Wassef R. Chirurgie ambulatoire : Etude de faisabilité. *Ann Chir* 1996 ; 38 (4) : 589-592.
4. Martin, Corby et al. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external) during pregnancy and post-partum. *J Chir* 2003; 31(6): 546-49.
5. Bernard J, Dennis J, May T, Bigard MA, Canton P. Proctologie pratique: Lésions anales et péri anales au cours des infections symptomatiques par le VIH. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 16: 148-154
6. Ellen N, Okiémy G, Koutaba E, Choclat R, Massamba Miabahou, Ibamba A, Datsey, Massengo R. Traitement chirurgical des fissures anales au CHU de Brazza à propos de 21 cas. *Journal africain de chirurgie digestive* 2003 ; N°4 : 2292-2295
7. Fall B, Diao B, Mbengue M, N'diaye A. Prise en charge des fissures anales chroniques au CHU le Dantec. *Dakar Méd* 2002 ; n°2 : 47.
8. Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, Khan AG, Malfertheiner, Guiyang Q, Rey JF, Sood A, Steinur F, Thomson A, Thomsen OO, Water Meyer G, Gonvers JJ. Primary anal fissure; *World gastroenterology organisation global* June 2009
9. Gupta PJ. Consumption of red-hot Chili pepper increases symptoms in patients with acute anal fissure. A prospective, randomized, placebo-controlled, double blind, crossover trial *Arq gastroenterol* 2008; 45(2): 124-7
10. Denke D.L. Prise en charge chirurgicale des affections anorectales non malformatives au CHU Tokoin de Lomé. A propos de 168 cas (1993 à 2003). *Journal Africain de Chirurgie Digestive* 2003 ; vol3 n°2: 84
11. Kouadio GK, Kouadio LN, Turquin HT. Prise en charge de la fistule anale au CHU de Treichville à Abidjan. A propos de 47 observations. *Service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville. Rév. Cames* 2003; Vol. 2: 46-48
12. Nicholls J. Anal fissure; surgery is the most effective treatment . The association of coloproctology of Great Britain and Ireland. *Colorectal Disease* 2008; 10: 529-530
13. Baraza et al. The long-term Efficacy of fissurectomy and botulinum Toxin injection for chronic anal fissure in females *The ASCRS* 2008; 51: 239-243
14. Eduardo GC, Angel S, Stephanie AGB, Pedro E, Blas F, Miguel M, Salvador L. The ideal lateral internal sphincterotomy (LIS): Clinical and endosonographic evaluation following open and closed internal and sphincterotomy. *Valence- Espagne Dis colon rectum* 2008; doi: 10.1111/j.1463-1318.
15. Seyed VH, Babak S, Mohamoud NA, Shahram B. A randomized clinical trial on the effect of oral Metronidazole on wound healing and pain after anal sphincterotomy and fissurectomy. *Arch Iranian Med* 2008; 11(5): 550-552.