

Fissure anale hyperalgique : faut-il d'emblé opérer ?

Abramowitz Laurent
Proctologie médico-chirurgicale
CHU Bichat, Paris
Et cabinet libéral

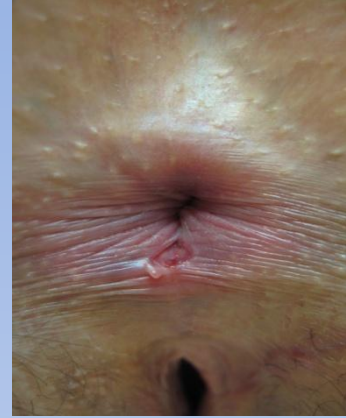


Introduction

- Définition : Perte de substance marge et canal anal
- Fissure, lésion primaire de Crohn
- Fissure révélant une IST
- Cancer fissuraire
- Nous ne parlerons que de la fissure mécanique



Introduction



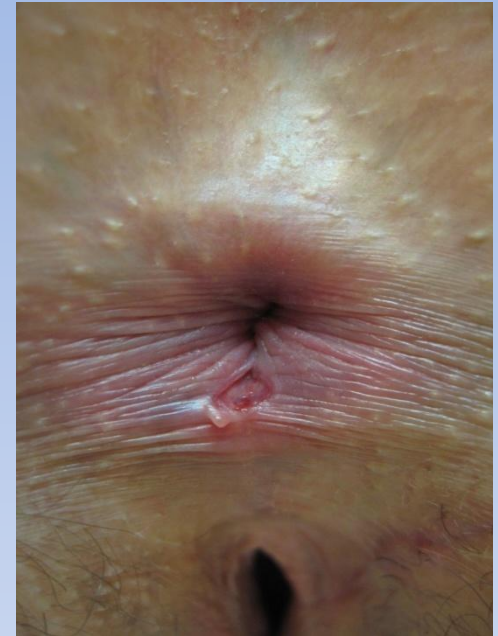
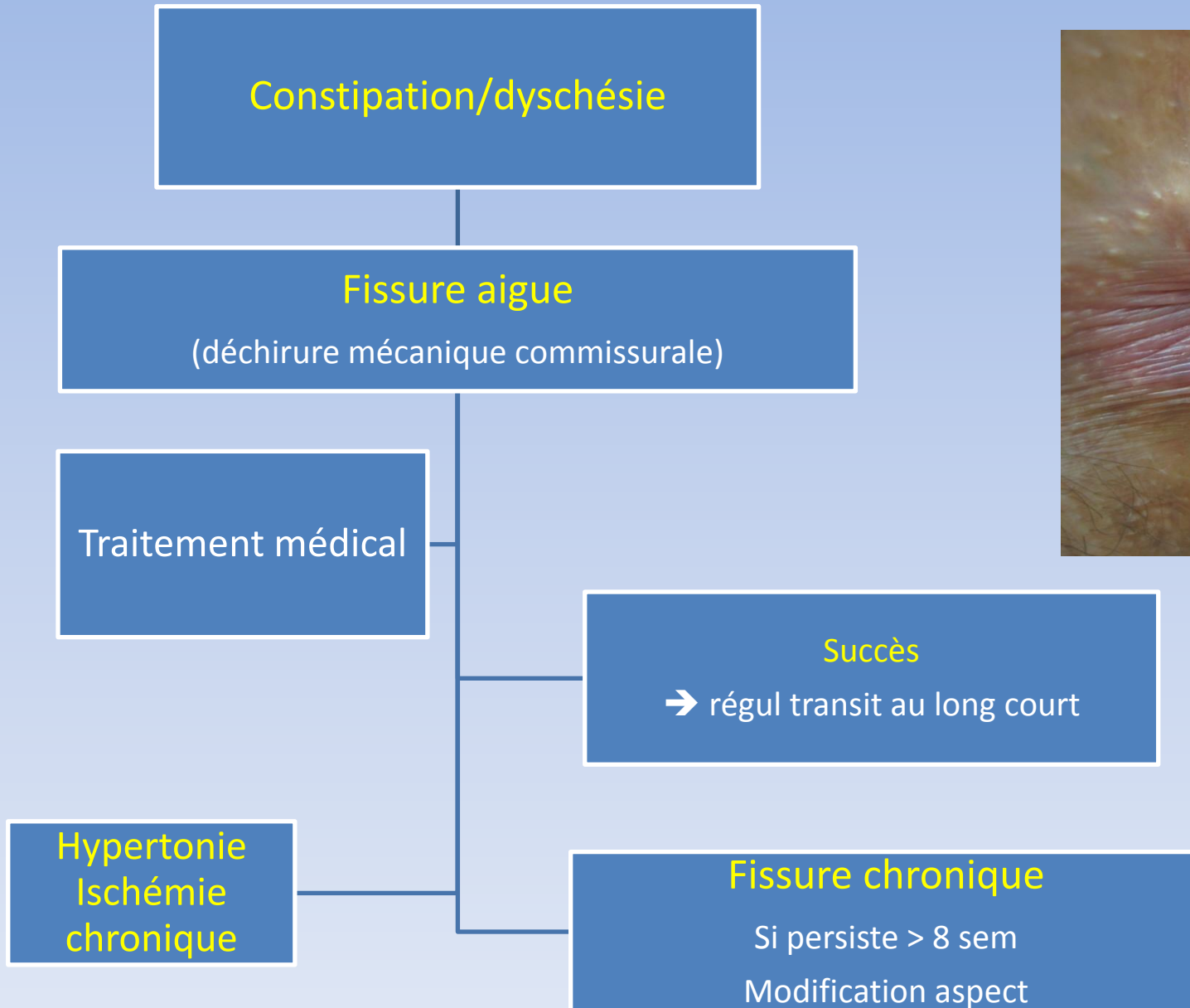
- Epidémiologie : l'une des toutes premières causes de cs en proctologie (1) (proctologie = 20 à 30% du travail des gastroentérologues)
- 15% après un accouchement (2)
- 11% des patients VIH (3)
- La principale cause de douleur en med Générale (4)
- Responsable de douleurs parfois majeures, saignement et altération de la qualité de vie +++

(1) Kaiser AM. (2008 1st edition) McGraw-Hill's Manual of Colorectal Surgery. McGraw-Hill, New York

(2) Abramowitz et al. Dis Colon and Rectum 2002 (3) Abramowitz et al. Dis Colon and Rectum. 2009

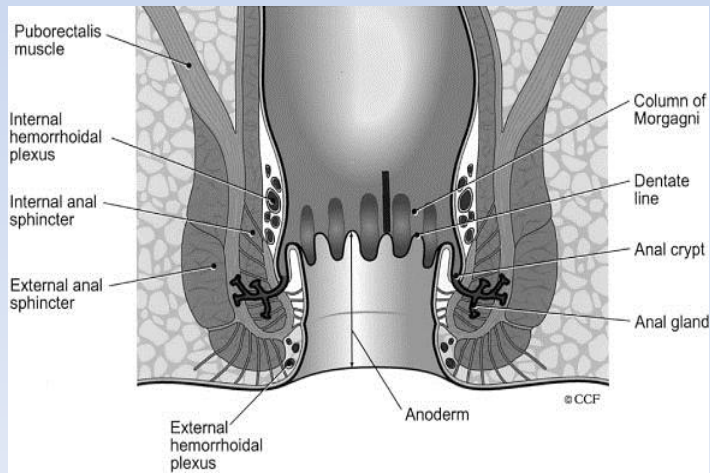
(4) Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouéan C. Eur J Gen Pract. 2014 Apr 4:1-6.

Evolution de la fissure aigue vers la chronicité



Ce qui définit une fissure chronique/aigüe

- Evolution > 8 semaines
- Marisque « sentinelle »
- Berges fibreuses
- Papille d'amont



**Practice Parameters for the Management of Anal
Fissures (3rd Revision) 2010**

W. Brian Perry, M.D. et al. on behalf of the Standards Practice Task Force of the
American Society of Colon and Rectal Surgeons

- **Strong recommendation**
- **Based on moderate-quality evidence 1B**
Almost half of all patients in whom an acute anal fissure has been diagnosed will heal with nonoperative measures, ie, sitz baths, psyllium fiber and bulking agents,
- **with or without the addition of topical anesthetics or anti-inflammatory**

The Cochrane Collaboration 2012

Therapy for anal fissure (Review)

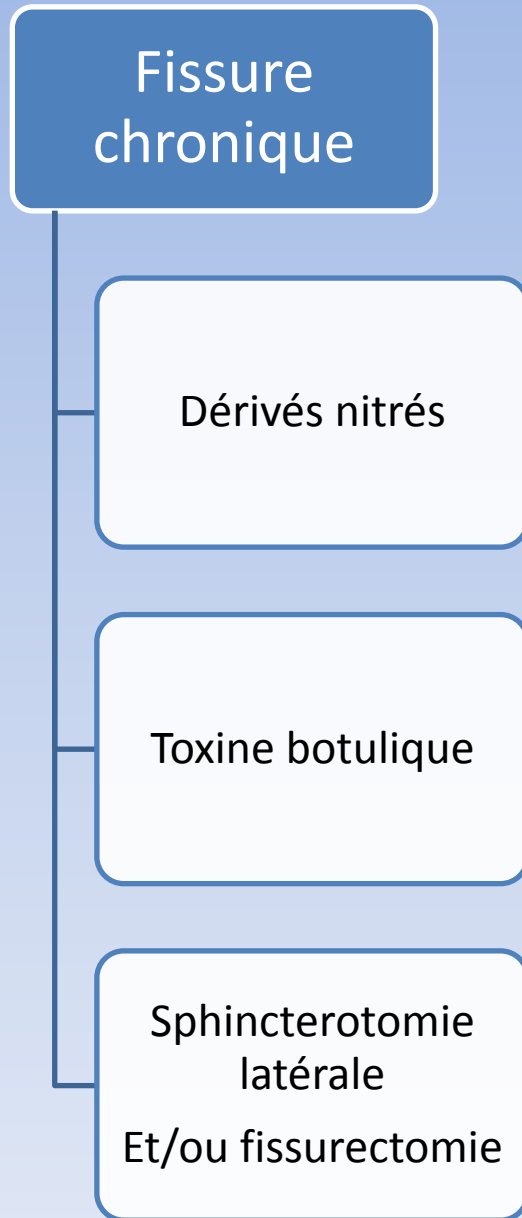
Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A

- 25 études retenues : 5031 patients
- **17 produits évalués** : pommade nitroglycerine (GTN), isosorbide mono & dinitrate, Toxine Botulique (Botox), diltiazem, nifedipine (inhibiteur calcique), hydrocortisone, lignocaine, bran, minoxidil, indoramin, clove oil, L-arginine, sitz baths, sildenafil, “healer cream” et placebo.
- “**GTN** was found to be marginally but significantly **better than placebo** in healing anal fissure (**48.9% vs. 35.5%**, $p < 0.0009$)”
- **Mais récurrences fréquentes → 50%**
- Botox équivalent à GTN en efficacité
- Le traitement chirurgical (sphinctérotomie) reste le traitement le plus efficace
- **Mais aussi le plus potentiellement dangereux (incontinence)**

A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure R. L. Nelson et al
Tech Coloproctol 2017

- Traitement fissure aigue et chronique ne peut être différentié au vu de la littérature disponible
- Sphinctérotomie est le traitement le plus efficace
- Mais le plus à risque d'IA → 14/1000 vs 3/1000
- Seuls traitements médicaux validés (topiques) → calcium bloqueurs > dérivés nitrés ou Botox

Algorithme californien



Kaiser at al. Colorectal Disease
2011 : 1463-1318.2011

En France ?

- Absence de guidelines Français
- 1 seul produit disponible : Rectogésic®
 - Cher et non remboursé (50 à 100 euros)
 - Cependant : alternative possible avant la chir (surtout si hypertonie +++)
- Toxine botulique non disponible dans cette indication et étude neg en France (1)
- Sclérose sous fissuraire : absence de données, repris dans aucune reco internationale...?

(1) Siproudhis Aliment Pharmacol Ther. **2003** Sep 1;18(5):515-24.

Traitement médical de la fissure aigüe et chronique en pratique

- Réguler le transit (éviter passage traumatique des selles) : laxatif le plus souvent, parfois tt diarrhée
- Topiques : suppo, pommade
 - lesquels ???
 - aucune donnée validée
- Au moins 6 à 8 sem et control clinique de la cicatrisation

Oui mais la question était :

- Fissure anale hyperalgique : faut-il d'emblé opérer ?

Indications chirurgicales

- Si Abscès sous fissuraire
- Fissure hyperalgique après échec tt med intensif (exceptionnel)
 - Antalgiques → paracétamol avec codeïne, tramadol
 - AINS (TR pour éliminer abcès)
 - Topiques +/- rectogésic
 - Régulateur transit → laxatifs
- Echec tt med suffisamment long et bien suivi > 2 mois

Evolution

- Après 2 mois :
 - Cicatrisé → regulation transit au long cours
 - Cicatrisation partielle → poursuivre tt med
 - Echec → tt chir ou poursuivre tt med selon désire du patient

- Le plus souvent :
 - Topiques pris irrégulièrement
 - Mais surtout : transit irrégulier avec selles dures par intermittence

Donc



- Toujours examiner les patients :
 - Éliminer autres causes de douleur → abcès intersphinctérien caché, thrombose hémorroïdaire, fécalome...
- Vérifier au **TR** absence d'abcès sous fissuraire ou de fistule
- Si super hyper algique → examen possible après injection de xylocaïne

Donc

- En cas d'échec d'un **traitement bien conduit et suffisamment prolongé** (souvent patient adressé pour chir alors qu'ils sont toujours constipés)
- Discuter Rectogésic surtout si hypertonie
- Discussion traitement chirurgical

Alternatives chirurgicales

- Ne rien faire
- Dilatation anale
- Sphinctérotomie
- Fissurectomie
- Fissurectomie avec anoplastie

Ne rien faire ?

- Risques :

- Evolution fluctuante dans le temps +/- pénible
- Chirurgie rarement urgente
- Infection (abcès) sous fissuraire → chirurgie d'excision obligatoire



Dilatation anale

- Risques majeurs d'incontinence anale
- Par dilacération du sphincter interne
- Contre-indiquée

Sphinctérotomie

GOLD STANDART

- Différents types
 - Dans le lit de la fissure
 - Latérale (en dehors de la fissure)
- Section du sphincter interne responsable de l'hypertonie → relâchement de l'anus → **revascularisation** → cicatrisation dans > 90% des cas
- **Sphinctérotomie latérale = Gold standart** dans reco anglosaxonnes (1)
- Mais risque **d'incontinence anale, de 0% à 45% à long terme** (2-3)
- Développement de nouvelles techniques : micro sphinctérotomie, sphinctérotomie sous écho, ouverte/fermée, parallèle/verticale (5)...

(1) Cochrane Database syst Rev 2011 Nov 9;(11) **Operative procedures for fissure in ano. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S.**

(2) The Cochrane Collaboration 2012. Non surgical therapy for anal fissure (Review). Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A

(3) Lewis TH et al. Dis Colon Rectum 1988; 31: 368–71.

(4) Nyam DC et al. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1306–10.

(5) Ersoz et al. World J Surg. 2011 May;35(5):1137-41. Type of lateral internal sphincterotomy incision: parallel or vertical?

Long-term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis.

Garg P, Garg M, Menon GR.

Colorectal Dis. 2013 Mar;15(3). Review.

- 324 études publiées : 22 retenues
- Suivi : 24-124 mois
- Incontinence dans 14% des cas en moyenne
 - Écarts de 0 à 47,6%
 - 9% IA gaz
 - 6% de suintements
 - 0,91% de perte de selles (0,67% fuites liquides et 0,83% solides)
- Comment traiter une IA avec rupture du SI ?

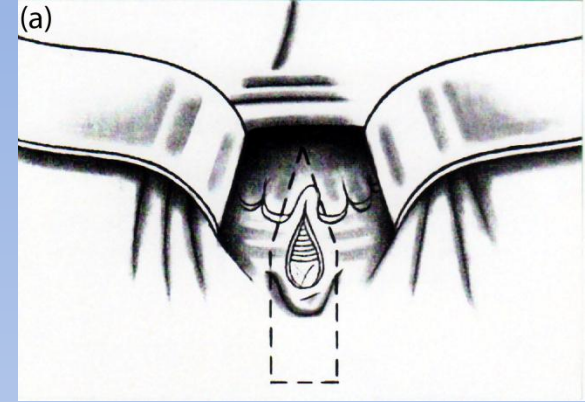
Peut-on diminuer l'IA après sphinctérotomie ?

- 42 patients do Brazil
- Evaluation par écho 3D du SI 6 mois après cicatrisation (comparée/ population de référence)
- L'incontinence anale post-opératoire est corrélée au % de sphincter interne sectionné
- **Wexner = 0 si section < 25%**
- Alors que tous les patients ont guérit leur fissure à 2 mois

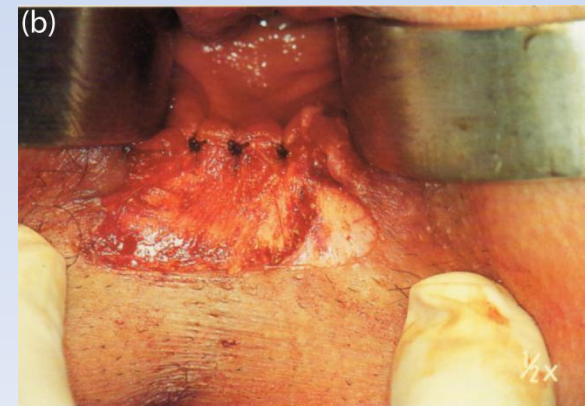
Peut-on diminuer l'IA après sphinctérotomie

- OUI
- Sans couper le sphincter anal
- FISSURECTOMIE

Fissurectomie



- Exérèse des berges fibreuses de la fissure
- En enlevant la marisque et la papille associée
- Possibilité d'y associer une **anoplastie** (pour réduire le temps de cicatrisation et « assouplir » le canal anal pour diminuer le risque de récurrence chez ces patients hypertoniques)



Résultats de la fissurectomie +/- anoplastie

- Peu d'études, des petites séries, rétrospectives ou associées à toxine botulique (1-4)
- Ex: pelta et al (4):
 - Analyse rétrospective de 109 patients traités par fissurectomie
 - Evaluation à 1 an post-op
 - Absence de changement de la continence
 - 2 récurrences

(1) Aigner F et al. Dis Colon Rectum 2008; (2) Arthur JD et al. Tech Coloproctol 2008; (3) Mousavi SR et al. Gastrointest Surg 2009; (4) Pelta AE et al. Dis Colon Rectum 2007

Etude CREGG/GREP(SNFCP)

- Fissurectomie réalisée en France depuis des décennies
- Jamais été évaluée dans notre pays
- Etude multicentrique prospective
- 9 opérateurs expérimentés : Castinel, Bouchard, Devulder, Souffran, Ganansia, Suduca, Soudan, Staumont, Abramowitz

Abramowitz, Bouchard, Souffran, Devulder, Ganansia, Castinel, Suduca, Soudan, Varastet, Guyot, Staumont. Colorectal Disease avril 2012: 1463-1318.

Etude CREGG/GREP(SNFCP) méthodologie

- Evaluation de toutes les fissurectomies de Janvier 2007 à Juin 2008
- Evaluation avant chir, M3 et M12
 - Par le médecin :
 - Symptômes avant chir (douleurs, saignements...)
 - Taux de ré-intervention
 - Complications précoces et tardives
 - Autoquestionnaire anonyme :
 - gêne (EVA)
 - Continence anale (Vaisey et Wexner)
 - Constipation (KESS)
 - Qualité de vie (SF 36)
 - Degré de satisfaction

Abramowitz, Bouchard, Souffran, Devulder, Ganansia, Castinel, Suduca, Soudan, Varastet, Guyot, Staumont. Colorectal Disease avril 2012: 1463-1318.

Résultats

- 264 patients âgés de 45 ans (18-77) (non évalués = pas le temps, parle pas français, rare refus)
- Cicatrisation chez tous nos patients : 7,5 sem
- 4% complications : rétention urinaire, infections locales, fécalome, infection U
- 83% des patients avaient eu fissurectomie + anoplastie sans différence avec et sans anoplastie

Résultats continence anale

- Wexner avant = 1/20; 1 an après = 2/20 (p=0,278)
- Wexner
 - Améliorés : 32%
 - Inchangés : 29%
 - Aggravés : 39 %
- 18/264 scores W > 5 → 7%
- Risques IA = cholécystectomie, dech périnée, multiparité, +/- troubles transit

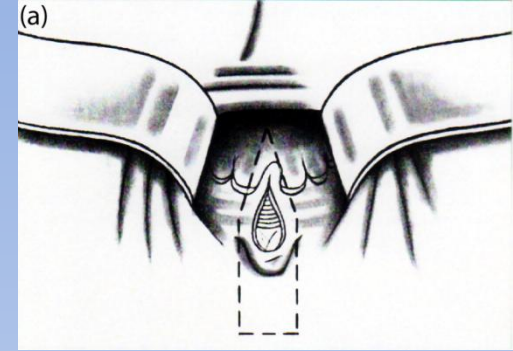
Satisfaction à 1 an

- Gène anale sur EVA : 4.9/10 (0-10) → 0,10 (0-9,9)
- Degré de satisfaction
 - Satisfait et très satisfait : 91 %
- Si c'était à refaire, le referiez-vous?
 - Non = 5 %
 - Oui = 95%

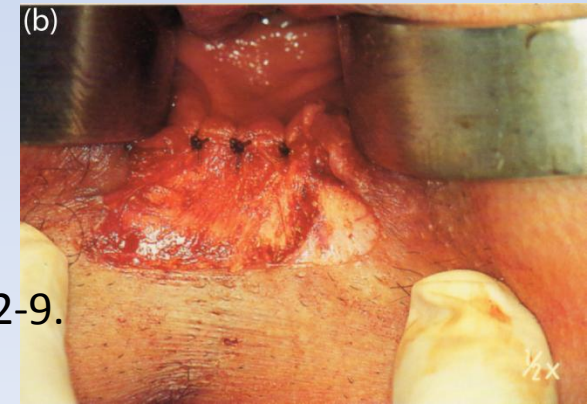
Conclusions sur la fissurectomie à la Française

- Fissurectomie +/- anoplastie permet de guérir fissure dans (presque) tous les cas à 1 an
- Très faible risque de séquelle (pas nul)
- Patients à risques :
 - Cholécystectomie
 - déch périnée et multiparité
 - +/- troubles transit ($p=0,08$)

Avantage d'une anoplastie en plus de la fissurectomie (1) ?



- 120 pts randomisés : fissurectomie seul vs F +anoplastie
- Cicatrisation : 21J vs 17J ($p < 0,05$) !!!
- Anoplastie diminuait le risque de saignement
- Absence d'incontinence anale à 6 sem
- Critiques : seule étude avec IA nulle, cicatrisation particulièrement courte...
- Dans notre série : pas de différence significative entre ces 2 techniques



Fissurectomie à long terme

- Schornagel et al. pays bas (1)
- 53 pts consécutifs opérés de 1998 à 2005
- 43 pts évalués par questionnaires 8,2 ans (5,5-12,2) après fissurectomie
- 5 récurrences
- Vaisey = 2,5/24

(1) Schornagel IL, Witvliet M, Engel AF. Colorectal Dis. 2012 Aug;14(8):997-1000.

fissurectomie vs sphincterotomie

→ discordances

- Moussavi et al.: **fissurectomie < sphinctérotomie**
 - 30 fissurectomies vs 32 sphinctéro latérales
 - Évaluation à 22 mois
 - 1 récurrence vs 0
 - **2 inc anales gaz vs 0 inc anale !!!** → expérience ?
- Sanjay et al.: **fissurectomie > sphinctérotomie**
 - 50 fissurectomies avec anoplastie vs 50 sphincterotomies
 - Evaluation à 22 mois
 - **Cicatrisation 96% vs 88%** (p=0,27)
 - disparition des symptômes dans 90% vs 72% (p=0,04)
 - Absence d'IA dans les 2 groupes

(1) Moussavi et al. J Gastrointest Surg; avril 2009.

(2) Sanjay D. Patel et al. Int J Colorectal Dis (2011) 26:1211–1214.

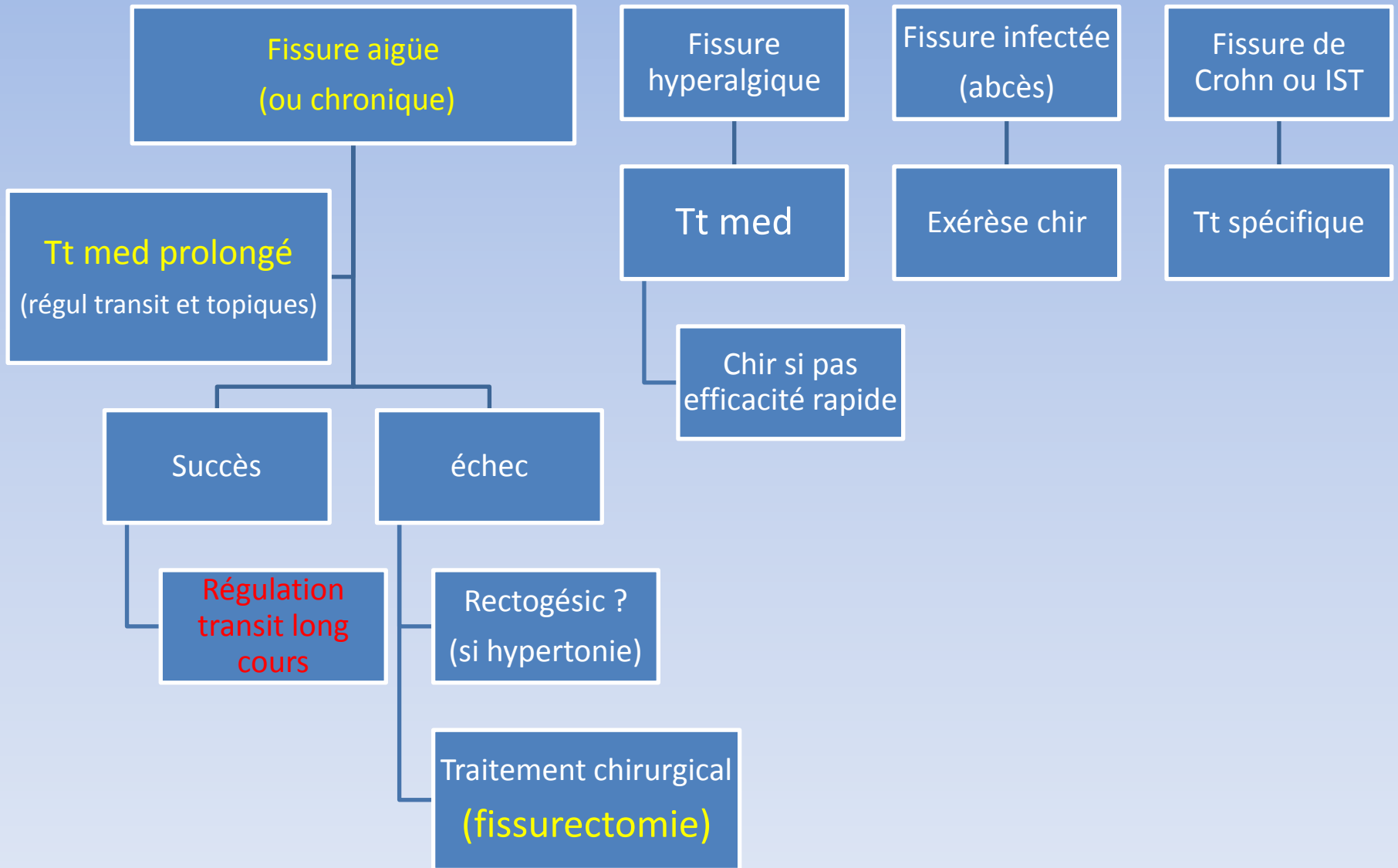
Le coup de grâce ?

- Hancke et al (Francfort):
- Etude comparative historique :
30 patients anoplastie cutanée vs 30 sphincterotomies
- Opérés de 1997 à 2002
- Cicatrisations identiques
- Evaluation incontinence 6 ans après chir
→ Anoplastie = 6% vs Sphinctero = 48% ($p < 0,05$)
- Mais :
 - critères de choix de la technique ?
 - 30% de perdus de vue

Messages forts

- Diagnostic facile réalisable en écartant les plis radiés de l'anus entre 2 pouces
- Examen clinique avec TR presque toujours possible (pour éliminer abcès sous fissuraire)
- Le traitement repose sur un traitement long de la constipation +++ (pdt et après tt)
- Topiques pour aider cicatrisation et faciliter transit (lubrifiants)
- Nous proposons la fissurectomie en cas d'échec et non la sphinctérotomie à fort risque d'IA

Propositions



Choukrane

