

entérologie du CHU Gabriel TOURE

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES

DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



**U.S.T.T-B**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....



MEMOIRE

## Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la fissure anale au Service d'Hépto- Gastro- Entérologie du CHU Gabriel Toure

Présentée et soutenue publiquement le .04/04/2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Dr Djibrilla ALHOUSSEINI

Pour obtenir le **Diplôme d'Etudes Spécialisées d'Hépto-gastro-entérologie  
(D.E.S).**

**Jury**

Président : Pr Bakary T DEMBELE  
Membre : Pr MENTA Djénébou TRAORE  
Membre : Pr SANOGO Déborah Sanra  
Co-Directrice : Pr COULIBALY Hourouma SOW  
Directeur De Memoire : Pr Moussa T DIARRA

## **DEDICACES**

**A Allah Soubahana Wata Allah**, le tout puissant, le miséricordieux.

Je dédie ce travail :

**A mon père feu Alhousseini MAIGA**, tu as toujours su guider nos pas avec rigueur et amour ; sans tes efforts nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ton soutien sans cesse, ta volonté de nous voir réussir, ton amour pour le travail bien fait ont fait de toi un père exemplaire. Qu'Allah le miséricordieux t'accueille dans son paradis.

A ma mère : Feue Alzaouza MAIGA,

Les formulations me manquent pour t'exprimer mes sentiments. Tu t'es totalement investie pour notre réussite. Ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurai te rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Tu as toute ma reconnaissance et ma gratitude. Qu'Allah le tout puissant t'accueille dans son paradis.

## **REMERCIEMENTS**

A tout le corps professoral de la faculté de Médecine et d'odonto Stomatologie, pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de donner.

Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maîtres **Pr Moussa Y MAIGA, Pr Moussa T DIARRA, Pr Anselme KONATE, Pr Hourouma SOW Epouse COULIBALY, Pr Kadiatou DOUMBIA Epouse SAMAKE, Dr Moussa Y DICKO, Dr TOUNKARA Makan siré.**

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

A tout le personnel du Service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE, au Médecin Chef du CSREF de Kalaban-coro merci pour votre franche collaboration.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;
- Spécialiste en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE ;
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;
- Membre de la société Africaine de chirurgie ;
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

**A notre maître et juge**

**Pr MENTA Djénébou TRAORE**

- Maître de conférences agrégée en Médecine interne,
- Membre de la société de Médecine interne du Mali (SOMIMA),
- Praticienne hospitalière au CHU du Point G,
- Diplômée de l'université Paris VI sur la prise en charge du VIH,
- Diplômée en hépatogastro-entérologie Mohamed V Maroc,
- Titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en drépanocytose FMOS.

Cher maître,

Nous vous étions profondément impressionnés par votre disponibilité et votre simplicité.

Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait et votre foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maître inoubliable.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et juge**

Pr SIDIBE DEBORAH Sanogo Sanra

- Maître de conférences à la FMOS ;
- Praticienne hospitalière au CHU du Point G ;
- Secrétaire générale adjointe de la société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) ;
- Membre de la SNFGE (Société Nationale Française de Gastroentérologie) ;
- Membre du RFM (Réseau des femmes médecin du Mali).

Vous êtes restée toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre. Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont fasciné, ils resteront pour nous une source d'inspiration. Veuillez trouver ici cher maître nos remerciements les plus sincères.

**A notre Maître et Co-directrice de mémoire,**

**Pr Hourouma Sow Epouse COULIBALY**

- Maître de conférences agrégée à la FMOS,
- Ancienne interne des hôpitaux,
- Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD),
- Membre de la Société Nationale Française de Gastro Entérologie (SNFGE),
- Praticienne hospitalière au CHU Gabriel TOURE.

Cher maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par votre humilité, votre générosité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre enthousiasme communicatif qui font de vous un maître admirable.

Honorable maître, trouvez ici l'assurance de notre admiration, et notre respect.

## **A notre maître et Directeur de mémoire**

### **Professeur DIARRA Moussa T**

- Professeur titulaire en hépatogastroentérologie à la FMOS ;
- Responsable de l'enseignement des Maladies de l'Appareil Digestif à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Président de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)
- Chef de département de Médecine au CHU GT ;
- Chef de service d'hépatogastroentérologie au CHU GT ;
- Membre de la Société Africaine d'Hépatogastro-entérologie ;
- Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) ;
- Membre de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie (SNFGE) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Médecins.
- Enseignant-chercheur ;

### **Cher Maître**

Votre pragmatisme, votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Vous êtes une source inépuisable de savoir et d'inspiration. Nous sommes fières et honorés de compter parmi vos disciples. Votre capacité d'analyse bien aiguisée et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail.

Permettez-nous de vous remercier de nous avoir confié ce travail et acceptez notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent jouir de vos enseignements.

### Liste des abréviations et Sigles

% : Pourcentage

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AI : Alliés.

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ATCD : Antécédent

CHU- GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU- PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point-G

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRP : Protéine C réactive

DES : Diplôme d'étude spéciale

EI : Effet Indésirable

FA : Fissure anale

FAA : Fissure anale aiguë

FAC : Fissure anale chronique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Hb : Hémoglobine

HTA : Hypertension artérielle

IC : Inhibiteur calcique

MH : Maladie hémorroïdaire

MHD : Mesures hygiéno-diététiques

NFS : Numération formule sanguine

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé.

RCH : Rectocolite hémorragique

SAI : Sphincter anal interne

SE : Sphincter externe

SI : Sphincter interne

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

TAR : Toucher anorectal

VDRL : Veneral deasis research laboratory

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : Vitesse de sédimentation

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau I** : répartition des patients selon la tranche d'âge

**Tableau II** : Répartition des patients selon les antécédents

**Tableau III** : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

**Tableau IV** : Répartition des patients selon le rapport douleur à la défécation

**Tableau V** : Répartition des patients selon le nombre de fissure anale

**Tableau VI** : Répartition des patients selon le siège de la fissure anale

**Tableau VII** : Répartition des patients selon l'écoulement anal

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon les complications

**Tableau IX** : Répartition des patients selon les lésions associées

**Tableau X** : Répartition des patients selon les moyens et méthodes de traitement

**Tableau XI** : Répartition des patients selon la durée du traitement

**Tableau XII** : Répartition des patients selon le taux de cicatrisation

## **LISTE DES FIGURES**

Fig.1 : Coupe frontale du canal anal.

Fig.2 : Histoire naturelle de la fissure anale.

Fig.3 : Physiopathologie de la fissure anale.

Fig.4 : La fissure postérieure au service d'Hépatogastro-entérologie du CHU GT.

Fig.5 : Fissure anale jeune service de Médecine B-HIS.

Fig.6 : fissure anale chez l'enfant.

Fig.7 : Fissures bipolaires au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

Fig.8 : Fissure latérale au service de Médecine B-HIS.

Fig.9 : FAC avec marisque sentinelle au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

Fig.10 : FA infectée au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

Fig.11 : FA infectée et fistulisée (service de Médecine B-HIS).

Fig.12 : Maladie de Crohn : ulcérations plus ou moins larges pouvant être accompagnées de suppurations.

Fig.13 : Prise en charge de la fissure anale aiguë.

Fig.14 : Prise en charge de la fissure anale chronique.

Fig.15 : Répartition des patients selon le sexe.

Fig.16 : Répartition des patients selon nature de la fissure anale.

# SOMMAIRE

1. Introduction.....	15
Objectifs.....	19
2. Généralités.....	21
2.1. Intérêt.....	21
2.2. Rappel anatomique.....	21
2.3. Physiopathologie.....	23
2.4. Signes.....	26
2.5. Formes cliniques.....	29
2.6. Diagnostic.....	35
2.7. Traitement.....	40
3. Méthodologie.....	48
4. Résultats.....	51
5. Commentaires et discussion.....	59
Conclusion.....	64
Recommandations.....	65
Références.....	66
Annexes.....	72

# INTRODUCTION

## 1. Introduction :

La fissure anale est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal.

La fissure se présente en une forme ovalaire ou en raquette, elle constitue une maladie acquise et autonome, localisée au niveau d'une commissure de la marge anale [1].

La fissure anale est considérée comme la deuxième affection proctologique la plus fréquente en France après les hémorroïdes avec 13 % contre 47 % pour les hémorroïdes. [1]

En occident, 10 à 20% de la population générale souffrent de cette pathologie. En France, elle a occupé 13% des consultations proctologiques et 1 % des français déclarent avoir été opérés d'une fissure anale. 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 constitue une pathologie assez fréquente, avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin et est relativement toléré par les malades [2].

Elle a représenté 15 % des interventions proctologiques en chirurgie ambulatoire[3], 10 % chez les parturientes à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard[4], et a été retrouvée chez 5% des patients VIH positif [5].

-Aux Etats-Unis, 7/100000 habitants sont atteints de fissure anale primaire,

- Au Canada, son incidence a été estimée à 14/100000 habitants en 2009[6].

En Afrique, quelques études réalisées ont montré :

A Lomé (CHU de Tokkoin) de 1993 à 2002 que cette pathologie a occupé 3,9 % de la consultation en milieu chirurgical[7].

Elle est la deuxième lésion par ordre de fréquence dans la pathologie proctologique dans une étude Nigériane en milieu chirurgical [8].

La deuxième pathologie anale dans une étude sénégalaise [9].

Au Mali, une étude réalisée dans le service de chirurgie B au CHU du Point G de 1979 à 1997 a montré que 15% des consultations proctologiques et 4 % des

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

consultations chirurgicales étaient constituées par les fissures dans ce service [10].

Son diagnostic est purement clinique et facile. Les autres causes de douleurs anales sont facilement éliminées à l'examen clinique [11].

La fissure anale est diagnostiquée fréquemment dans le service d'hépatogastroentérologie, en l'absence d'étude dans ce service, nous avons initié ce travail et nos objectifs étaient :

## **OBJECTIFS**

➤ **Objectif général :**

Etudier les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la fissure anale dans le service d'Hépatogastro-entérologie.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- ❖ Décrire les aspects épidémiologiques de la fissure anale dans le service d'Hépatogastro-entérologie.
- ❖ Décrire les aspects cliniques de la fissure anale.
- ❖ Apprécier l'évolution après le traitement des patients atteints de fissure anale.

# GENERALITES

## 2. Généralités :

La fissure anale est une déchirure de l'épithélium et du derme de la partie distale du canal anal. la fissure se présente en une forme ovalaire ou en raquette, elle constitue une maladie acquise et autonome, localisée au niveau d'une commissure de la marge anale [1].

### 2.1. Intérêt :

#### ❖ Epidémiologique :

La fissure anale est considérée comme la deuxième affection proctologique la plus fréquente après les hémorroïdes avec 13 % contre 47 % pour les hémorroïdes (13 % des motifs de consultation et 1 % des interventions chirurgicales proctologiques en France).

Touche les 2 sexes, tous les âges, volontiers le sujet jeune (30-50 ans) [2].

❖ **Diagnostique** : le diagnostic est essentiellement clinique.

❖ **Pronostique** : pathologie bénigne mais récidivante avec des complications possibles (abcès, fistule)

❖ **Thérapeutique** : Le traitement médical est toujours de mise, la chirurgie n'étant réservée qu'aux fissures persistantes, récidivantes ou infectées [11].

### 2. 2. Rappels :

#### ➤ Rappel Anatomique :

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Il est long de 4 cm, fait suite à l'ampoule rectale et se termine par l'anus qui est situé à 20 mm de l'apex du Coccyx.

A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradient des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture [12].

Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus urogénital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la 7ème semaine du développement embryonnaire [13].

❖ **Configuration interne :**

La musculature sphinctérienne comprend deux groupes de sphincters :

- ✓ Le sphincter interne c'est un muscle lisse constitué par l'épaississement de la couche circulaire de la musculature rectale. Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [15] constitué de fibres musculaires lisses. Il est innervé par le système neurovégétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [16].
- ✓ Le sphincter externe se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum, et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l'anus en trois (3) parties : le faisceau sous cutané, superficiel, et profond [16].

❖ **Configuration externe :**

Muscle strié, avec deux contingents (profond : haut situé qui est indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus et superficiel à la partie la plus basse du canal anal).

\* le faisceau longitudinal descend entre le sphincter interne lisse et le faisceau profond du sphincter externe jusque vers la marge anale en dehors du faisceau sous-cutané.

\* le faisceau sous-cutané entoure l'orifice anal au-dessous du sphincter lisse.[13]

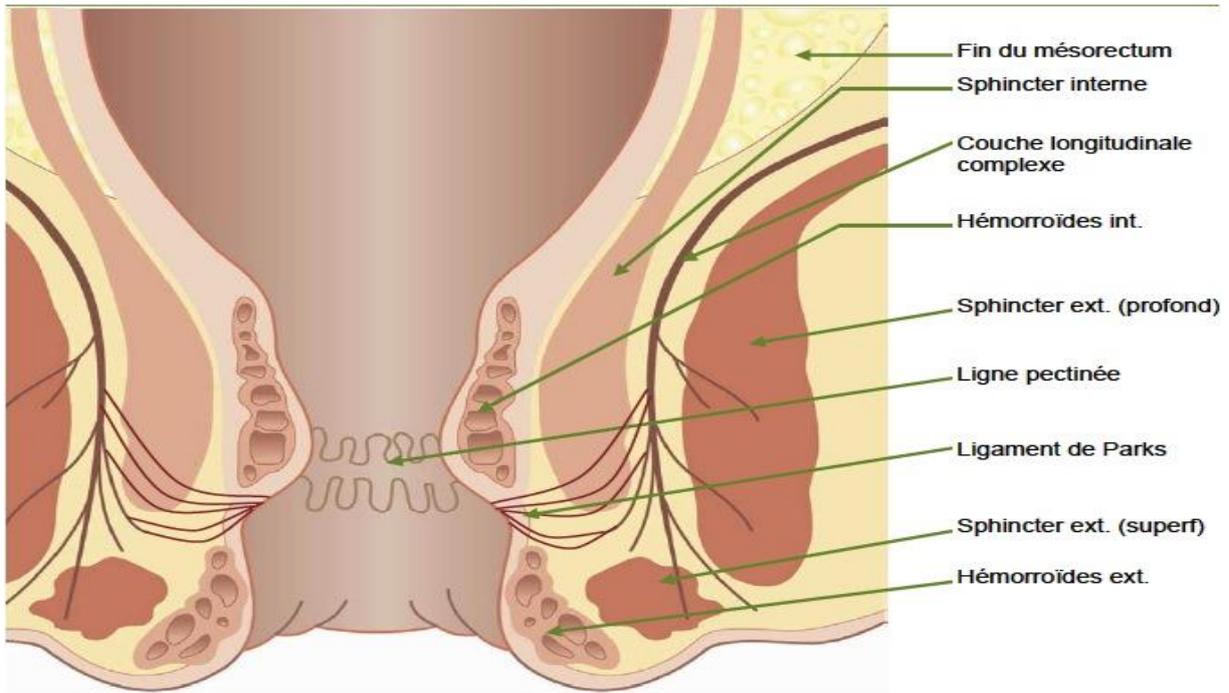


Figure 1 : Coupe frontale du canal anal [13].

➤ **Rappel Physiologique :**

La physiologie ano-rectale est dominée par les fonctions de défécation et de continence qui ne peuvent s'exercer que s'il existe une parfaite intégrité des différents éléments anatomiques de la région : rectum, faisceau pubo-rectal d'origine, sphincter externe, sphincter interne, muqueuse anale. La défécation est un acte volontaire dont le point de départ est la perception consciente du besoin d'aller à la selle, en rapport avec une variation de la pression intra-rectale. Elle est contrôlée par un centre nerveux d'origine diencéphalique et subit une influence corticale. La continence met en jeu plusieurs phénomènes réflexes intéressant le sphincter interne, le sphincter externe et le sigmoïde.[14].

**2-3. Physiopathologie :**

La fissure anale relève d'une multitude de facteurs d'ordres mécaniques sphinctériens et vasculaires. La correction de ces facteurs différents conditionne l'approche thérapeutique (fig 2 et 3).

### **A. Facteur mécanique :**

Le facteur déclenchant initial serait le plus souvent l'exonération de selles dures et volumineuses ou, au contraire l'évacuation brutale d'une selle liquide, les deux étant responsables de l'apparition d'une lésion de l'ano derme à type de déchirure.[17]

### **B. Facteur sphinctérien :**

Il fait intervenir la contracture du sphincter interne qui peut être primitive ou secondaire à la douleur provoquée par la fissure (spasme sphinctérien réflexe par contrainte de la défécation) [17]. Le caractère primitif a été établi par l'analyse monomérique de patient ayant une fissure anale chronique [18] et le stress favoriserait cette contracture [19, 20] en agissant comme un facteur déclenchant entretenant la fissure anale chronique [21].

Une fibrose du SAI, impliquée dans l'évolution vers la chronicité a été démontrée histologiquement dans la fissure ancienne [22].

### **C. La théorie vasculaire :**

Il fait intervenir un mécanisme d'ischémie artérielle. Des études angiographiques autopsiques [23,24] ainsi que l'oxymétrie de flux chez le sujet sain [25] ont montré que la vascularisation de l'anus était moins riche au niveau de la commissure postérieure ou des artéioles de type terminal issues de l'artère rectale inférieure parviennent à la muqueuse sous forme de perforantes traversant le sphincter anal interne.

Hypertonie sphinctérienne favoriserait l'ischémie muqueuse en diminuant le débit sanguin des artéioles traversant le SAI [26].

#### D. La théorie neurovégétative :

Le stress joue un rôle favorisant dans la contracture sphinctérienne. En s'associant à la douleur, ils favoriseraient le spasme sphinctérien et la persistance de la fissure anale chronique [27,28].

#### E. Les autres théories :

D'autres théories peuvent être impliquées dans la pathogénie de la FA, comme la présence d'une infection locale, une myosite fibreuse du sphincter ou une parakératose qui diminue l'élasticité de l'épithélium et le fragilise.

Elles sont plus contestées, et correspondent en fait à une conséquence plutôt qu'à une cause de la maladie [29,30].

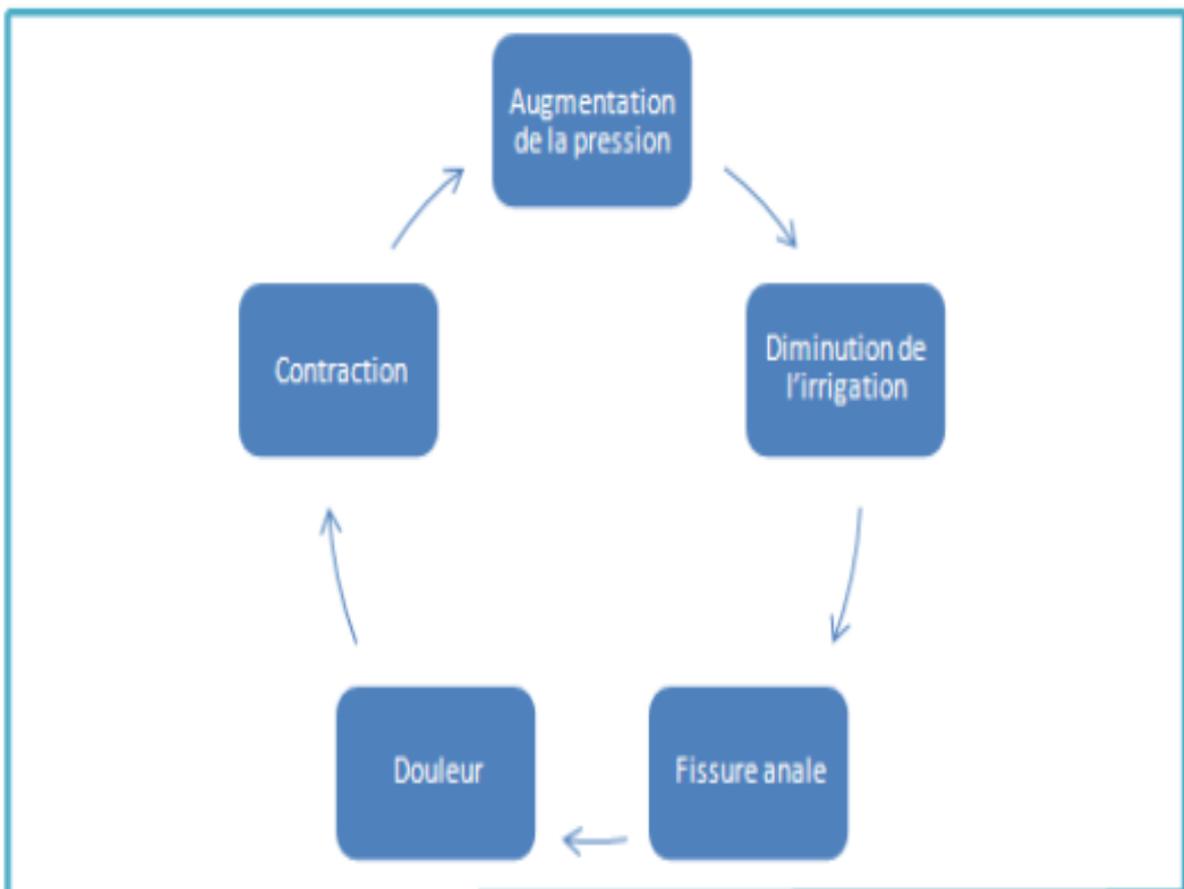


Fig.2 : Histoire naturelle de la fissure anale. [29,30]

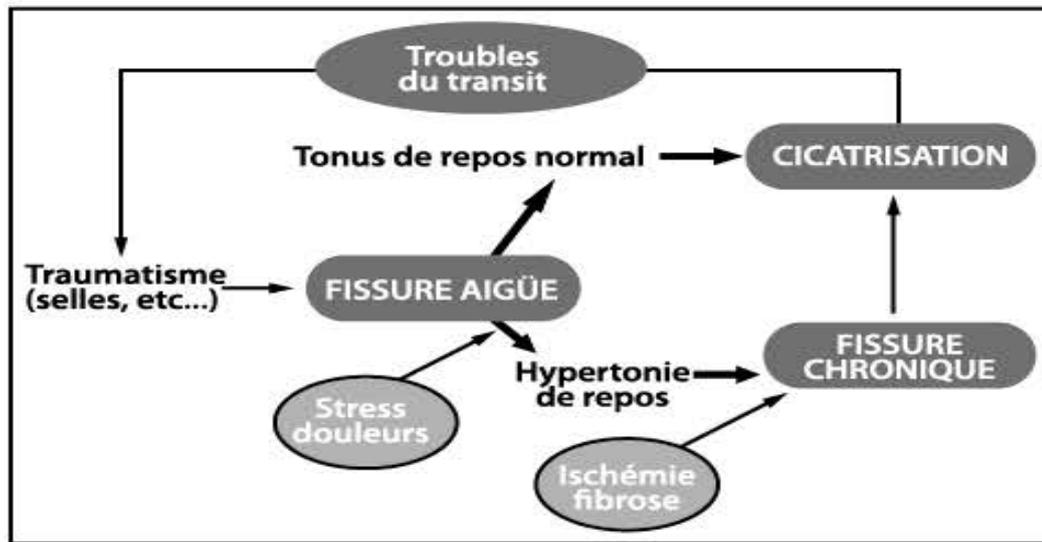


Fig.3 : Physiopathologie de la fissure anale. [29,30]

## 2.4. Signes :

2.4.1. **TDD** : la fissure anale aigüe de la commissure postérieure non compliquée chez le sujet jeune.



Fig.4 : La fissure anale postérieure au service d'Hépatogastro-entérologie du CHU GT

2.4.2. **CDD** : douleur anale, saignement, prurit marginal et une constipation réflexe.

### 2.4.3. Etudes des signes :

#### a) Signes généraux :

Sont absents à ce stade

**b) Signes fonctionnels :**

Le symptôme essentiel est une douleur à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Elle va persister après ou reprendre à l'issue d'une accalmie transitoire (douleur en deux temps) pour une durée variable, quelques minutes ou quelques heures, avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante.

Elle peut irradier dans le dos, les fesses, les organes génitaux et urinaires.

Une constipation réflexe peut coexister ; elle est même parfois recherchée par le patient qui craint les défécations.

Un saignement balisant la selle est possible.

**c) Signes physiques :**

- Examen de la marge anale :

➤ L'inspection :

Elle doit être faite avec un bon éclairage tout en écartant doucement les plis radiés pour exposer la zone cutanée lisse de l'anus.

Le déplissement des plis radiés, redouté par le patient, permet de constater l'ulcération de la fissure jeune, superficielle. Elle est allongée en raquette et déborde à peine sur la marge anale par son extrémité externe ; son extrémité interne effilée s'insère dans le canal anal sans jamais atteindre la ligne pectinée. La fissure aiguë est superficielle, à bords nets et fins et à fond rosé.

Il faut chercher l'existence d'un capuchon mariscal à l'extérieur, des pseudo polypes ou papilles hypertrophiques, des trajets fistuleux sous fissuraires dans les formes plus évoluées.



Fig.6 : Fissure anale jeune service de Médecine B-HIS. [43,44]

➤ Palpation :

Apprécie l'induration, la dureté Elle vérifie l'absence de ganglion inguinal, élimine les autres causes de douleurs anales.

➤ Le toucher rectal :

Dans la plupart du temps, il nécessite la réalisation de l'anesthésie à cause de la contracture sphinctérienne réflexe [32].

Examen général doit être systématique.

d) **Signes para cliniques :**

- **L'anuscopie** : de réalisation difficile sous anesthésie locale, le plus souvent réalisée avec un modèle pédiatrique, vérifie l'intégrité de la ligne pectinée et élimine une pathologie rectale concomitante (rectite associée).

- **La rectoscopie** : confirme la normalité du rectum sus-jacent.

- **La coloscopie** : à la recherche de cancer colo rectal ou d'une autre pathologie recto-colique pouvant être ou non en rapport avec la fissure.

**- Biologie :**

- NFS : anémie, hyperleucocytose
- Marqueurs de l'inflammation : CRP, VS, Fibrinogène.

**2.4.4. Evolution**

La fissure anale aiguë, en l'absence du traitement évolue vers la chronicité et les complications. Si traitée l'évolution est favorable mais les récurrences sont fréquentes.

**2.5. Formes cliniques :**

**2.5.1. Formes selon le terrain :**

- **Une fissure chez l'enfant :**

Elle est fréquente, et se localise souvent au niveau de la ligne médiane antérieure, 63% des cas sont des filles entre 1-3 ans.

La douleur est vive mais sans caractère en 3 temps comme chez l'adulte, elle se traduit par des cris, pleurs, parfois elle est atroce se manifestant par des tremblements et une tendance lipothymique.

Elle se caractérise par une contracture modérée voire absente, la constipation responsable d'une selle volumineuse et dure, pourrait rendre l'exonération traumatique, et provoquer un saignement de la FA sous forme du sang rouge vif ou seulement des petites stries du sang. La guérison est obtenue grâce au traitement médical et surtout avec celui de la constipation [37,38].



Fig.5 : fissure anale chez l'enfant [37,38]

- **Fissure anale chez le vieillard :**

Elle est rare, elle est souvent sous forme d'une ulcération avec un tonus anal normal sans contracture.

L'absence d'une hypertonie manifeste impose la réalisation d'une manométrie anorectale avant tout sacrifice sphinctérien pouvant démasquer une incontinence anale compensée.

Son diagnostic nécessite l'élimination primaire d'un carcinome épidermoïde dans sa forme fissuraire [33,40].

- **Fissure anale de la grossesse et du post-partum :**

Elle est antérieure dans 3/4 des cas. Sa prévalence pendant la grossesse est de 1,2% versus 15,2% en post partum [34]. Le facteur de risque principal est la constipation et surtout la dyschésie. Son traitement repose sur les MHD, les laxatifs, les antalgiques (avec respect des contres indications) et les topiques cicatrisants. Le passage à la chirurgie doit être exceptionnel au cours de la grossesse (au moins au 6ème mois en cas de fissure hyperalgique résistant au traitement médical [33,35].

En post partum, en plus de la constipation, elle est due au traumatisme de l'accouchement ; elle est souvent antérieure et sans hypertonie sphinctérienne. Elle a une bonne évolution sous traitement médical [36,39].

- **La fissure anale de l'homosexuel :**

Les traumatismes anaux répétés provoquent une perte de la tonicité du sphincter anal. Le traitement est souvent chirurgical du fait de la douleur atroce chez ces patients. L'intervention s'attachera à ne pas réaliser beaucoup de sacrifice sphinctérien afin de préserver la continence, compte tenu du retard de la cicatrisation et des diarrhées habituelles sur un tel terrain [41,42].

### 2.5.2. Formes topographiques :

- **Les fissures de la commissure antérieure de l'anus :**

Elle se produit dans 10 % des cas, plus communément chez les jeunes, et chez le sexe féminin, souvent non associée à l'hypertonie sphinctérienne.

La physiopathologie de la fissure antérieure peut être différente de celle postérieure chronique. Ces patients étaient significativement plus susceptibles d'avoir une déchirure du sphincter externe occulte et avec facultés affaiblies de la fonction du sphincter externe par rapport aux patients souffrant des fissures postérieures.

Chez ces patients, la manométrie montre que la pression maximale de compression est significativement plus faible par rapport aux patients qui ont une fissure postérieure. Ces résultats pourraient avoir des implications importantes pour la gestion et le traitement des fissures antérieures [43].

- **Les fissures bipolaires (antérieure et postérieure) sont rares.**



Fig.7 : Fissures bipolaires au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

- **Fissure Anale latérale**

Elle est plus rare que la fissure antérieure, et constitue moins de 1% de l'ensemble des FA. Elle est plus fréquente chez la femme, et peut être unique ou multiples (fig8).

Son diagnostic est difficile nécessitant souvent l'élimination des autres diagnostics différentiels, comme les maladies inflammatoires de l'intestin, les antécédents d'une maladie néoplasique ou d'une chirurgie anale, et les affections dermatologiques [43,44].



Fig.8 : Fissure latérale au service de Médecine B-HIS [43,44]

### 2.5.3 Formes associées :

- **Association fissure anale- maladie hémorroïdaire :**

La fissure anale peut exister sans la maladie hémorroïdaire.

### 2.5.4. Formes compliquées :

- **Fissure anale chronique :**

Elle est définie soit par sa durée d'évolution prolongée supérieure à 8 semaines, soit par ses caractéristiques morphologiques différentes de la fissure aiguë.

L'aspect de la FA se modifie : ses bords s'épaississent, notamment en arrière ; son fond creusant devient blanchâtre, mettant à nu les fibres transversales du SI.

Elle s'accompagne parfois d'un capuchon mariscal à l'extérieur et/ou d'une papille hypertrophique ou pseudo-polype au niveau du canal anal (fig9).



Fig.9 : FAC avec marisque sentinelle au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

Les douleurs et la contracture sphinctérienne sont souvent moins intenses, laissant place à une discrète hypertonie.

L'évolution spontanée ne se fait pas vers la guérison, ainsi, le traitement médical classique est souvent peu efficace [45].

#### **Fissure surinfectée :**

L'infection locale peut être spontanée ou secondaire à une injection sous fissuraire (quinine –urée à 5%). C'est une fissure évoluée, souvent recouverte d'un granulome inflammatoire laissant sourdre une goutte de pus. La présence du suintement associé peut être responsable d'un prurit (fig10) [32,33,45].



Fig.10 : FA infectée au service d'Hépatogastroentérologie du CHU GT.

L'évolution de cette infection se caractérise par la présence d'un abcès sous fissuraire indolore, pouvant se compliquer d'une fistule anale sous fissuraire avec un trajet superficiel et un orifice externe derrière le capuchon mariscal ou avec des prolongements inter-sphinctériens ou sous muqueux (fig. 11) [30,46,47].



Fig.11 : FA infectée et fistulisée (service de Médecine B-HIS) [30, 46, 47]

### **✚ Fissure avec abcès inter sphinctérien ou intra mural :**

Le toucher anorectal perçoit le nodule ou l'induration douloureuse traduisant la suppuration associée. Valeur d'une modification de la douleur fissuraire devenant permanente, pulsative et nocturne dans un climat fébrile

Elle s'accompagne parfois d'un capuchon mariscal à l'extérieur et/ou d'une papille hypertrophique ou pseudo-polype au niveau du canal anal (fig.12).

Les douleurs et la contracture sphinctérienne sont souvent moins intenses, laissant place à une discrète hypertonie



Fig.12 : Fissure avec abcès inter sphinctérien ou intra mural au service de Médecine B-HIS.

## **2.6. Diagnostic : [31]**

### **2.6.1. Diagnostic positif :**

Le diagnostic positif de fissure anale est purement clinique et repose sur le syndrome fissuraire

C'est une douleur à 3 temps :

-déclenchée par la selle.

- avec une accalmie immédiate.

- puis une recrudescence sur quelques heures, Saignement, prurit anal et la constipation reflexe.

L'examen de la marge anale constate la contracture sphinctérienne, et met en évidence la fissure.

## **2-6-2. Diagnostic différentiel :**

### **❖ Devant la douleur anale :**

Les autres causes de douleur sont facilement éliminées à l'examen clinique :

#### **➤ La thrombose hémorroïdaire externe.**

L'examen retrouve une tuméfaction bleutée douloureuse habituellement latérale plutôt que polaire.

#### **➤ L'abcès marginal :**

Est responsable d'une douleur pulsatile, permanente avec une tuméfaction douloureuse et fébrile de la marge anale.

#### **➤ Proctalgie fugace :**

Elle survient plutôt chez l'adulte jeune avec peut-être une prédominance féminine, et est fréquemment associée à une colopathie fonctionnelle. Le terrain est souvent dystonique, anxieux, perfectionniste, parfois hypocondriaque.

#### **➤ Algies anorectales essentielles ou psychogènes :**

**Clinique :** douleur est continue, chronique évoluant depuis plusieurs mois ou années, obsédante, non insomniante, siège superficiel ou profond, anal, rectal ou périnéal, irradiations (fesses, périnée antérieur, membres inférieurs), type (brûlure, picotement, pesanteur).

L'examen proctologique avec rectoscopie est normal.

### **❖ Syndrome du releveur et coccygodynie :**

Est aussi appelé coccygodynie à forme rectale (à distinguer de la coccygodynie vraie), syndrome du pubo-rectal, proctalgie chronique, ou

myalgie pelvienne. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, avec un pic de fréquence entre 40 et 60 ans.

**Clinique :** la douleur est ressentie comme une sensation de pesanteur rectale, de corps étranger intra rectal, souvent et bizarrement localisée à gauche, irradiant parfois vers le pli interfessier, le périnée antérieur ou les cuisses. Elle a un net caractère postural.

❖ **Devant une ulcération anale :**

- **L'épithélioma épidermoïde** du canal anal dans sa forme fissuraire est de chronologie douloureuse différente, surtout hémorragique, réalisant une ulcération à bords saillants, irréguliers, à base franchement indurée, infiltrant le canal proximal. La biopsie confirme son caractère malin.
- **Une dermite péri anale.** Celle-ci réalise de multiples rhagades pseudo-fissuraires volontiers associées à des lésions d'eczéma lichénifié prurigineuses.
- **Une ulcération mécanique,** par thermomètre par exemple.
- **Un cancer épidermoïde,** très dur, moins douloureux, à bords atones, irréguliers, qui envahit le canal anal, le sphincter et parfois le rectum. L'ulcération est de siège atypique. La rigidité locale est responsable de souillures, par inefficacité du sphincter envahi. Il faut rechercher une adénopathie inguinale. Une ulcération syphilitique (elle n'a pas totalement disparu) ou d'autres causes infectieuses : chlamydia, cytomégalovirus, herpès, tuberculose ou autre mycobactérie.
- **Un SIDA.** Il peut s'accompagner d'une ulcération anale spécifique, mais elle peut être aussi d'origine traumatique, infectieuse ou néoplasique.

- **Une maladie de Crohn.** Le diagnostic doit être évoqué devant l'association à d'autres lésions digestives (iléite, colite, rectite), mais la localisation anale peut être révélatrice.

Il s'agit alors le plus souvent d'une ulcération plus haut située, plus creusant, moins douloureuse, de siège atypique, volontiers multiple et associée à d'autres lésions locales (fistules complexes, pseudo marisques œdémateuses, sténose anale, ulcérations rectales).

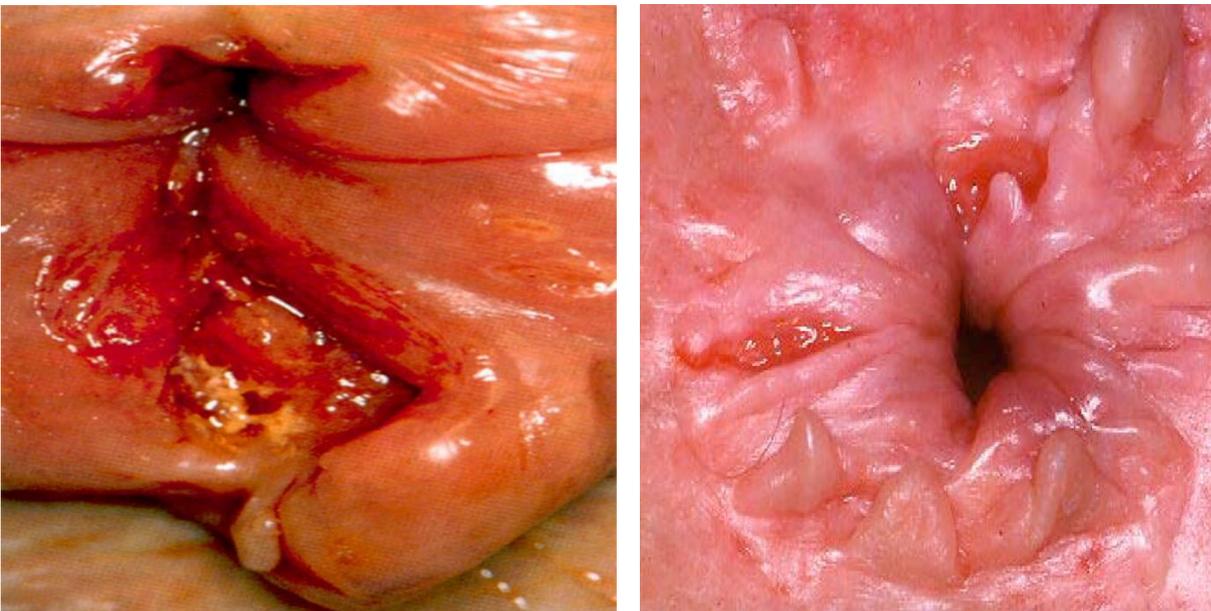


Fig. 13 : Maladie de Crohn : ulcérations plus ou moins larges pouvant être accompagnées de suppurations.

❖ **Devant un saignement anal :**

Même si le saignement est évocateur d'une origine distale, la notion de saignement anal doit conduire à une exploration colorectale : au minimum une sigmoïdoscopie, au mieux une coloscopie.

➤ **Maladie hémorroïdaire interne :**

Typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation.

L'Anuscopie permet de faire le diagnostic.

➤ **Syndrome dysentérique :**

**Clinique :** le syndrome dysentérique typique associe épreintes, ténesme, faux besoins.

•Diagnostic confirmé par la mise en évidence des parasites dans différents prélèvements (selles, glaires, biopsie colique).

•La rectoscopie montre une muqueuse inflammatoire, parfois hémorragique, avec des lésions en « coup d'ongle » plus ou moins confluentes.

➤ **Cancer anal :** rectorragies, suintement, douleurs (parfois syndrome fissuraire), masse (assimilée à une « hémorroïde ») troubles du transit, faux besoins.

L'anuscopie permet de visualiser la lésion et de pratiquer des biopsies profondes multiples, pour établir le diagnostic et le type histologique.

➤ **RCH :**

**Clinique :** douleurs abdominales, diarrhée chronique, rectorragie.

**La coloscopie :** Mise en évidence d'une muqueuse inflammatoire, granitée, rouge, pleurant du sang, avec des ulcérations en carte de géographie.

Lésions au niveau du rectum et qui remontent vers le côlon droit (sans intervalle de muqueuse saine).

➤ **D'autres causes plus rares :**

Lésions radiques, histiocytose X, hémopathie maligne, pemphigoïde bulleuse, maladie de Paget de l'anus.

## **2.7. Traitement :**

### **2.7.1. Buts : [31,44, 49]**

- Supprimer la douleur,
- Cicatriser la lésion,
- Prévenir les récurrences et les complications.

### **2.7.2. Moyens et méthodes :**

#### **✚ Mesures hygiéno-diététiques :**

##### **\*Règles hygiéno-diététiques :**

Boissons abondantes, régime riche en fibres, bains de siège chaud, en évitant toute toilette agressive.

Les légumineuses (haricot, lentille fève).

Son de blé/d'avoine, céréales complètes.

Fruits & légumes les plus riches (pruneaux, artichaut, framboises, chocolat noir).

##### **\*Régularisation du transit par laxatif doux :**

Mucilage, son, paraffine, sorbitol.

##### **\*Assurer une hygiène de la marge anale ;**

#### **✚ Traitement médicamenteux non spécifique : [17,50]**

\*Mucilages = Fibres non absorbables

Effet régulateur (Spagulax® - Transilane®) EI : Ballonnements / Flatulences

- Osmotiques : Pas d'accoutumance – Action rapide (Duphalac®, Movicol® – Transipeg®) Peu d'EI

- Lubrifiants : Huile de paraffine – EI : Suintement pas au long cours

- Stimulants anthracéniques (séné) : Augmente motricité

Donne mélanose colique / Colite aux laxatifs

- Prucalopride : Agoniste 5HTA □ Stimule motricité colique

EI : Céphalées – Nausées – Douleur Abdo

-Antalgiques de classe 1 et 2, AINS (ES : risque d'aggraver crise ulcéreuse).

-Protecteurs muqueux, veinotoniques, spasmolytiques.

-Anesthésiques locaux, anti-inflammatoires, anti-œdémateux

#### **Traitement médicamenteux spécifique :**

- (glycéril trinitrate [GT] ou isosorbide dinitrate) : [31,50]

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 %.

- Inhibiteurs calciques (diltiazem ou nifédipine) : [51]

Les deux molécules étudiées sont le diltiazem et la nifédipine en application locale à 2% a deux applications par jour pendant six à huit semaines permettent une cicatrisation dans 65 à 94,5%, effets secondaires sont les céphalées et le prurit anal dans 10% des cas.

La forme topique semble plus efficace et mieux tolérée que la forme per os

### **Traitement instrumental : [52]**

#### **-Toxine botulique**

Injectée dans le SI et/ ou SE.

- C'est une neurotoxine permettant une inhibition de la recapture pré synaptique de l'acétylcholine. En permettant une relaxation sphinctérienne durable, elle agit sur la composante douloureuse et sur la composante vasculaire, favorisant ainsi la cicatrisation de la fissure. Deux formulations existent : le botox et le dysport.

La toxine botulique 10 unités Botox, (0,2 ml de 5 unités par ml) est généralement administrée sous forme des injections dans le sphincter interne (autour de la fissure aux 4 quadrants avec une aiguille de calibre 27).

L'injection de 30 à 50 unités de Botox dans le sphincter anal interne permet un taux de cicatrisation en moyenne de 67,5%.

- Les effets secondaires sont rares et mineurs, à type de thromboses hémorroïdaires externes et d'incontinence anale aux gaz transitoire, et la tolérance systémique correcte 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.

#### **Quinine urée (Kinurée\*)**

Une anesthésie sphinctérienne à la Xylocaïne\* 2 % ; puis injection au niveau sous-fissuraire d'une solution sclérosante de quinine urée (Kinurée\*). La principale complication est une infection au point d'injection avec formation d'un abcès sous cutané. Pratiquement abandonnée en France

### **Traitement chirurgical : [17,53,54]**

L'ablation de la fissure anale (dite fissurectomie) : permet d'enlever également les petits éléments associés à la fissure (pseudo marisque, papille hypertrophique). L'inconvénient est, qu'en quelque sorte, cette méthode remplace une petite plaie par une grande.

Certains chirurgiens effectuent un recouvrement partiel de la plaie par de la peau ou une petite partie de revêtement du rectum (anoplastie).

La démarche de traitement s'inscrit dans la volonté de remplacer la peau malade par une autre zone proche en meilleur état et mieux irriguée.

Les délais de cicatrisation sont assez longs (six à huit semaines).

Une section partielle du sphincter interne (dite sphinctérotomie ou léiomyotomie latérale) est réalisée sous anesthésie générale ou locale lorsqu'on veut lever le spasme des muscles de la continence.

Cette technique est effectuée à distance de la fissure qui est laissée en place et cicatrise seule.

L'amélioration des phénomènes douloureux survient assez vite (une semaine).

Une incontinence persiste de façon définitive chez environ 8% des malades, la majorité des incontinenances observées concernent les gaz et les suintements la dilatation de l'anus (dite dilatation anale) : consiste 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 (incontinence).

### **2.7.3. Indications :** [17,55, 56, 57]

- Fissure anale aiguë (FA)

-Traitement médical non spécifique :

Le plus souvent envisagé en première intention, il consiste à régulariser le transit par une alimentation riche en fibres et par l'administration de laxatifs, et à soulager la douleur, par la prise d'antalgiques et les anti-inflammatoires, de bains de siège chauds et les topiques locaux en suppositoires ou en crèmes permettant la cicatrisation de la fissure anale.

➤ Fissures anales jeunes, très douloureuses, avec hypertonie

- Traitement instrumental si cette sclérose ne guérit pas la maladie, elle peut permettre une résolution prolongée des symptômes.

➤ Fissure anale chronique :

- Traitement médical spécifique + traitement médical non spécifique : (glycéryl trinitrate [GT] ou isosorbide dinitrate) Inhibiteurs calciques (diltiazem ou nifédipine) Utilisés par applications locales ou par voie systémique. Antalgique + laxatif.

- Traitement instrumentale : La toxine botulique ou la quinine-urée (Kuniréa).

- Indications de la chirurgie dans le traitement de la FA (Fig.14 et 15).

· FA aiguë récidivante à l'arrêt du traitement médical.

· FA chronique résistant au traitement médical.

· FA infectée.

· FA associée à une pathologie proctologique nécessitant des biopsies, dont elle permet l'étude histologique.

La sphinctérotomie latérale interne est parfaitement indiquée en cas de : fissure anale jeune chez un homme, résistant au traitement médical ou récidivante, non infectée, non accompagnée de pseudo polype et de pseudo marisque, lorsque le diagnostic est certain.

Situation à risque de l'IA APRES SLI :

ATCD chirurgicaux proctologiques : fistulotomie, leiomyotomie

ATCD obstétricaux traumatiques chez la femme +++

Enfant ou Vieillard

Canal anal court

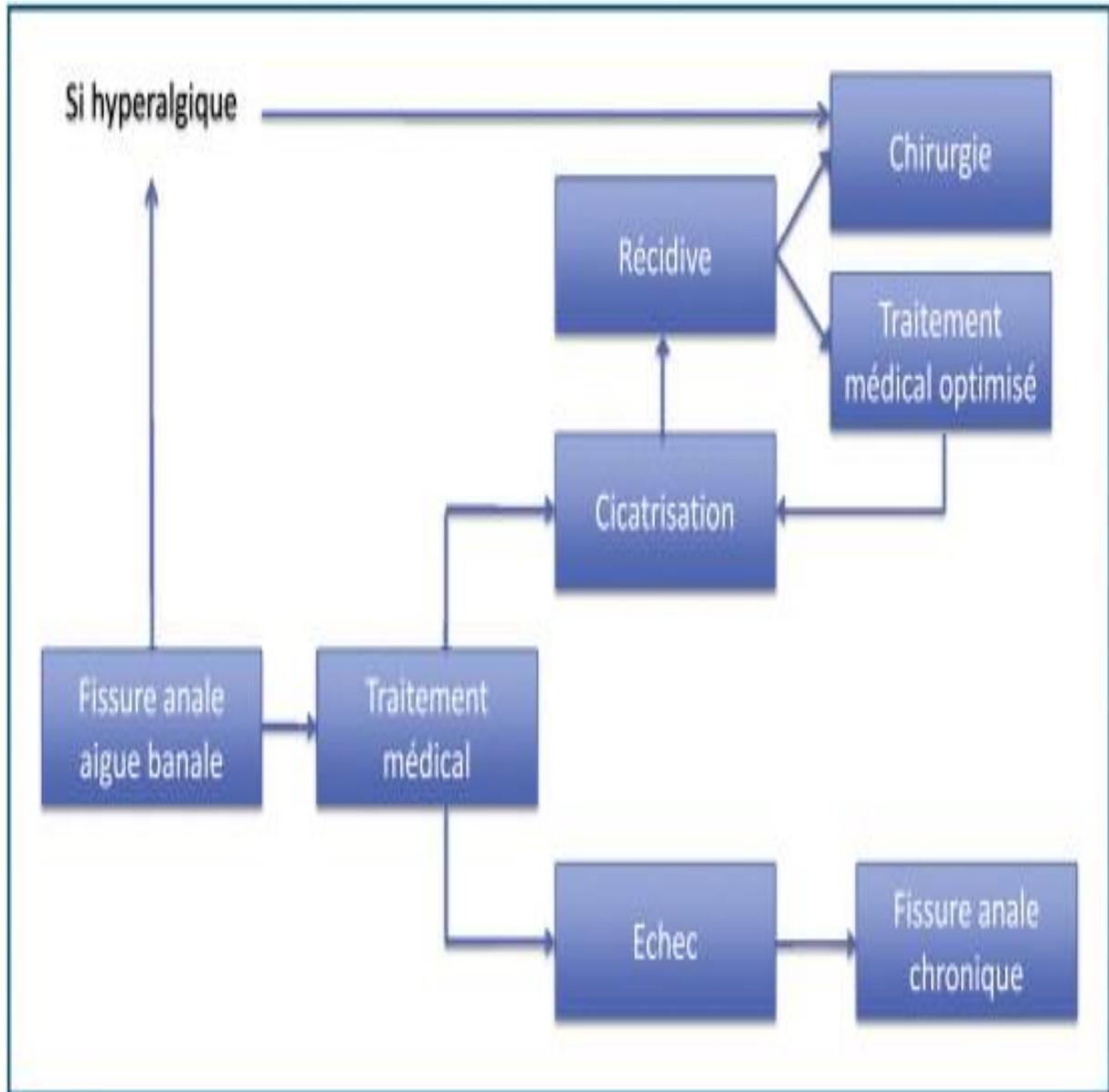
Diarrhée chronique : SII, crohn, VIH, etc.

Diabète insulino-dépendant

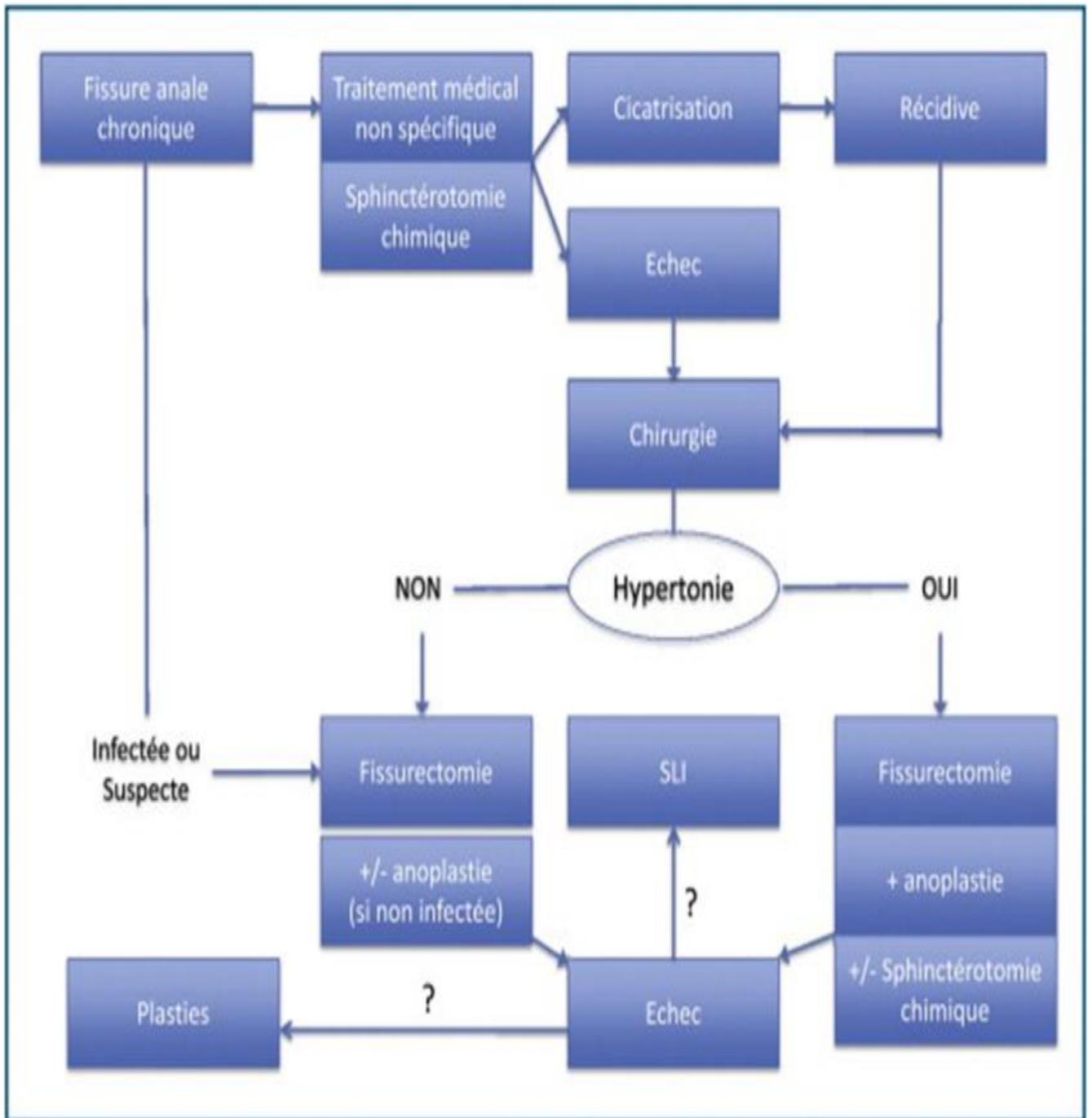
-La fissurectomie avec sphinctérotomie dans le lit de la fissure est :

Indiquée lorsque le diagnostic est douteux (histologie),

La fissure est vieillie ou infectée (elle est alors associée à un éventuel drainage) ou lorsqu'il existe de volumineuses formations para fissuraires.



**Fig. 14 :** Prise en charge de la fissure anale aiguë.



**Fig.15** : Prise en charge de la fissure anale chronique.

# METHODOLOGIE

### **3- Méthodologie :**

#### **3.1- Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel TOURE.

#### **3.2- Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive avec enquête prospective allant de novembre 2021 à décembre 2022.

#### **3.3- Population :**

Tous les patients vus en consultation proctologique durant la période d'étude.

- **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus tous les patients vus en consultation proctologique dans le service d'hépatogastro-entérologie pour une fissure anale.

Le consentement éclairé des patients a été obtenu pour leur inclusion dans notre étude.

- **Critères de non inclusion :**

- ✓ N'ont pas été inclus les patients vus en consultation sans fissure anale.
- ✓ Refus de participer à l'étude

#### **3.4- Examen clinique du malade :**

➤ **Interrogatoire :** à la recherche des signes fonctionnels, des antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.

➤ **Examen physique :**

- L'examen proctologique :
  - Inspection : à la recherche des lésions associées,
  - Toucher ano-rectal : pour apprécier la tonicité du sphincter anal, rechercher une masse intra canalaire...,
  - Anuscopie : à la recherche des lésions intra anales.
- Examen général

#### **3.5 Examens para cliniques :** ont été demandés au besoin :

- La rectoscopie,
- Biologie : Groupage rhésus, Glycémie...

### **3.6. Méthodes thérapeutiques :**

**3.6.1 But du traitement :** abolir la contracture sphinctérienne, supprimer la douleur, cicatriser la lésion.

### **3.6.2 Méthodes médicales :**

- Mesures hygiéno-diététiques ;
- Moyens médicamenteux (laxatif doux, antalgique, antiseptique, antibiotique, cicatrisant...)

### **3.6.3 Méthodes chirurgicales :**

- La fissurectomie

### **3.6.5. Contrôle du traitement :**

Le contrôle se fait de façon hebdomadaire par un examen proctologique soigneux au cours du traitement.

### **3.7. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été enregistrées sur une fiche d'enquête et analysées sur le logiciel Epi info version 7.2.

### **3.8 Considérations d'éthiques**

- Respect de l'éthique et de la déontologie
- Les données ont été recueillies de manière anonyme

# RESULTATS

## **4. RESULTATS :**

Pendant 14 mois, nous avons recensé 84 patients au total sur 546 consultations proctologiques soit une fréquence de 15,38 %. 73 patients ont bénéficié d'examen ano-rectoscopique.

### **4.1 Données socio démographiques :**

#### **4.1.1. Age des patients.**

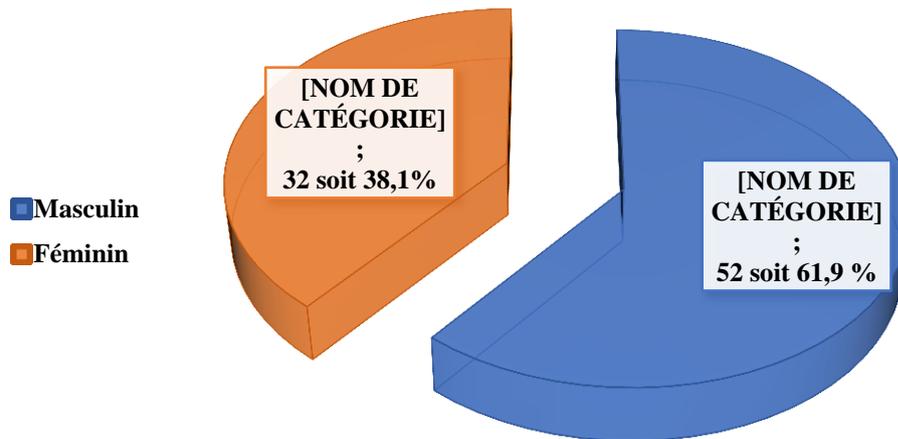
**Tableau I:** Répartition des patients selon la tranche d'âge.

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
15 – 25	21	25
<b>25 – 35</b>	<b>24</b>	<b>29</b>
35 – 45	20	24
45 – 55	06	7,2
55 – 65	06	7,2
65 – 75	03	3,8
75 – 85	03	3,8
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

La moyenne d'âge était de  $35,4 \pm 14,3$  ans avec des extrêmes de 17 et 84 ans.

#### 4.1.2. Sexe.

Répartition des patients selon le sexe



**Figure 15:** Répartition des patients selon le sexe.

Les hommes étaient les plus représentés avec un sex-ratio de 1,62

#### 4.2. Les antécédents des patients.

**Tableau II :** Répartition des patients selon les antécédents.

Antécédents	Effectif N = 84	(%)
Constipation	75	95,2
Fissure anale	20	23,8
Manœuvre obstétricaux	05	5,9
Aucun	03	3,5

Les antécédents étaient dominés par la constipation avec 95,2% des cas.

### **4.3 Signes fonctionnels.**

**Tableau III** : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Effectif N = 84</b>	<b>(%)</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>82</b>	<b>97,6</b>
Constipation	62	73,8
Rectorragie	28	33,3
Prurit anal	24	28,5
Suintement	08	09,5
Diarrhée	02	02,3
Sensation du corps étranger anal	01	01,2

Les signes fonctionnels étaient la douleur anale suivie de la constipation, la rectorragie et le prurit anale respectivement 97,6 %, 73,8 %, 33,3 %, et 28,5 %.

### **4.4 Douleur à la défécation.**

**Tableau IV** : Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur

<b>Douleur à la Défécation</b>	<b>Effectif N= 82</b>	<b>(%)</b>
<b>Douleur à trois temps</b>	<b>55</b>	<b>67,1</b>
Douleur pendant les selles	14	17,1
Douleur après les selles	13	15,8

La douleur était à trois temps dans plus de la moitié des cas avec 67,1 %.

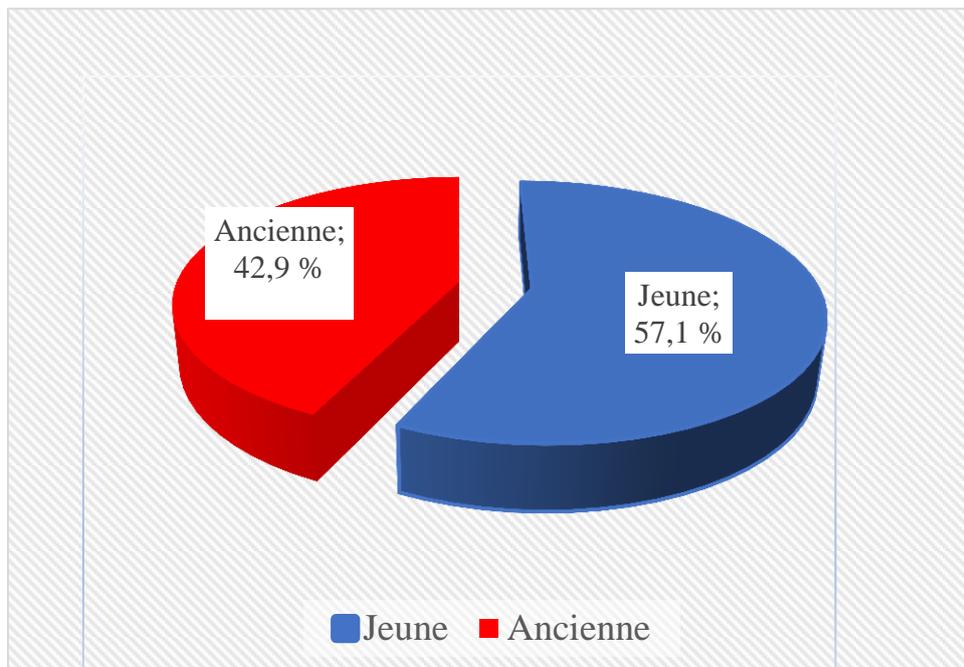
#### **4.5. Nombre de fissure anale.**

**Tableau V** : Répartition des patients selon le nombre de fissure anale.

<b>Nombre de fissure anale</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Unique</b>	<b>77</b>	<b>91,7</b>
Double	06	7,2
Supérieur à deux	01	1,1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

La fissure anale était unique chez 91,7 % de nos malades.

#### **Nature de la fissure anale.**



**Figure 16** : Répartition des patients selon la nature de la fissure anale.

La fissure anale était jeune dans 57,1% des cas et ancienne dans 42,9% des cas.

#### **4.6. Le siège de la fissure.**

**Tableau VI** : Répartition des patients selon le siège de la fissure.

<b>Siege de la fissure</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Commissurale postérieure</b>	<b>62</b>	<b>73,8</b>
Commissurale antérieure	15	17,9
Bipolaire	04	4,8
Para-commissurale	03	3,5
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Le siège de la fissure était la commissure postérieure dans 73,8 % des cas.

#### **4.7. L'écoulement anal.**

**Tableau VII** : Répartition des patients selon l'écoulement anal.

<b>Écoulement anal</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Absent</b>	<b>46</b>	<b>54,7</b>
Sanguinolent	28	33,4
Purulent	10	11,9
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

L'écoulement anal était absent chez 54,7 % de nos patients

#### **4.8. Complications.**

**Tableau VIII** : Répartition des malades selon les complications.

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Infections</b>	<b>10</b>	<b>11,9</b>
Anémie	01	1,2
Absence des complications	73	86,9
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Les fissures infectées ont représenté 11,9 % des cas

#### **4.10. Lésions associées.**

**Tableau IX** : Répartition des patients selon les lésions associées.

<b>Lésions associées</b>	<b>Effectif N=84</b>	<b>%</b>
<b>Hémorroïdes</b>	<b>44</b>	<b>52,3</b>
Abcès anal	10	11,9
Fistule	01	01,2

Les lésions associées étaient dominées par les hémorroïdaires dans 52,38% des cas

#### **4.11. Moyens et méthodes du traitement.**

**Tableau X** : Répartition des patients selon les moyens et méthodes du traitement.

<b>Traitement</b>	<b>Effectif N=84</b>	<b>(%)</b>
<b>Médicamenteux</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
Instrumental	22	77,2
Chirurgical	01	01,2

Tous les patients ont bénéficié du traitement médicamenteux, cependant 26,2 % des patients ont bénéficié d'un traitement instrumental et chez un malade nous avons eu recours à la chirurgie.

#### **4.12. Durée du traitement :**

**Tableau XI** : Répartition des patients selon la durée du traitement.

<b>Durée du traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>(%)</b>
<b>Inferieure à quatre semaines</b>	<b>64</b>	<b>76,2</b>
Quatre à huit semaines	17	20,3
Supérieure à huit semaines	03	3,5
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

La durée moyenne du traitement était de trois semaines  $\pm$  10,10 jours avec des extrêmes d'une semaine + 3 jours et quatre semaines + 4 jours.

#### **4.13. Taux de cicatrisation.**

**Tableau XII** : Répartition des patients selon le taux de cicatrisation.

<b>Traitement</b>	<b>Le taux de Cicatrisation</b>	<b>Effectif N=84</b>	<b>(%)</b>
Médicamenteux	<b>Cicatrisation</b>	<b>76</b>	<b>90,4</b>
	Persistante	08	09,6
Instrumental	Cicatrisation	17	77,2
	Persistante	05	22,8
Chirurgical	Cicatrisation	01	100

Le taux de cicatrisation était 90,4 % avec le traitement médicamenteux, 20,2 % avec le traitement instrumental et de 100 % avec la chirurgie.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## 5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude descriptive avec enquête prospective réalisée au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré+4.

Dans notre étude, nous avons colligé 84 fissures anales sur 546 consultations proctologiques soit une fréquence de 15,38 %.

Martel [3] ont rapporté une fréquence de 15 % qui était comparable à notre résultat.

### La tranche d'âge

La moyenne d'âge des patients était de  $35,44 \pm 14,37$  ans avec des extrêmes de 17 et 84 ans. Katile [2] a rapporté dans son étude un âge moyen de 36,51 ans avec des extrêmes de 16 et 76 ans, Ce jeune âge a été également retrouvé par Dia [9] à Dakar au Sénégal soit 32 ans. Ce résultat est presque similaire au notre.

Conformément aux données de la littérature, la fissure anale survient dans tous les groupes d'âge et est particulièrement observable chez l'adulte jeune [6,11].

On note dans notre série que les individus les plus représentés, étaient ceux dont l'âge était compris entre 25 et 35 ans, ils ont représenté 29 % de la population étudiée. Ce résultat est différent de façon significative celui obtenu par Dembélé [70] où la tranche d'âge comprise entre 31-43 ans est plus représentée (47,6 %).

### Sexe

Les hommes étaient les plus représentés dans notre série avec un sex-ratio de 1,62. Mballa [62] avait trouvé un résultat presque similaire au notre qui était de 1,68. Yassibanda S [63] ont observé cette même prédominance du sexe masculin avec un sex ratio de 2,4.

Rien en particulier ne semble expliquer cette prédominance en faveur du sexe masculin, elle a la même incidence dans les deux sexes du moins c'est ce que révèle l'Hôpital Paris Saint-Joseph [64]. Dans la série Ellen [65] cette prédominance masculine avec un sex ratio de 3,2 serait peut-être liée à la pudeur chez les femmes.

Cette prédominance masculine a été rapportée par Mballa, Yassibanda et Ellen.

## **SIGNES FONCTIONNELS**

Le signe fonctionnel le plus fréquent était la douleur anale avec 97,6 % des cas. Ce constat a été également fait par Katile [2] qui l'a retrouvée dans 59 % des cas, DIA [9] 78,4 % et dans une étude européenne Gupta [66] l'a rapporté dans 100% des cas. Cela est également conforme aux données de la littérature Pigot F [71]. La douleur est le symptôme essentiel à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Une constipation réflexe peut coexister.

### **Rapport douleur à la défécation**

La douleur était à trois temps dans plus de la moitié des cas soit 67,1 % des cas. Notre taux est similaire à ceux trouvés par Siproughis [71] et Ellen [65] respectivement dans 68,2 % et 64 % cas.

### **Antécédents**

Les antécédents étaient dominés par la constipation qui a représenté 95,2% des cas. Ce résultat est similaire à celui rapporté par Dembélé [70] où la constipation a représenté 90,4% cas. Ces résultats prouvent 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 [11,71].

### **Nombre et nature de la fissure anale**

La fissure anale était unique chez 91,7 % de nos malades, jeune dans 57,2 % des cas, contrairement chez Dia [9] où la fissure chronique a prédominé avec 56,5 %. Cette différence pourrait s'expliquer par la consultation précoce des patients dans notre série.

La fissure anale est une pathologie qui tend vers la chronicité chez 42,8 % des patients, et pourrait s'expliquer par le fait que la douleur et l'hypertonie sphinctérienne contribueraient au ralentissement de la cicatrisation Thierry H et al [69].

### **Siège de la fissure anale**

Le siège de la fissure était la commissure postérieure dans 73,8 % des cas, et 17,9 % pour la commissure antérieure. Ce résultat rejoint la série de Katile [2] qui a retrouvé 85,1 % cas et Siproudhis [71] qui a retrouvé 90% des cas. Des études ont montré que la répartition du débit sanguin sur la marge anale était inhomogène et qu'il existait une zone d'hypo vascularisation au niveau de la commissure postérieure, là où siègent 90 % des fissures [28].

### **L'écoulement anal.**

Nous avons constaté que chez plus de la moitié des malades soit 54,7 %, il n'y avait pas d'écoulement anal. Cependant nous avons noté 33,4 % d'écoulement sanguinolent, comparativement à Dembélé [70] qui en a retrouvé 71,1 % des cas. La faible représentativité de l'écoulement dans notre série s'explique par le fait que plus de la moitié des fissures était jeune.

### **Lésions associées**

La fissure anale était isolée dans 80,5 % des cas, cependant nous avons noté 52,3 % des cas de maladie hémorroïdaire, 11,9 % des cas d'abcès anal, et 1,2 % de cas de fistule. Dans la série de Yassibanda [63], la maladie hémorroïdaire était la lésion la plus rencontrée avec 58,8 % qui est similaire à notre taux.

### **Traitement**

Tous les patients ont bénéficié du traitement médicamenteux, cependant 26,2 % des patients ont bénéficié d'un traitement instrumental et chez un malade nous avons eu recours à la chirurgie. Le traitement médicamenteux est de première intention, il vise à supprimer la douleur, abolir la contracture sphinctérienne et cicatriser la lésion. Il s'agit de médicaments par voie orale ou locale (bain de siège, laxatifs, antalgiques, antibiotiques etc.). Le traitement instrumental est préconisé en cas de fissure jeune très douloureuse, avec une hypertonie sphinctérienne.

Le traitement chirurgical est préconisé en cas de fissure anale aiguë récidivante à l'arrêt du traitement médicamenteux, de fissure anale chronique résistant au traitement médicamenteux, de fissure anale infectée, de fissure anale associée à une pathologie proctologique nécessitant des biopsies.

**La durée du traitement.**

La durée moyenne du traitement était de trois semaines  $\pm$  10,10 jours avec des extrêmes d'une semaine +3 jours et quatre semaines +4 jours.

Le taux de cicatrisation était de 90,4 % avec le traitement médicamenteux, 20,2 % avec le traitement instrumental et de 100 % avec la chirurgie. Thierry H [69] estiment que l'hypertonie sphinctérienne et la douleur contribueraient au ralentissement de la cicatrisation. Le traitement instrumental fait d'injection sous fissuraire a permis d'obtenir un taux de cicatrisation de 77,2 % des cas.

Chez 1,2 % des patients, le traitement chirurgical a été pratiqué, ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que le traitement médicamenteux a été indiqué en première intention..

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION**

La fissure anale constitue une pathologie assez fréquente avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Toure.

Le siège le plus fréquent de la fissure anale est la commissure postérieure.

L'association de la fissure anale avec la maladie hémorroïdaire a été la plus fréquente.

Son diagnostic est purement clinique.

Le traitement médicamenteux utilisé en première intention s'est avéré efficace avec un taux de cicatrisation de 90,2 %.

## **RECOMMANDATIONS :**

### **➤ AUX AUTORITES SANITAIRES :**

Elaborer un programme d'information, d'éducation et de communication en vue d'une consultation précoce du personnel médical devant toute plainte de la sphère anale.

### **➤ AUX AGENTS DE SANTE DU PREMIER NIVEAU :**

Examiner la sphère anale de façon systématique en cas de signes d'appel et référer aux structures spécialisées les malades en cas de diagnostic de fissure anale.

### **➤ AUX ADMINISTRATEURS SANITAIRES :**

Mettre en place une politique de formation des médecins spécialistes en proctologie.

### **➤ A LA POPULATION :**

Consulter précocement devant toute manifestation anale.

## REFERENCES

- 1- Godeberge P, Coulom P. La fissure anale. EMC traitée de gastroentérologie.2015 ;9(4) : 167-70.
- 2- Katile D, Dicko MY, Soumare G, Malle O, Sangare D, Sanogo SD, et al. Aspects Cliniques et Endoscopiques des Fissures Anales dans deux Sites D'endoscopie Digestive de Kayes (Mali). Health Sci Dis.2019 ;20(5) : 82-4.
- 3- Martel E, Bernard D, Tasse D, Wassef R. Chirurgie anale ambulatoire. Etude de faisabilité. Ann Chir.1996 ; 38(4) : 589- 92.
- 4- Martin JD, Corby H, Medich DS, Sinnous SG, O'Connor JJ, Pradel E, 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- 54.
- 6- Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, et al. Primary anal fissure; we approche global World gastroenterology organisation global guiclelisis June 2009
- 7- Denke DL. Prise en charge chirurgicale des affections anorectales non malformatives au CHU Tokkoin de Lomé à propos de 168 cas (1993 à 2003). J Afr. Chir Dig.2003; 3(2): 84.
- 8- Tade AO, Salami BA, Musa AA, Adeniji AO. (2004). Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu.Niger Postgrad Med J.2004; 11(3): 218-20.
- 9- Dia D, Diouf ML, Mbengue M, Bassène ML, Diallo S, Fall S, et al. La pathologie anale à Dakar. Med. Afr Noire. 2010,57(5) :241-44.
- 10- Diarra BM. Fissure anale primitive en chirurgie B Hôpital du PT G Bamako 132 cas [Thèse]. Med : Bamako FMOS USTTB ;1997.98M67.

- 11- Laurent S, Marianne E, Stephan A. Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. Rev Prat. 2008 ; 51 :21-5
- 12- Kamina P. Dictionnaire d'atlas d'Anatomie-Nantilus. Paris : Maloine S.A, A-F ; 1983.p.643
- 13- Zeitoun JD, Chryssostalis A. Lefevre Hépatogastro-entérologie chirurgie viscérale. 6<sup>ème</sup>ed. Paris : Vernazobres-Gregg ; 2020. P.25.
- 14- Denis J, Ganansia R, Montbrun-Puy T. Proctologie pratique. 4e éd. Paris : Masson ; 1999 : 13-15
- 15- Kamina P. Dictionnaire d'Anatomie d'Atlas Nantilus. Paris : Maloine S.A. G-O ; 1983.p1233.
- 16- Robert D, Churet J, Piquard B. Anatomie du canal anal. Encycl. Med Chir. Techn Chir Tome2. 1976.p.1233.
- 17- Kamina P. Dictionnaire d'Anatomie d'Atlas Nantilus. Paris : Maloine S.A. P-Z ; 1983. p.1843.
- 18- Staubesand F. Mikroskopische und funktionelle Anatomie des corpus cavernosum recti. Phlebologie. 1972 ;1 : 55.
- 19- Hansen H, Stelzner F. Proktologie : Klinikaschenbucher. Berlin : Springer-Verlag ; 1981. p.162.
- 20- Jean LF. La fissure anale. Gastroenterol. 2005 ; 33 :273-78.
- 21- Higuero T. Mise au point sur la prise en charge des fissures anales. J. Chir. Visc. 2015 ;152(2) : 535-42.
- 22- Farrouk R, Duthie GS, Mac Gregor AB, Bartolo DC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. Dis colon rectum. 1994; 37(5): 424-29.
- 23- Kumar D, Waldron D, Wingate DL, Williams NS. Does psychological and pain stress affect anorectal motility and external sphincter activity in humans. Br j surg. 1989 ; 76 : 636.

- 24- Regadas FSP, Obatista LK, Albuquerque JLA, Capaz FR. Pharmacological study of the internal anal sphincter in patients with chronic anal fissure. Br j surg. 1993; 80: 799-801.
- 25- Arisoy O, Sengul N, Cakir A. Stress and psychopathology and its impact on quality of live in chronic anal fissure (CAT) patients. Nt J Colorectal Dis. 2017 ;32(6) : 921-4.
- 26- Brown AC, Sumfest JM, Rozwadowski JV. Histopathology of the internal anal sphincter in chronic anal fissure. Dis colo rectum. 1989; 32(8): 680-3.
- 27- Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer R. Topography of the inferior rectal artery: A possible cause of chronic, priamry anal fissure. Dis colo rectum.1989; 32(1): 43-52.
- 28- Lund IN, Binch C, McGrath J, Sparrow RA, Scholefield JH. Topographical distribution of blood to the anal canal. Br j surg.1999; 86(4): 496-8.
- 29- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between analpressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. Dis Colon Rectum 1994 ;37(7) :664-9.
- 30- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemicnature of anal fissure. Br J Surg 1996 ;83(1) :63-5.
- 31- Daniel F, Parades V, Siphoudis L, Atienza P. Toxine botulique et fissure anale chronique, Gastroenterol Clinbiol 2006 ;30 :687-95.
- 32- Quichon JP. Fissure anale, physiopathologie, diagnostic et traitement [En ligne] [Le 25 / Janvier / 2019] : [www.proctologie.com.fr](http://www.proctologie.com.fr)
- 33- Soullard J, Contou JF. Colo-proctologie. Paris : Masson ; 1983 : 17-110.
- 34- Denis J, Allaert FA, Nuris E. Enquête 4 P : prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro-entérologue. La lettre de l'Hépatogastro-entérologue. 2002 ; 5 (5) : 260-2.
- 35- Goderberge P, Coulom P. Fissure anale : du diagnostic au traitement. POST'U (2015).

- 36- Vilotte J. La fissure anale : conduite à tenir. [Enligne] [1996] : [https://bibliotheque.auf.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=336](https://bibliotheque.auf.org/doc_num.php?explnum_id=336).
- 37- Frexinos J, Buscail L, Staumont G. Fissure anale: Hépatogastroentérologie, Proctologie. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2003 :403-4.
- 38- Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. Dis Colon Rectum.1997; 40(2) :229-33.
- 39- Higuero T. Fissure anale. Conseil d'Administration de la SNFCP.2013. 5 ;1-5.
- 40- Cobry H, Donnely V, O'herly C et al. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. Br J Surg, 1997.84; 86-8.
- 41- Parades V, Daniel F, Atienza P. Fissure anale. Gastroenterol. Clin Biol.2007 ;31 ;985-92.
- 42- Houdu-Verdier SR. Les lésions anales de l'enfant en dehors de tout traumatisme en consultation hospitalière de gastroentérologie pédiatrique intérêt pour le dépistage des lésions traumatique [Thèse]. Med paris : faculté de médecine et de pharmacie d'Angers ;2014.050M.
- 43- Bove A, Balzano A, Perrotti P, Antropoli C, Lombardi G. Different anal pressure profiles in patients with anal fissure. TechColoproctol.2004;8: 151-7.
- 44- Orsay C, Rakinic J, Perry W, Hyman N, Buie D. Standards Practice Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (revised). Dis Colon Rectum. 2004; 47: 2003-7.
- 45- Nzimbala M, Bruyninx L, Pans A, Martin P, Herman F. Chronic anal fissure: common aetiopathogenesis, with special attention to sexual abuse. - Acta Chir Belg. 2009 ;109(6) :720-6.
- 46- Valdez G, Vieyra Antero F, Peña Ruiz Esparza J, Saenz E. Patologías Anorrectales En Pacientes Vih Positivo. Estudio Prospectivo. rev Gastroenterol Mex.1998; 63 (2): 89-92.

- 47- Jenkins J, Urie A, Molloy R. Anterior anal fissures are associated with occult sphincter injury and abnormal sphincter function. *Colorectal Dis.* 2008 ;10(3) :280-5.
- 48- Wehrli H. Etiology, pathogenesis and classification of anal fissure. *Swiss Surg.* 1996;(1) :14-7.
- 49- Naveau S, Ballian A, Perlemuter G, Gerdanik K, Vons C. Abrégés, connaissances et pratiques : Hépatogastro-entérologie. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Elsevier Masson ; 2003. P 684.
- 50- Siproudhis L, Panis Y, Bigard MA. Traité des maladies de l'anus et du rectum : Gastro-entérologie. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2006. P 333.
- 51- Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T. Fissure Anale [en ligne]. [Janvier 2019] <http://www.proktos.com/node/290>.
- 52- Scholefield JH, Bock JU, Marla B. A dose finding study with 0.1 %, 0.2 %, and 0.4 % glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures. *Gut* 2003 ;52(2) :264-9.
- 53- Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick J, Melville D, Phillips RK. Randomised controlled trial shows that glyceryl trinitrate heals anal fissures, higher doses are not more effective, and there is a high recurrence rate. 1999 ;44(5) :727-30.
- 54- Altomare DF, Binda GA, Canuti S, Landolfi V, Trompetto M, Villani RD. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol* 2011 ;15(2) :135-41.
- 55- 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(8) :1110-5.
- 56- Garcea G, Sutton C, Mansoori S. Results following conservative lateral sphincteromy for the treatment of chronic anal fissures. *Colorectal Dis.* 2003; 5(4): 311- 4.

- 57- Americal Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology*. 2003 ;124(1): 233-4.
- 58- Menten BB, Guner MK, Leventoglu . Fine-tuning of the extent of lateral internal sphincterotomy: spasm-controlled vs sup to the fissure apex. *Dis Colon Rectum*. 2008 ;51 :128-33.
- 59- Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 2009 ;24(9): 995-1000.
- 60- Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(11): [CD002199].
- 61- Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non-surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 ;15 :2.
- 62- Mballa E, Ndjitoyap NC, Njoya O, Nsangou MF, Njapom C, Moukouri et al. Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu Camerounais. Etude analytique de 720 examens. *Med Afr Noire*. 1991 ; 38 : 269-70.
- 63- Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelosso P, Bobossi GS, Boua N. Gamego-Police et al. La pathologie anorectale à Bangui, République de Centrafrique (RCA). *Mali Medical*. 2004 ; 19(2) :12- 4.
- 64- Fathallah N, Spindler L, Zeitoun JD, Vincent P. Fissure anale. *Rev Prat*. 2019 ;69 (9) :1005-10.
- 65- Ellen N, Okiémy G, Koutaba E, et al. Traitement chirurgical des fissures anales au CHU de Brazza à propos de 21 cas. *J. Afr. Chir Dig*. 2003 ; 4 : 2292-95.
- 66- 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 Gastroentérol*. 2008; 45(2) :124-7

- 67- Soumaoro LT, Touré A, Diallo AT, Sangaré MP, Fofana H, Conté AS et al. Fistules anales à l'Hôpital National Ignace DEEN de Conakry : Analyse d'une série de 67 cas. Rev. Afr. Chir Spéc. 2010 ; 4(8) :23-31.
- 68- Fellous K. Fissures et fissurations anales. Rev Prat. 2001 ; 51(1) : 32-5.
- 69- Thierry H, Anne-Laure T. Fissures anales. ALN éditions Hegel. 2012 ;2 (2) : 2- 6.
- 70- Dembélé BT, Diakité I, Togo A, Traoré A, Kanté I, Keita CO et al. Fissures anales primaires dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré. J AFR Chir Digest 2012 ; Vol 12 (2) : 1329 - 33.
- 71- Pigot F, Siproudhis L, Albert FA. Risks factors associate dwith hemorroidal symptoms in specialized consultation. Gastroenterol Clin Biol. 2005 ; 9 : 237- 45.

## Annexes

### LA FISSURE ANALE DANS LE SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE AU CHU GABRIEL TOURE



Fissure anale infectée



La fissure anale postérieure



Fissures bipolaires



FAC avec marisque sentinelle

## **FICHE D'ENQUETE**

### **Données Administratives**

**N° de la Fiche :**

Nom ..... / Prénom .....

Age : .....(Ans)    Sexe : .....    Nationalité : .....

Profession .....Résidence : .....

Adresse habituelle : .....

Contact : .....

**Motif de consultation :**

1= Douleur anale ; 2=prurit anal ; 3= Rectorragie

4= Constipation ,5=Suintement

Autre à préciser.....

**Signes fonctionnels :**

1= Douleur anale ; 2= Constipation ; 3= Diarrhée ; 4= Prurit anal

5= 1+ écoulement anal ; 6= 1+ sensation de corps étranger anal

Rapport douleur/ défécation : .....

1= Douleur à trois temps ; 2= Douleur pendant les selles ; 3= Douleur après les selles

Autre à préciser : .....

**Caractère de l'écoulement :**

1= Sanguinolent ; 2= Séreux ; 3= Purulent ; 4= séro-purulent

**Antécédents**

**Antécédents médicaux personnels :**

1=Troubles fonctionnels intestinaux ; 2= Syphilis ; 3= VIH ; 4= Maladie de Crohn

5= Traumatisme anal et /ou obstétrical.

Autre à préciser : .....

Antécédents chirurgicaux de la Fissure anal : .....

**Examen physique**

Inspection marge anale

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

1=Fissure anale..... (Oui ou Non)

Nombres de Fissure anale :

1= Unique 2 = Double 3 = > 2

Autre à préciser : .....

Nature de la Fissure anale :

1= Jeune 2 = Chronique 3 = Infectée

Autres à préciser : .....

Type de la Fissure / siège en position genou-pectorale :

1= Commissurale postérieure 2 = Commissurale antérieure 3 = Para commissurale

4= Bipolaire 5 = Fissures multiples

Autres à préciser.....

Écoulement anal :

1= Absent 2= Sanguinolent 3 = Purulent 4 = Séreux

Autre à préciser : .....

Lésions associées :

1= Marisque 2= Hémorroïde 3= Fistule anale 4= Tumeur d'allure maligne 5=Polype

6= Abcès

Autres à préciser : .....

Toucher rectal :

1= Impossible 2= Dououreux 3= Spasme 4= Indolore

Autres à préciser.....

Examens Complémentaires

Ano rectoscopie effectuée 1= Fait 2= Non fait

Résultats de l'Ano rectoscopie :

1= Fissure jeune 2= Fissure chronique 3= Fissure infectée 4= 1+ hémorroïde

5= 2+ hémorroïde 6= 2+ fistule 7= 3+ hémorroïde 8= 3+ fistule 9= fissure intra canalaire

10= 1+Tumeur d'allure maligne 11= 1+Polype

Autres à préciser.....

Si fait résultat :

NFS : .....

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

Groupage rhésus : .....

Glycémie : .....

V.D.R. : 1= Positif 2= Négatif

Sérologie V.I.H : 1= Positif 2= Négatif

Traitement

1=médical ; 2=instrumental ; 3=chirurgical

Traitement médical associé :

1= Hygiène locale + Antalgique 2= Bain de siège 3= Laxatif 4=Antibiotique

5= 2+ Pommades cicatrisantes

Autre à préciser : .....

Durée de ce traitement : .....

Résultats de ce traitement : 1=Cicatrisation 2 = Fissure persistante

Traitement instrumental

1=injection fissuraire ;

Autres à préciser.....

Traitement chirurgical : 1= Oui 2= Non

Technique utilisée :

1= Fissurectomie simple 2= Fissurectomie + Dilatation anale

5= Fissurectomie + Hémorroïdectomie 6=Fissurectomie+fistulectomie

Résultats de ce traitement : .....

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** ALHOUSSEINI

**Prénoms :** Djibrilla

**Date et lieu de naissance :** Le 13/12/1975 à Téra (Niger)

**Année universitaire :** 2021 - 2022

**Titre du mémoire :** Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

**Ville de la soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**E-mail :** djibrillml@yahoo.fr

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

**Secteur d'intérêt :** Hépatogastro-entérologie

### Résumé

Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des fissures anales au Service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel TOURE

### Méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive avec enquête prospective déroulée de Novembre 2021 à Décembre 2022 incluant les patients vus en consultation proctologique.

### Résultats :

Nous avons colligé 84 patients pour fissure anale dont 52 hommes et 32 femmes avec un âge moyen de  $35,44 \pm 14,37$  ans avec des extrêmes de 17 et 84 ans et un sex-ratio de 1,62.

Sur les 84 patients La fissure anale était jeune dans 57,1% des cas.

Dans la présentation clinique, la douleur anale était le signe clinique le plus rencontré suivie de la constipation, la rectorragie et le prurit anal. Respectivement dans 97,6%, 73,8%, 33,3% et 28,5%.

La localisation à la commissure postérieure était la plus fréquente soit 73,8% des cas.

La fissure anale était unique chez 91,7 % de nos patients.

Les lésions associées étaient constituées principalement par la maladie hémorroïdaire 52,3 %, abcès anal 11,9 % et la fistule 1,2 %.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux soit 100 %, cependant 77,2 % des patients ont bénéficié d'un traitement instrumental et chez un patient, la fissurectomie associée à la Fistulectomie anale a été la règle du traitement chirurgical.

### CONCLUSION

La fissure anale constitue une pathologie assez fréquente avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Toure.

Le siège le plus fréquent de la fissure anale est la commissure postérieure.

L'association de la fissure anale avec la maladie hémorroïdaire a été la plus fréquente.

**Mots-clés :** fissures anales, Hépatogastroentérologie, CHU Gabriel Touré.

Son diagnostic est purement clinique

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des fissures anales au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE

Le traitement médicamenteux utilisé en première intention s'est avéré efficace avec un taux de cicatrisation de 90,2 %.