

Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

République du Mali  
Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

**FISSURE ANALE : ASPECTS  
DIAGNOSTIQUES ET  
THERAPEUTIQUES EN CHIRURGIE  
GENERALE AU CHU GABRIEL TOURE.**

**MEMOIRE**

**de fin d'Etudes en vue de l'obtention du  
Certificat d'Etudes Spécialisées en  
Chirurgie Générale**

**Présenté par :**

*Docteur FODE MORY KEITA*  
(Mali)

Date :...../2008

Directeur de Mémoire  
Pr. Gangaly DIALLO

# SOMMAIRE

I-	<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
	<b>Objectifs.....</b>	<b>6</b>
	1 Objectif général	
	2 Objectifs spécifiques	
II-	<b>Généralités .....</b>	<b>7</b>
	1 Rappels anatomiques	
	2 Etiopathogénie	
	3 Anatomie pathologique	
	4 Diagnostic	
	5 Bilan préopératoire	
	6 Traitement	
III-	<b>Méthodologie.....</b>	<b>20</b>
	1 Cadre d'étude	
	2 Période d'étude	
	3 Type d'étude	
	4 Echantillonnage	
IV-	<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
V-	<b>Commentaires et Discussions.....</b>	<b>38</b>
VI-	<b>Conclusion et Recommandations.....</b>	<b>44</b>
VII-	<b>Références .....</b>	<b>45</b>
VIII-	<b>Résumé.....</b>	<b>48</b>
	<b>Fiche d'enquête.....</b>	<b>49</b>

## **DEDICACES :**

Gloire à **DIEU** et à son **Prophète** paix et salut sur lui.

Ce travail est dédié à tous ceux là qui me sont chers, notamment:

**Mon père** feu Djègué Mory Kéita: Repose en paix.

**Ma mère** Sayon Konaté

**Mon épouse** Assétou Togo

**Mes enfants** : Fadima, Seydou, soundiè et Mory: Cherchez toujours à faire mieux que vos parents.

**Mes frères et sœurs**

**A tout le personnel** médical et para médical du CHU Gabriel Touré de BAMAKO et particulièrement du service de chirurgie générale.

**A mes amis**, mes collègues du CES de chirurgie ainsi que les aînés qui ont rendu praticable la voie menant au CES de chirurgie.

A toutes les bonnes volontés qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce document.

**A mes cadets**: le chemin est long, parsemé d'embuches mais seul le travail libère l'homme et «celui qui laboure au soleil mangera à l'ombre» a dit le poète.

## ABREVIATION

Ag= anesthésie générale.

Al= anesthésie locale

Alr= anesthésie locorégionale

CES : certificat d'étude spéciale

CHU : centre hospitalier universitaire

Coll.= collaborateur

E/commerce: employé de commerce

Tumeur m = sensation de tumeur maligne

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SAT VAT= sérum anti tétanique vaccin anti tétanique

## **I Introduction:**

La fissure anale est une ulcération superficielle longitudinale chronique et récidivante de l'anus. Elle se caractérise par une douleur intense avec contracture sphinctérienne et une déchirure épithéliale dans la forme aiguë et jeune. Évoluée, la douleur et la contracture diminuent, l'échelle visuelle analogique de la douleur diminue de moitié puis de  $\frac{3}{4}$  après 4 à 8 semaines de suivi [15].

La fissure anale est la pathologie proctologique la plus fréquente après les hémorroïdes respectivement 13% et 47% [15]. 1% des Français déclarent avoir été opérés d'une fissure anale. En Afrique, quelques études réalisées ont montré: A Lomé (CHU de Tokoin) de 1993 à 2002 la fissure anale a occupé 3,9% des consultations en milieu chirurgical [25] Au Mali, une étude réalisée au service de chirurgie B au CHU du point G de 1979 à 1997 a montré que 15% des consultations proctologiques et 4% des consultations chirurgicales étaient constitués par les fissures dans ce service [2].

Les enquêtes pratiques menées auprès des spécialistes montrent que les thérapies effectuées en 1<sup>ère</sup> intention chez les malades souffrant de fissure anale chronique sont constituées d'antalgiques purs et de topiques cicatrisants dans 50% des cas, la chirurgie intervient en 2<sup>ème</sup> intention [15].

La récurrence après cicatrisation médicamenteuse est de 1/3 à 2/3 après 1 à 3 ans de suivi : [15]. Au CHU Gabriel TOURE de Bamako aucune étude n'a porté sur cette pathologie cependant la recrudescence du VIH doit attirer une attention particulière sur les maladies anorectales [8]. Cela nous a motivé à entreprendre ce travail sur la fissure anale dans le service de chirurgie générale avec des objectifs suivants.

## **Objectifs :**

### **1 Objectif général :**

Etudier le traitement chirurgical de la fissure anale en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

### **2 Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la fissure anale primitive
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques
- Analyser les suites opératoires liées à cette pathologie.

## **II GENERALITES :**

### **1 Rappels anatomiques [30]**

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif, il est long de 4 cm environ. Il se termine par la ligne ano-cutanée ou marge anale. La marge de forme aplatie devient cylindrique au passage des selles.

Les phénomènes de continence et de défécation ne peuvent s'exercer que s'il existe une intégrité de l'ensemble rectum, faisceau pubo-rectal, releveur de l'anus, muqueuse anale. La continence est assurée par le tonus des sphincters interne et externe ainsi que le muscle pubo-rectal. La défécation est un acte volontaire dont le point de départ est la perception consciente de déféquer en rapport avec une variation de la pression intra-rectale.

### **2 Embryologie [19]**

Le canal anal est issu du cloaque qui est d'origine endoblastique. Il donne naissance au sinus urogénital et le rectum. Il est formée par la membrane cloacale qui devient anale et disparaît vers la fin de la 7<sup>ème</sup> semaine du développement embryonnaire.

### **4 Anatomie descriptive :**

#### **A) Anatomie macroscopique :**

##### **.Configuration externe :**

Le canal anal est oblique en bas et en arrière. Il fait avec le rectum un angle ouvert en arrière de 90°. Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond dans sa partie inférieure au sphincter externe [19].

### **5 Rapports : [30] fig.2**

Il est en rapport avec :

En arrière le muscle releveur de l'anus, Latéralement le releveur de l'anus et de la fosse ischio-rectale ; en avant le centre tendineux du périnée.

Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo-urétrale et le bulbe du pénis.

Chez la femme, la paroi postérieure du vagin. Le canal anal se termine par l'anus qui est l'orifice terminal du tube digestif.

#### **6 Configuration interne : fig.1**

**Le pecten** est le siège de colonnes et de sinus anaux. Il est limité en bas par la ligne ano-cutanée. A la partie supérieure du canal anal, la muqueuse est soulevée par 6 à 10 replis verticaux appelés colonnes de Morgagni longs de 1,5cm environ. Les bases sont reliées entre elles par des replis: Les valvules anales semi-lunaires déterminant ainsi la ligne pectinée. Au fond des valvules se trouvent les sinus anaux ou cryptes de Morgagni qui communiquent en profondeur avec les glandes d'Hermann et Desfosses.

**La zone ano-cutanée** se situe entre la ligne pectinée et la ligne ano-cutanée. Cette ligne sépare le sphincter interne du sphincter externe.

Le canal anal est divisé en 2 parties par la ligne pectinée : une Portion sus pectinéale constituée par les colonnes de Morgagni, une portion sous pectinéale.

**La zone cutanée:** s'étant sur 1cm. Elle loge les glandes péri anales, sébacées et sudoripares. Selon certains auteurs le canal anal serait divisé en 2 parties par la ligne pectinée. Elle est constituée par les cryptes de Morgagni.



**.L'appareil musculaire sphinctérien se compose de :**

**-sphincter interne**

**sphincter externe**

**-couche longitudinale complexe**

**- muscle élévateur de l'anus**

**-muscle corrugateur de la marge anale**

**-corps caverneux et muscle canalis.**

**.Espaces cellulieux péri anaux : Ce sont :**

**Espace sous muqueux :** occupe les 2/3 supérieur du canal anal entre la muqueuse et le sphincter interne. Il contient le plexus hémorroïdal interne, le muscularis sub mucosae ani, le plexus lymphatique sous muqueux et le début des canaux glandulaires d'Hermann et de Desfosses.

**Espace marginal** ou péri anal sous cutané: contient les plexus hémorroïdaux externes.

**Espace inter sphinctérien** d'Eisenhammer: compris entre les sphincters internes et externes. Il est le siège des abcès ou diverticulites intra muraux.

**Fosses ischio anales:** communiquent en arrière avec les espaces celluloseux de la fesse par la petite échancrure sciatique. C'est le passage le plus fréquent d'une fistule en fer à cheval.

**Espace post anal:** Fait communiquer entre eux les 2 fosses ischio anales droite et gauche en arrière de l'anus. La partie profonde de cet espace est appelée

**Espace sous sphinctérien postérieur** de COURTNEY.il peut être le siège de fistules en fer a cheval.

**Espace pelvi viscéral** ou pelvi rectal supérieur: Il contient du tissu cellulo graisseux traversé par de nombreux éléments (uretère, canaux déférents, les lames sacro recto génito pubiennes.

## **7 Vascularisation et innervation du canal anal: [30]**

### **a/ Vascularisation**

#### **Artérielle :**

##### **Artère hémorroïdale supérieure :**

C'est une branche de la mésentérique inférieure. Elle donne 2 branches qui se distribuent entre la muqueuse et la sous-muqueuse.

##### **Artère hémorroïdale ou rectale moyenne :**

Elles sont les branches viscérales de l'artère iliaque interne. Elles sont inconstantes dans 20% des cas. Elles irriguent la musculature de l'anus.

##### **Artères hémorroïdales ou rectales inférieures :**

Ce sont les principales artères du canal anal, et sont branches de la honteuse. Elles donnent des branches à destination du sphincter externe, du releveur et de la zone cutanée de l'anus.

##### **Artère sacrale médiale :**

Se détache de la bifurcation aortique, descend sur le promontoire et dans l'espace retro rectal et se termine sur la face postérieure du canal anal.

#### **Veineuse :**

Le drainage se fait dans le système porte ou dans le réseau cave. On distingue : **La veine rectale supérieure** dont le drainage est porte à travers la veine mésentérique inférieure,

**Les veines rectales moyenne et inférieure** dont le drainage est cave à travers les veines iliaques internes.

**La veine sacrale médiale** qui draine vers la veine iliaque commune gauche.

### **Vascularisation lymphatique :**

Le premier relais lymphatique est para-rectal puis le drainage se fait vers les 3 types de collecteurs :

Collecteurs supérieurs, collecteurs moyens, collecteurs inférieurs.

### **b/Innervation :**

Le sphincter interne est innervé par le système neurovégétatif. Les filets sympathiques proviennent du nerf érecteur. Les nerfs para sympathiques viennent des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> segments lombaires du plexus hypogastrique.

Le sphincter externe : est sous le contrôle de la volonté. Il est innervé par 2 plexus : le honteux et le coccygien [30].

### **B) Anatomie microscopique:**

Le canal anal est constitué d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé sans follicule pileux sa lamina propria est dépourvue de follicules lymphatiques. La muscularis mucosea n'est présentée qu'au niveau des colonnes.

La zone ano cutanée est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

La zone cutanée est pigmentée, riche en follicules pileux, en glandes sébacées.

La sous muqueuse est riche en plexus veineux, en filets nerveux, et en corpuscules lamelleux.

La musculuse est constituée par l'appareil sphinctérien.

## Glandes anales:

-Glandes d'Hermann et Desfosses

- Glandes sous pectinée

## C) Anatomie fonctionnelle: [30]

Le sphincter interne est aganglionnaire et lisse, il ferme l'anus en laissant 8 à 10 mm de diamètre. Cet orifice est fermé par le corps caverneux qui se remplit de sang. Le sphincter externe contribuerait à la fermeture de l'anus à 30%.

L'ampoule rectale est le lieu de stockage des selles cela favorise la contraction du sphincter et du muscle pubo rectal, les fibres musculaires circulaires se tendent les longitudinales s'activent, il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'ampoule est prête à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange, la pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange. La sensation d'avoir les selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale

## 8 Pathogénie: [15]

Plusieurs travaux récents ont apporté une meilleure compréhension de la physiopathologie de la fissure anale. Le primum movens serait une ischémie de la commissure postérieure du canal anal, bien démontrée sur des études anatomiques, angiographiques et débitométriques. Cette ischémie expliquerait le siège habituellement postérieur de la fissure, son caractère douloureux et sa chroni-

cisation possible.

Mais ce "défaut" de vascularisation postérieure ne suffit pas, et l'hypertonie sphinctérienne jouerait également un rôle important dans la genèse de la maladie, d'autant qu'elle aggrave l'ischémie.

Un troisième facteur doit être retenu. C'est le traumatisme déclenchant que représente l'émission d'une selle dure, à l'origine de la déchirure initiale et de l'entretien de la fissure.

Les autres théories comme la présence d'une myosite fibreuse du sphincter, d'une para kératose ou d'une infection locale sont plus contestées, et correspondent en fait à une conséquence plutôt qu'à une cause de la maladie.

### **9 Diagnostic :**

Le diagnostic est clinique dans la fissure jeune : Il s'agit d'une douleur à type de déchirure provoquée et rythmée par la défécation. Le passage des selles réveille la douleur qui persiste de quelques minutes à plusieurs heures après les selles parfois après une brève accalmie post fécale ; cela constitue le syndrome fissuraire en trois temps .L'irradiation peut se faire vers les fesses, les organes génitaux externes, les cuisses. Les autres signes sont inconstants : Saignement (85 % des cas), prurit marginal (60% des cas), constipation réflexe (25 % des cas). [15]

### **Diagnostic différentiel :**

Se pose avec :

-les autres causes de douleur anale (thrombose hémorroïdaire externe, l'abcès marginal.

-les autres causes d'ulcération de la marge anale :

Infections à cytomégalovirus

Chancre syphilitique

Tuberculose anale

Infection à VIH

-fissure symptomatique d'une autre affection

Cancer épidermoïde à forme fissuraire d'où la nécessité d'une biopsie.

Ulcération anale au cours d'une hémopathie; agranulocytose

Maladie inflammatoire de l'intestin : maladie de Crohn

Affection dermatologique prurigineuse avec lésion de grattage (eczéma, psoriasis, dermatite toxique) ... Le diagnostic se fait par la biopsie.

## **10. Clinique : [15]**

### **10.1. La fissure anale jeune typique**

Elle est responsable d'un syndrome fissuraire en trois temps se traduisant par une douleur anale à type de déchirure violente déclenchée par l'émission de la selle, s'atténuant pendant quelques minutes, puis reprenant pour persister plusieurs heures après les selles.

Les douleurs sont responsables d'une constipation réflexe.

L'ulcération anale est responsable de rectorragies souvent minimes, qui "gouttent" sur les selles et d'un prurit témoignant d'un début de cicatrisation.

L'examen clinique objective d'emblée la contracture causale mais aussi réflexe du sphincter anal. Au maximum, le toucher rectal est impossible en dehors d'une anesthésie locale. Cependant, le déplissement doux et soigneux de la marge anale permet toujours le diagnostic positif en montrant une ulcération longitudinale superficielle, sous la ligne pectinée, à bords minces et souples, postérieure stricte dans près de 90% des cas.

## 10.2. Formes cliniques:

**La fissure anale vieillie** est moins douloureuse. L'ulcération est large, à bords épais et scléreux, mettant à nu le sphincter interne identifié par des fibres transversales blanchâtres. Elle s'accompagne d'un pseudo polype fibreux à son pôle supérieur, sur la ligne pectinée et d'un pseudo marisque sentinelle à son pôle inférieur.

**La fissure infectée**, à fond granulomateux, peut évoluer vers une fistule anale.

Chez la femme, le siège antérieur est dix fois plus fréquent que chez l'homme. Elle peut survenir en post-partum et ne s'accompagne pas, alors, d'hypertonie sphinctérienne.

Le diagnostic se pose à l'inspection ; le déplissement de la marge anale chez un patient en position genu pectorale met en évidence la fissure commissurale postérieure (90% des cas) en forme de raquette. L'extrémité proximale remonte entre les plis radiés dans le canal anal.

## 11. Méthodes thérapeutiques

**But du traitement:** Vaincre la contracture sphinctérienne, supprimer la douleur.

### 11.1. Méthodes médicales:

Efficace d'emblée dans près de 80% des cas de fissure jeune, il est souvent suivi d'une rechute à plus ou moins longue échéance. Il vise à régulariser le transit, calmer la douleur et faire cicatriser l'ulcération.

- Règles hygiéno-diététiques : boissons abondantes, régime riche en fibres, bains de siège chaud, en évitant toute toilette agressive.
- Régularisation du transit par laxatif doux, (mucilage, son, paraf-

fine, sorbitol)

- Médications :

Antalgiques avant chaque selle par voie orale

Topiques locaux en pommades ou suppositoires, associant diversément des protecteurs muqueux, des anesthésiques locaux, des anti-inflammatoires, des anti-œdémateux, des veinotoniques, des spasmolytiques... [15]

### 11.2. Méthodes instrumentales:

Anesthésie sphinctérienne à la xylocaïne 2%.

Injection sous fissuraire d'une solution sclérosante (quinine urée = kinurée). La principale complication étant la formation d'abcès.

Elle n'est plus recommandée par l'American Society of Colorectal Surgeons.

-La dilatation anale fut proposée par Récamier en 1829 comme traitement de la fissure anale ; elle doit être pratiquée sous anesthésie. Le risque de récurrence est de 15 à 20%. Elle aboutit à une incontinence anale et ne doit plus être pratiquée (33).

### 11.3. Méthodes chirurgicales [19]

L'installation du malade se fait en position de taille, le champ opératoire est nettoyé avec un antiseptique type bétadine solution dermique à 10%. L'anesthésie est locorégionale ou générale.

Les techniques validées dans la littérature font intervenir une Sphinctérotomie du sphincter interne, dont le but est de diminuer l'hypertonie. La guérison définitive est obtenue dans 90% des cas. Deux écoles s'opposent, mais en fait les indications des deux techniques ne sont pas tout à fait identiques :



- La Sphinctérotomie latérale, à ciel ouvert ou fermé, consiste à sectionner une partie du sphincter interne à gauche ou à droite. C'est un geste rapide, simple, peu invalidant, mais qui ne permet pas une étude histologique de la fissure.

- La fissurectomie avec sphinctérotomie dans le lit de la fissure, consiste en l'exérèse du socle fissuraire et de ses bords, permettant de faire une étude histologique, suivie d'une section précise du sphincter interne à vue, sur la commissure postérieure. Une éventuelle anoplastie peut être associée, consistant à abaisser à la peau un petit lambeau de muqueuse rectale. Elle diminue les douleurs postopératoires et favorise la cicatrisation.

-**En 1948, Gabriel** proposa l'excision emportant toute la fissure avec une large base cutanée postérieure comportant une section musculaire partielle dans le lit de la fissure associée à la dilatation anale. Les résultats sont excellents mais la cicatrisation est longue [10].

-**Hugues** propose des greffes cutanées, Arnous, Parnaud et Denis proposèrent la léiomyotomie avec anoplastie [15].

-**Eisenhammer en 1951** fut le 1<sup>er</sup> à analyser le mécanisme pathogénique de la fissure anale et à affirmer que la cause de la douleur et de l'entretien de la lésion anatomique étaient la contraction du sphincter interne. La section partielle de ce sphincter dans l'opération de Gabriel, sa dilacération dans la dilatation anale expliquent les succès d'intervention sur des bases empiriques.

A partir de cette date, la section du sphincter interne devient le geste chirurgical essentiel [6].

Elle fut d'abord réalisée dans l'axe de la fissure puis la Sphinctérotomie partielle dans le lit de la fissure s'arrêtant en haut à la ligne pectinée se révéla excellente associée à l'excision large. Son inconvénient est la déformation en gouttière entraînant des fuites

anales dans 1% des cas.

- **En 1967, Park [23]** propose la Sphinctérotomie interne à distance de la fissure par une incision radiaire séparée à cheval sur la ligne ano-cutanée permettant d'identifier et d'isoler le sphincter interne entre sous muqueuse et sphincter externe, et de la sectionner en fermant la plaie opératoire.

- **En 1969 Notoras** propose la Sphinctérotomie latérale sous cutanée fermée. La lame de bistouri est introduite entre la sous muqueuse et le sphincter interne, celui ci est sectionné [22].

-**En 1970 Hoffmann et Goliger [10]** proposent la modification de la technique de Notoras: le plat du bistouri est introduit dans l'espace inter sphinctérien, la lame est tournée de 90°, cela entraîne la section du sphincter interne jusqu'à la muqueuse à travers laquelle on sent le bistouri.

- **L'anoplastie** consiste en une fissurectomie avec recouvrement de la plaie par un lambeau muqueux canalaire et rectal.

#### 11.4. Indications:

- Le traitement médical et les règles hygiéno-diététiques peuvent être proposés à tous les stades de la fissure anale.
- La sphinctérotomie latérale interne est parfaitement indiquée en cas de fissure jeune résistante au traitement médical ou récidivante, non infectée, non accompagnée de pseudo polype et de pseudo marisque, lorsque le diagnostic est certain.
- La fissurectomie avec sphinctérotomie dans le lit de la fissure est indiquée lorsque le diagnostic est douteux (histologie), lorsque la fissure est vieille ou infectée (elle est alors associée à un éventuel drainage) ou lorsqu'il existe de volumineuses formations parafissuraires. [19]
- Ces dernières années, de nouvelles thérapeutiques ont été proposées, répondant à la physiopathologie de la fissure anale : elles visent à lever le spasme sphinctérien pour permettre une meilleure vascularisation et une diminution de la douleur: il s'agit de l'application de dérivés nitrés en pommade et de l'injection de toxine botulinique, encore au stade d'évaluation. [15]

COUPE SAGITTALE DU RECTUM  
SES 2 COURBURES

VALVULES & SINUS ANAUX

COUPE CORONALE DU RECTUM  
CONFIGURATION INTERNE

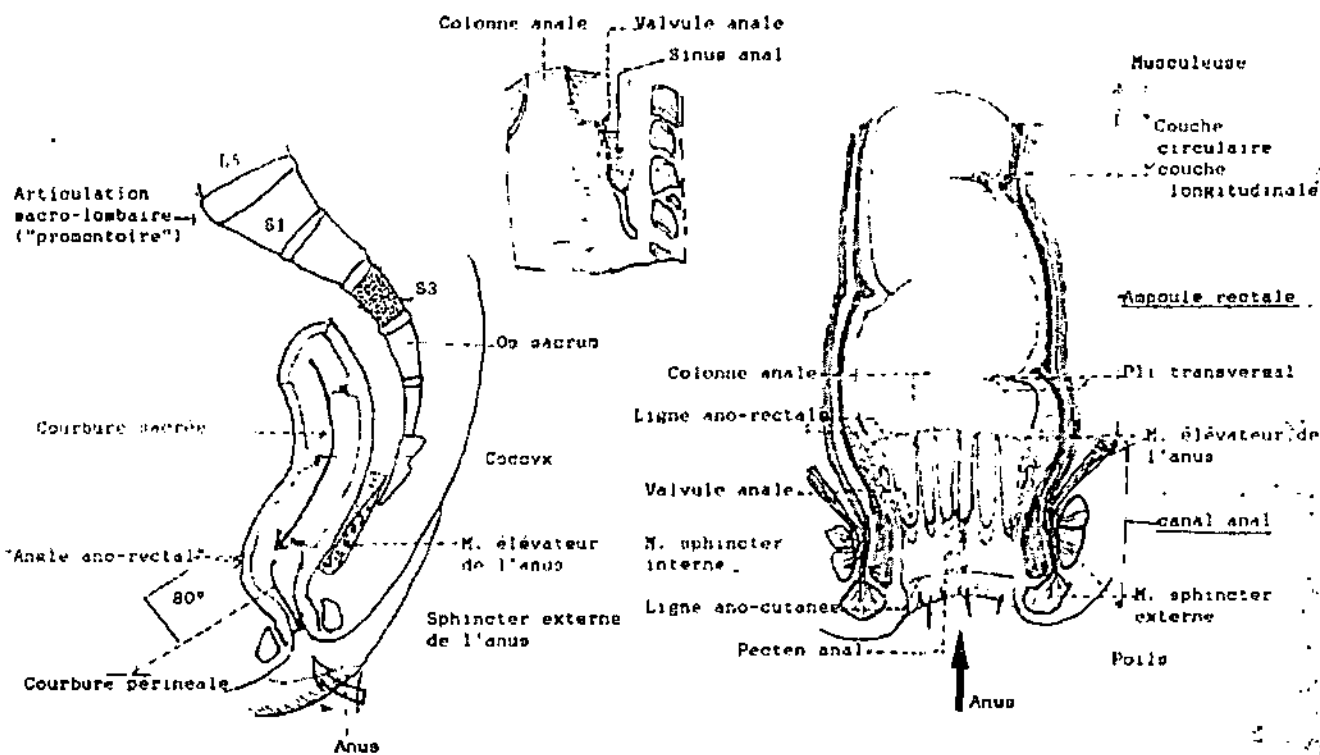


Fig. 1 anatomie du canal anal

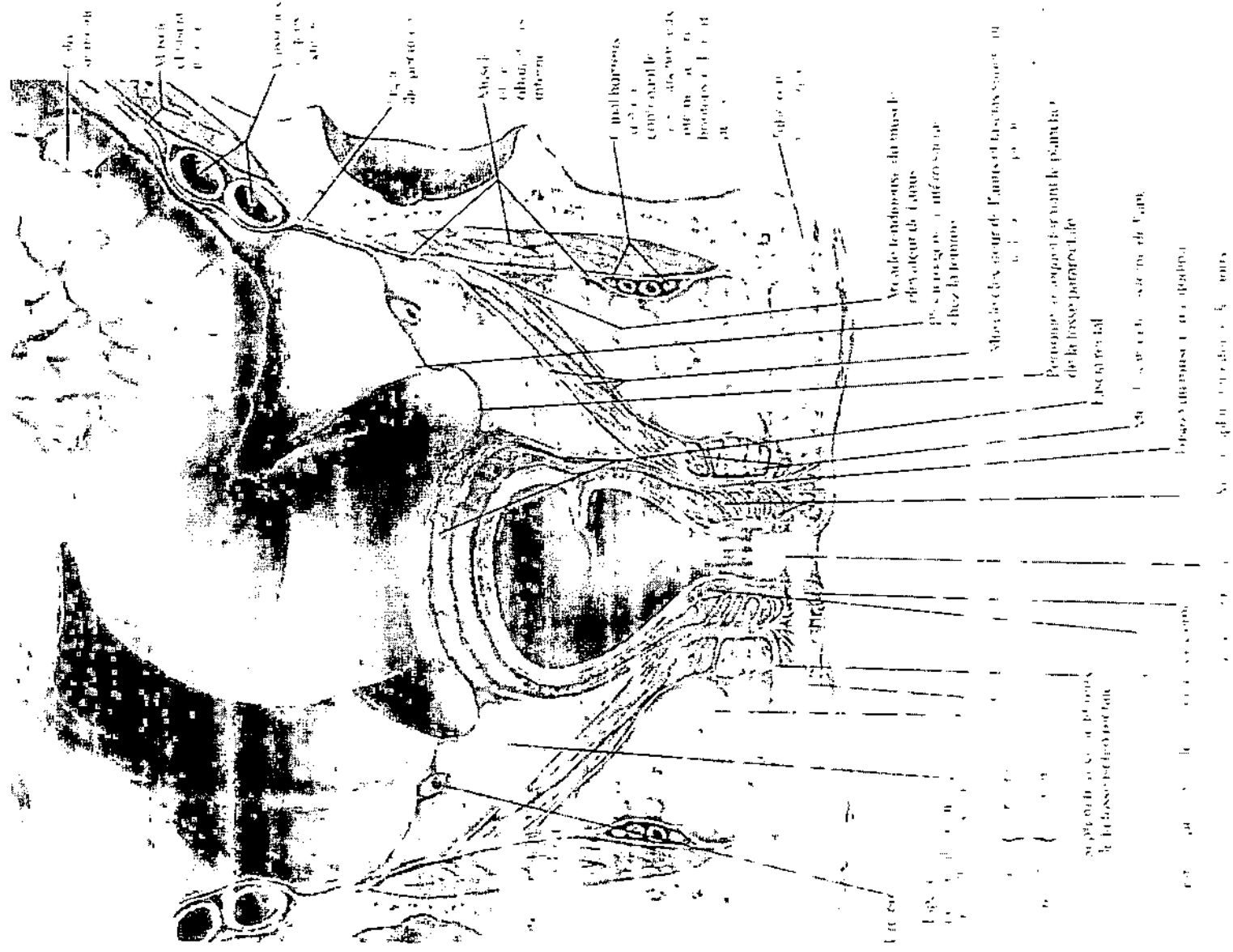


Fig. 2 rapports anatomiques du canal anal

## III-Méthodologie:

### 1 Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du C.H.U. Gabriel Touré de BAMAKO.

### 2 Type et période de l'étude:

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de janvier 2000 à juillet 2008

### 3 Echantillonnage:

❖ Critères d'inclusion: Ont été retenus :

-Les cas de fissure anale primitive diagnostiqués dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré pendant la période d'étude.

- Fissures anales traitées chirurgicalement

❖ Critères de non inclusion:

Ont été exclues: Les fissures anales jeunes non opérées, les fissures secondaires.

❖ Supports des données:

Ils étaient constitués de fiches d'enquête individuelle à partir des dossiers et observations du malade, des registres d'hospitalisation et de compte rendu opératoire.

❖ Statistique : La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel EPI info 6.0.

Le test de  $\chi^2$  a été utilisé pour la comparaison des proportions, la différence est significative lorsque  $p$  inférieur à 0,005.

5- Méthodes: L'indication chirurgicale était posée chez tous les patients présentant une fissure anale résistant au traitement médi-

cal bien conduit. Nos éléments de diagnostic étaient basés sur l'interrogatoire du malade, l'examen clinique ainsi que les résultats des examens para cliniques. Tous les patients étaient soumis au même protocole de traitement. La température, le pouls, la tension artérielle étaient contrôlés régulièrement, la douleur a été évaluée par la méthode de l'EVA (échelle visuelle analogique). Le tampon introduit en intra rectal au cours de l'intervention est retiré à j1 post opératoire

L'anorectoscopie était demandée systématique devant tous les cas de fissure anale.

Le bilan préopératoire comprend :

La numération formule sanguine (Nfs) vitesse de sédimentation (vs), le groupage rhésus, la glycémie créatinémie, le taux de prothrombine, le temps de saignement, le temps de coagulation.

Les patients étaient vus en consultation pré anesthésique avec les résultats du bilan préopératoire et avant toute programmation. Ils étaient ensuite hospitalisés 1 jour avant l'acte chirurgical.

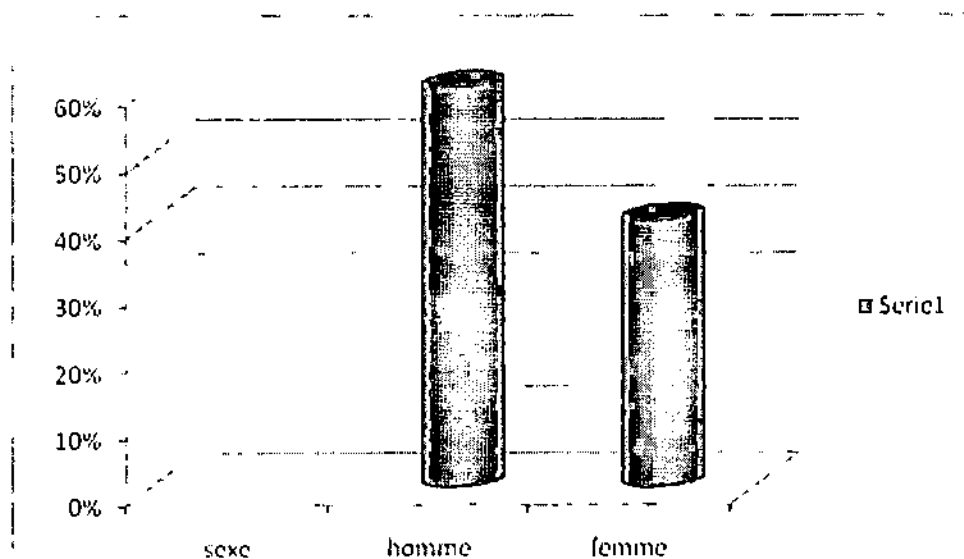
La dilatation anale était systématique après chaque geste chirurgical.

L'exeat du malade était conditionné à l'amélioration de son état clinique.

## V- Résultats:

Sur un total de 121 patients atteints de fissure anale, 40 ont été traités chirurgicalement soit 33,05%. Cette pathologie a représenté 3,28% pour l'ensemble des consultations en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de janvier 2000 à juillet 2008.

### A- Fréquence



**Graphique I répartition des malades selon le sexe :**

Le sexe masculin est le plus atteint avec 60% des cas. Le sexe ratio est de 1,5.



**Tableau I répartition des malades selon l'âge en année:**

Age	effectif	Pourcentage %
15 à30ans	16	40
31 à45ans	22	55
45ans et plus	2	5
Total	40	100

La tranche d'âge de 31 à 45ans est la plus représentée soit 55%. Les extrêmes ont été de 16 - 50 ans avec une moyenne de  $32,9 \pm 10,26$  ans.

**Tableau II répartition des malades selon la provenance :**

Provenance	effectif	Pourcentage
Bamako	27	67,5
Koulikoro	5	12,5
Sikasso	3	7,5
Mopti	2	5
Ségou	1	2,5
Tombouctou	1	2,5
Gao	1	2,5
Total	40	100

67,5% de nos malades sont de Bamako

**Tableau III répartition des malades selon la profession :**

Profession	Effectif	pourcentage
Elève/étudiant	9	22,5
Fonctionnaire	9	22,5
militaire	7	17,5
E/commerce	6	15
Ménagère	4	10
Paysan	4	10
Autre	1	2,5
Total	40	100

Autre = marabout

## **B-Aspects diagnostiques et thérapeutiques**

**Tableau IV répartition des malades selon le mode de recrutement:**

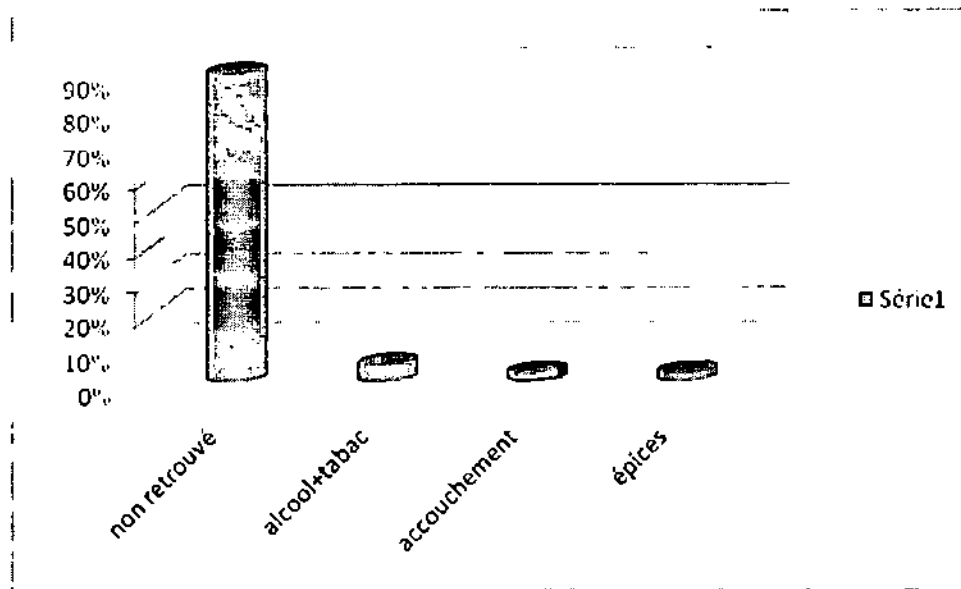
Mode de recrutement	effectif	pourcentage
Consultation ordinaire	39	97,5
Urgence	1	2,5
total	40	100

1 malade a consulté en urgence, il s'agit d'un patient venu pour thrombose hémorroïdaire chez qui la fissure a été découverte en per opératoire

**Tableau V répartition des malades selon le motif de consultation:**

Motif de consultation	effectif	Pourcentage
Douleur anale	24	60
Tuméfaction anale	12	30
Ecoulement anal	3	7,5
Sensation de corps étranger à l'anus	1	2,5
Total	40	100

La douleur anale à été le principal motif de consultation soit 60% des cas.

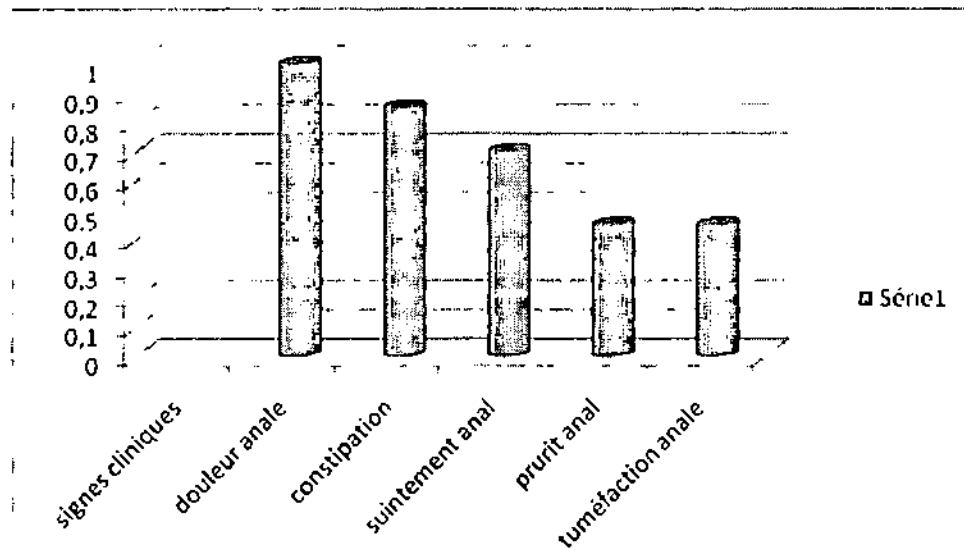


**Graphique II répartition des malades selon le facteur favorisant: Le facteur favorisant n'est pas retrouvé dans 90% des cas**

**Tableau VI répartition des malades selon les antécédents :**

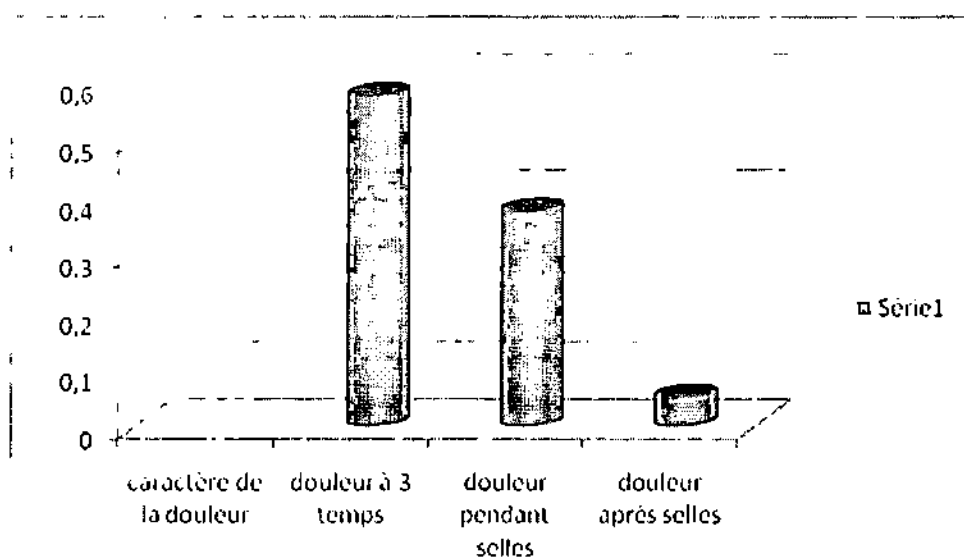
Antécédent	Effectif	pourcentage
Sans antécédent	24	60
Diabète familial	5	12,5
Dermatose périnéale	4	10
Antécédent chirurgical	3	7,5
drépanocytaire	1	2,5
Lombo-sciatique	1	2,5
Interruption volontaire grossesse	1	2,5
autre	1	2,5
total	40	100

60% des patients n'avaient pas d'antécédent particulier. Autre= 1 patient HIV positif sous trithérapie.

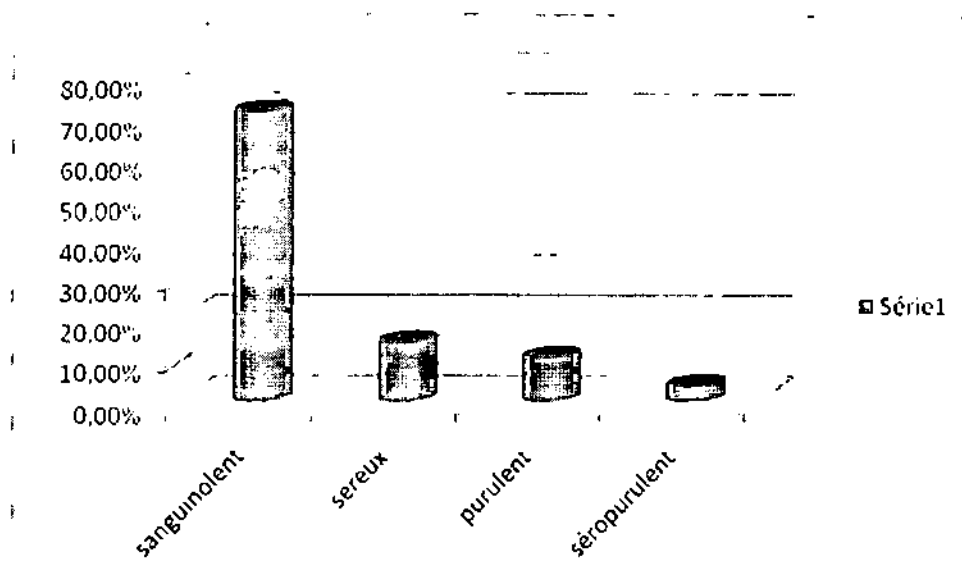


**Graphique III répartition des malades selon les signes cliniques :**

La douleur a été retrouvée chez l'ensemble des malades soit 100% des cas



**Graphique VI caractéristiques de la douleur anale par rapport à la défécation :** La douleur à 3 temps a été retrouvée dans 57,5% des cas.



**Graphique V répartition des malades selon les caractéristiques de l'écoulement :** L'écoulement était sanguinolent dans 71,4% des cas

**Tableau VII répartition des malades selon le nombre de survenu de la fissure:**

Nombre de survenu	effectif	Pourcentage
1 <sup>ER</sup> épisode	37	92,5
Récidive	3	7,5
Total	40	100

92,5% des patients sont à leur 1<sup>er</sup> épisode. Parmi les récurrences nous avons eu 1 cas de tumeur anale diagnostiquée au cours de la 2<sup>ème</sup> intervention chez un militaire retraité de 44ans, les 2 autres étaient 1 gendarme de 31 ans ayant une notion de diabète familial et un gendarme de 32 ans alcool-tabagique, tous de sérologie HIV non connue.

**Tableau XIII répartition selon le siège de la fissure:**

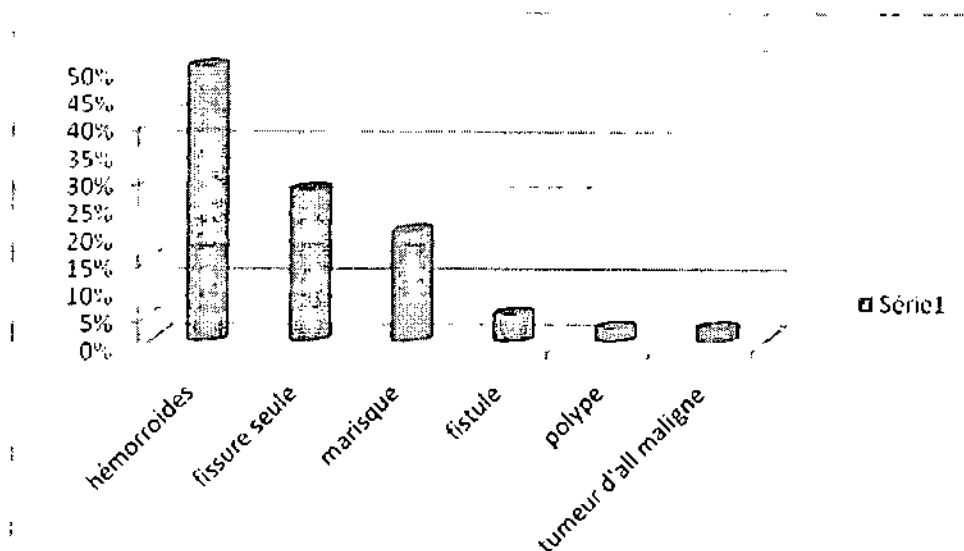
siège	Effectif	Pourcentage
Commissure postérieure	25	62,5
Commissure antérieure	12	30
Para-commissurale gauche	2	5
Antérieure et postérieure	1	2,5
Total	40	100

La commissure postérieure est le siège de prédilection de la fissure anale soit 62,5 des cas. Dans les localisations para commissurales, il y avait 1 cas à sérologie HIV positive. Le cas de fissure antérieure et postérieure a été observé chez une patiente ayant procédé à une interruption volontaire de la grossesse sans autre particularité.

**Tableau IX répartition des malades selon le nombre de fissure:**

nombre de fissure	effectif	Pourcentage
Fissure unique	39	97,5
Supérieur à 1 fissure	1	2,5
total	40	100

1 cas de fissure bipolaire a été observé chez une patiente de 25ans avec un antécédent d'interruption volontaire de la grossesse sans autre particularité.



**Graphique VI répartition selon les pathologies associées à la fissure**

La fissure anale était associée à d'autres pathologies de la sphère ano-rectale dans 72,5% des cas. La maladie hémorroïdaire est la pathologie la plus fréquemment associée à la fissure anale soit 42,5% des cas. 1 cas de tumeur d'allure maligne a été observée.

**Selon l'état général du patient :** 100% des patients avaient un bon état général.

**Selon les résultats du toucher rectal:** La douleur avec hypertonie sphinctérienne a été retrouvée chez tous les malades.



**Tableau X répartition des malades selon les résultats de l'anorectoscopie:**

Résultat ano rectoscopie	Effectif	Pourcentage
Fissure jeune évolutive	1	2,5%
Fissure chronique infectée	4	10%
Ano rectoscopie non faite	7	17,5%
Fissure chronique non infectée	28	70%
total	40	100

La fissure chronique non infectée a représenté 70% des cas à l'anorectoscopie. 1 cas de fissure jeune évolutive résistant au traitement médical a été observé.

**Tableau XI répartition selon le résultat de la sérologie HIV:**

Sérologie HIV	effectif	pourcentage
Sérologie non faite	32	80%
HIV négative	7	17,5%
HIV positive	1	2,5%
Total	40	100

80 % n'ont pas donné leur consentement au test du VIH sida.

**Tableau XII répartition des malades selon la notion de traitement traditionnel:**

Traitement traditionnel	effectif	pourcentage
Fait	22	55
Non fait	18	45
total	40	100

55%des patients ont effectué un traitement traditionnel avant de nous consulter. Le traitement traditionnel est à base de laxatif (plante médicinale)

**Répartition des malades selon le traitement médical associé:**

Le bain de siège aux antiseptiques était systématique dès J1 post opératoire, la prévention anti tétanique (sérothérapie SAT et vaccination VAT) a été effectuée chez l'ensemble des patients de même que l'utilisation des antalgiques, des anti-inflammatoires et des laxatifs.

**Tableau XIII répartition des malades selon la technique du traitement chirurgical:**

Traitement chirurgical	effectif	pourcentage
Fissurectomie+dilatation anale	18	45
Fissurectomie+ hémorroïdectomie	17	42,5
Fissurectomie+fistulectomie	3	7,5
Fissurectomie+Sphinctérotomie	1	2,5
Fissurectomie+ Thrombectomie	1	2,5
Total	40	100

La Sphinctérotomie partielle associée à la fissurectomie n'a été appliquée que chez 1 patient de sexe masculin, âgé de 50ans qui présentait une fissure commissurale antérieure évoluant depuis 6ans sans autre particularité.

**Répartition des malades selon le type d'anesthésie: L'anesthésie locorégionale a été effectuée chez l'ensemble des patients soit 100% des cas.**

## **C-Suites opératoires**

**Tableau XIV répartition des malades selon la durée d'évolution en mois:**

Durée d'évolution	effectif	pourcentage
0 à 12 mois	18	45
13 à 24mois	5	12,5
Supérieur à 24 mois	17	42,5
Total	40	100

42,5% des patients présentaient les signes de la maladie depuis plus de 24 mois. Les délais extrêmes sont de 3 mois et de 13ans, la durée d'évolution moyenne est de  $3,25 \pm 2,82$  ans.

**Tableau XV répartition selon la durée d'hospitalisation en jours:**

Durée d'hospitalisation	effectif	Pourcentage
1 à 5Jours	37	92,5
Supérieur à 5 Jours	3	7,5
Total	40	100

La durée moyenne d'hospitalisation est de 2,6j.

**Tableau XVI répartition des malades selon les suites opératoires immédiates:**

Suites opératoires	effectif	Pourcentage
Suites simples	39	97,5
complication	1	2,5
total	40	100

Un seul cas d'hémorragie post opératoire a été observé.

**Répartition des malades selon les suites opératoires dans le 1<sup>er</sup> mois post opératoire: simples dans 100% des cas.**

**Tableau XVII satisfaction des malades après l'acte chirurgical à moyen et long terme:**

Avis du malade	effectif	Pourcentage
satisfaction	38	95
Pas de satisfaction	2	5
Total	40	100

Seuls 2 patients n'ont pas eu satisfaction après l'acte chirurgical, il s'agit d'une patiente de 40ans HIV positif chez qui les signes cliniques ont persisté et un patient de 44ans reçu pour récurrence de fissure chez qui une tumeur d'allure maligne était associée à la fissure.

**Tableau XVIII répartition selon la technique du traitement chirurgical et le nombre de survenues de la maladie:**

Episode	1 <sup>er</sup> épisode	récidive	Total
traitement chirurgical			
Fissurectomie	17	1	18
Fissurectomie+Hémorroïdectomie	15	2	17
Fissurectomie+Fistulectomie	3	-	3
Fissurectomie+Sphinctérectomie	1	-	1
Fissurectomie+Thrombectomie	1	-	1
Total	37	3	40

Il n'existe pas de relation entre la technique chirurgicale et le nombre d'épisode.

**Tableau XIX répartition selon l'âge en année et le traitement traditionnel:**

Age	15 à 30 ans	31 à 45 ans	Sup à 45 ans	total
traitement traditionnel				
effectué	9	11	2	22
non effectué	7	11	-	18
Total	16	22	2	40

$\text{Khi}^2 = 0,15$  non significatif,  $p=0,70$ . L'âge n'est pas un facteur déterminant pour le traitement traditionnel

**Tableau XX répartition des malades selon l'âge et le nombre de survenue de la maladie:**

Age nombre survenue	15 à30 ans	31à45 ans	Sup à 45ans	total
1 <sup>ère</sup> épisode	16	20	1	37
Récidive	-	2	1	3
Total	16	22	2	40

La récurrence n'a pas de rapport avec l'âge du sujet

## V-Commentaires et Discussions:

La fissure anale a constitué 3,28% de l'ensemble des consultations en chirurgie générale de janvier 2000 à juillet 2008, de 1979 à 1997 elle a représenté 4% de l'ensemble des consultations en chirurgie à l'hôpital du point G [2] par contre elle occupe 13% des consultations proctologiques en **France** [15].

Le nombre de consultation à été de 3 en moyenne par malade; 33,05% des fissures anales ont été traitées chirurgicalement.

Le sexe semble un facteur de risque de la fissure anale primitive (tableau XXI).

**Tableau XXI Répartition des malades selon le sexe et les auteurs**

auteurs	homme	femme	total
Ellen N et coll. [8]	76,2%	23,8%	21
Diarra et coll. [5]	66,3%	33,7%	132
CHU Tokoin [25]	77,4%	22,6%	168
Notre étude	60%	40%	40



Les adultes constituent la couche la plus atteinte (Tableau XXII)

**Tableau XXII Répartition des malades selon l'âge et les auteurs**

auteurs	Age moyen	effectif
Diarra et coll. [5]	36,43± 9,95	132
Fall et coll. [9]	38	31
Ellen E et coll. [9]	40	21
Minguez et coll. [20]	49,5	140
Notre étude	32,9±10,26	40

Les professions considérées comme étant à bas revenu (élèves/étudiant, ménagère, paysans) constituent 42,5% de nos malades.

Seul 1 malade nous est parvenu en urgence ; il s'agissait d'un cas de thrombose hémorroïdaire chez qui l'exploration a permis de découvrir une fissure commissurale postérieure.

La douleur anale est le principal motif de consultation avec 60% des cas.

La douleur est le signe clinique le plus fréquent dans la fissure anale (Tableau XXIII)

**Tableau XXIII Répartition des malades selon les signes cliniques et les auteurs**

Signes cliniques \ auteurs	Diarra et coll.	Notre étude	Ellen N et coll.
Douleur anale	92,42%	100%	100%
Ecoulement anal	70,4%	70%	-
Prurit anal	15,2%	45%	-
constipation	-	85%	-
Diarrhée	3,8%	-	-

La douleur à 3 temps caractérise la fissure anale (Tableau XXIV).

**Tableau XXIV : Répartition des malades selon les caractéristiques de la douleur et les auteurs**

auteurs	Douleur à 3temps
Diarra et coll.	79,5%
Notre étude	57,5%

L'écoulement était sanguinolent dans 71,4% des cas contre 84,4% pour Diarra et coll. [5]

55% des patients ont d'abord essayé un traitement traditionnel constitué de laxatif à base de plantes médicinales en infusion.

Si les antécédents sont retrouvés, il s'agit de la notion de diabète familiale 5 fois sur 40, 1 cas d'interruption volontaire de la grossesse a été observé

Les facteurs favorisants retrouvés ont été: 1 cas de sérologie HIV positive observé, ce test n'étant pas systématique, seuls 8 patients sur 40 ont accepté volontairement de le faire. 1 cas de fissure a été observé après 1 accouchement et 2 cas d'alcoolisme tabagisme ont été les principaux facteurs favorisants retrouvés par Diarra et coll. [5].

Seuls 3 cas de récurrence ont été observés soit 7,5% : 1 cas chez un patient de 44 ans militaire retraité chez qui il a été suspecté une tumeur d'allure maligne, le 2<sup>e</sup> chez 1 patient de 32 ans, gendarme alcool-tabagique présentant une fissure commissurale postérieure avec hémorroïdes et antécédent de dermatose généralisée, la sérologie HIV n'a pas été acceptée par le malade. Le 3<sup>e</sup> cas de récurrence a été observé chez un gendarme de 31 ans opéré pour fissure anale il ya 10 mois, tabagique avec notion de diabète familial. Sur un total de 140 patients Minguez et coll. [20] en 2008 ont retrouvé 12% de récurrence chez des patients ayant subi une sphinctérotomie latérale percutanée contre 4,6% chez des patients ayant subi une sphinctérotomie à ciel ouvert.

La fissure anale est une pathologie qui tend vers la chronicité. 42,5% des patients présentent la pathologie depuis plus de 2 ans. La durée moyenne a été de 3,25 ans contre 3 ans selon les études de Fall et coll. à **Dakar** [9] en 2002 chez 31 patients souffrant de cette pathologie.

L'état général était conservé chez tous nos patients. Il n'existe pas de relation directe entre l'état général du patient et la pathologie fissuraire, les autres travaux réalisés en ont moins discuté.

La fissure anale chronique non infectée constitue la forme la plus décrite à l'anorectoscopie, nous l'avons retrouvé dans 70% des cas contre 52,3 % de fissure évoluée au CHU de **Brazza** [8].

45,2% des patients étaient du groupe sanguin O+ ; sur 8 tests HIV réalisés seul 1 s'est révélé positif (HIV1 et 2) une étude menée sur 434 patients atteints de pathologies ano rectales, âgés de 20 à 40ans, tous atteints de VIH, 87,1% étaient atteints de VIH1; VIH2: 8,1% ; VIH1 et 2: 48% à **Bangui** selon une étude rétrospective s'étendant sur 4ans [31].

La maladie hémorroïdaire a été la plus fréquemment associée à la fissure (Tableau XXV)

**Tableau XXV : Répartition des malades selon les pathologies associées à la fissure et les auteurs**

auteurs	hémorroïdes	fistule	marisque	Po-lype	Tumeur
Diarra coll. 1979-1997(132cas)	29,54%	6,05%	23,48%	0,8%	-
CHU Tokoin [25] 1993-2002(168 cas)	-	-	-	3	4
Notre étude 2000-2008(40cas)	50%	5%	20%	2,5%	2,5%

La commissure postérieure reste le siège de prédilection de la fissure anale (Tableau XXVI)

**Tableau XXVI : Répartition des malades selon le siège de la fissure et les auteurs**

auteurs	année	total	Commissure postérieure
Diarra et coll. [5]	1979-1997	132	79,51%
Ellen N et coll. [8]	1999-2004	21	66,6%
Notre étude	2000-2008	40	62,5%

Tous les patients ont bénéficié de la fissurectomie avec dilatation anale, elle à été associée à l'hémorroïdectomie dans 35% des cas. La Sphinctérotomie partielle à été indiquée une seule fois chez un patient. L'équipe de Diarra et coll. a pratiqué la fissurectomie associée à la dilatation anale dans 52% des cas, la fissurectomie seule dans 34,6% des cas, la fissurectomie avec sphinctérotomie latérale dans 9% des cas, l'anoplastie a été associée à la fissurectomie dans 4% des cas.

1 cas d'hémorragie post opératoire a été observé chez un sujet de 44 ans opéré pour récurrence de fissure chez qui une tumeur d'allure maligne a été observée en per opératoire, un pansement compressif a été effectué pour arrêter l'hémorragie. Les suites ont été simples dans 97,5% des cas contre 92,3% retrouvé par Diarra et coll. [5] avec incontinence aux gaz dans 3,84% et infection de la plaie dans 3,84% des cas. Siddique et coll. [29] ont trouvé 6% d'incontinence aux gaz et aux selles liquides après une sphinctérotomie contre 0% chez les patients traités au trinitrate de glycérine en pommade.

Dans le mois suivant l'intervention chirurgicale les suites ont été simples dans 100% des cas.

La durée d'hospitalisation: La fissure anale ne nécessite pas une longue durée d'hospitalisation, la moyenne est de 2,6j.

Les avis ont été favorables dans 95% des cas.

Seuls 2 patients n'ont pas eu satisfaction après l'acte chirurgical, il s'agit d'une patiente de 40ans HIV positif chez qui les signes cliniques ont persisté et un patient de 44ans reçu pour récurrence de fissure chez qui une tumeur d'allure maligne était associée à la fissure.

## **VI Conclusion et Recommandations:**

### **Conclusion :**

La fissure anale est une pathologie assez fréquente dont le diagnostic est essentiellement clinique. La fissure jeune se traite médicalement et la chirurgie n'est indiquée que dans les cas de résistance au traitement médical ou pour les fissures chroniques. Les suites opératoires sont en général simples, mais peuvent survenir à long terme l'incontinence ou la sténose anale. La récurrence est possible quelque soit le type de traitement entrepris.

### **Recommandations:**

#### **Aux autorités :**

Formation de personnels en nombre et en qualité.

Création de services adéquats pour la prise en charge des pathologies proctologiques.

#### **Aux malades:** Eviter l'automédication

Consulter dans les structures adéquates en cas de gêne ou de douleur anale.

#### **Aux personnels de la santé :**

Savoir référer les malades au spécialiste à temps.

## **VII-References:**

- 1- Brisinda G, Bentivoglio AR, Cassetta E, Gui D, Albanese A. Botulinum toxin injections in the internal anal sphincter for the treatment of chronic anal fissure long-term results after two different dosage regimens. *Ann Surg* 1998;228: 664-9.
- 2- Crossover T, Gupka PJ. Evaluation de la douleur dans la fissure anale chez les patients à consommation élevée de piment rouge. Hospital recherche center Nagpur Inde. *Arg Gastro entérol* 2008;2:162-168.
- 3- Crossover T, Gupka PJ Hospital recherche center Nagpur India. Anale fissure treatment in India. *Arg Gastro entérol* 2008;2:124-7.
- 4- DIALLO G, Sissoko F, Maïga MY, Traoré AK dit Diop, Ongoïba N, DEMBELE M, Coulibaly Y, Diallo A, Mariko H, Koumaré AK. La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G. *Mali méd.* 2003;18:236-9.
- 5- Diarra B M: fissure anale primitive en chirurgie B Hôpital du point G Bamako 192 cas. Thèse de médecine 98 M. 67.
- 6- Eisenhammer S surgical correction of chronic internal (sphincteric) contracture. *S Afr Med J* 1951;25:486.
- 7- Eisenhammer S the evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to an anal fissure. *Surg gynecol obstet* 1959;109:583.
- 8- Ellen N, Okiémy G, Koutaba E, Chocolat R, Massamba Miabahu, 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;2:292-95.
- 9- Fall B, Diao B, Mbengué M, Ndiaye A. Prise en charge des fissures anales chroniques au CHU le Dantec. *Dakar méd.* 2002;47:31-2.



- 10- Goliger JC. Surgery of the anus rectum and colon (4e éd). Baillere thindall. London 1984;113:63-8.
- 11- Grandjean P. Fissure anale à l'heure du traitement chirurgical. Léiomyotomie postérieure avec anoplastie ou Sphinctérotomie latérale int. J med Lyon 1987;68:47-49.
- 12- Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. Dis Colon Rectum 1997;40:229-33
- 13- Hoffmann Dc, Goliger Jc lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure.Br med j 1970;3:673-675
- 14- Hugues ES. Anal fissure. Br. Med j 1953;2:803-805
- 15- Jean Luc F. La fissure anale enquête de pratique diagnostique et thérapeutique en France Aout 2007;1 (3):199-203.
- 16- Jost WH, raulf F, Muller, Lobeck H results of surgical treatment. Coloproctology 1991; 13:110-113.
- 17- Kortbeek jb, langevin Jm, Khoo RE, Heine JH chronic fissure in ano: randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. Dis colon rectum 1992;35:835-837.
- 18- Loder PB, Kamm MA S, Nicholls RJ, Phillips RKS. Reversible chemical sphincterotomy by local application of glyceryl trinitrate; British Journal of surgery; September 1994;81:1386-1389.
- 19- Lombard R, Barth X. Traité de technique chirurgicale appareil digestif (EMC) 1995; 40-700.
- 20- Minguez M Garcia E, Granéro S, Garcia B, Faiz O, Peclapez E, Lledos S. Sphinctérotomie latérale interne pour fissure anale idiopathique à propos de 140 cas. Département de chirurgie générale, l'unité du colon hôpital clinique universitaire de Valence Espagne, colorectal Dis 2008; 15 [Epub ahead of print]

21- Nielsen MB, Ras mussen o Pedersen jf, chritiansen j. risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure in ano. An endosonographic study. Dis colon rectum 1993;36: 677-680.

22- Notoras MJ. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for anal fissure. A new technic. Proc R soc med 1969 méd. J 2008;2(53 18):1500-3.

23- Parks AG the management of the fissure in ano. Br. J surg 1956;43:337.

24- Parnaud E, Arnous, Denis J. La léiomyotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales. Presse méd. 1968;76:1661-1663

25- Pitché P, Kombaté K, Gbadoé AD, Tchangaï W. Prise en charge chirurgicale des affections anorectales non malformatives au CHU Tokoin de Lomé a propos de 168 cas. Journal africain de chirurgie digestive 2002;3:2-2

26-Récamier N(1829) cité par Maisonneuve jg. Du traitement de la fissure de l'anus par la dilatation forcée. Gazette des hôpitaux 1949;1:220.

27- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, De Graaf EJR. Ischemic nature of anal fissure. Br J Surg 1996;83:63-5.

28- Siddique MI, Murshed KM, Majid MA. Etude comparative du traitement de la fissure anale chronique par sphinctérotomie latérale interne et le traitement au trinitrate de glycéril pommade à 0,2%. Département de chirurgie Bangabandhu Sheikh Mujib medical university Shah bag, Dhaka 1000 Bengladesh 2008;18:71-77.

29- Staumont G, Suduca JM. Thérapeutiques en proctologie : la fissure anale, de nouveaux concepts physiopathologiques et thérapeutiques. Gastroenterol Clin Biol 1998;22:148-54.

30- Touré O. Etude des fistules anales primaires dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré à propos de 64 cas. Thèse de médecine 2006; M 135.

31- Yassibanda S, Ignaléamoko A, Mbelesso P, Bobossi GS, Boua N, Camego police SM, Wabolou P, Vohito MD Pathologie ano rectales à Bangui(RCA) Mali médical 2004;19(212):34-9.

## IX Résumé:

NOM : KEITA

Prénom : Fodé Mory

Pays : MALI

**Titre:** Fissure anale : Aspects diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de BAMAKO.

**Nos objectifs** étaient d'étudier le traitement chirurgical, de déterminer la fréquence de la fissure anale primitive, de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques, analyser les suites opératoires afin de dégager des recommandations sur sa prise en charge.

**L'étude** était rétrospective, elle s'est déroulée de janvier 2000 à juillet 2008 au CHU Gabriel Touré de Bamako.

40 patients sur 121 soit 33,05% ont été traités chirurgicalement.

**L'âge moyen** était de 32,9 ans  $\pm$  10,26. Le sexe ratio = 1,5 en faveur des hommes.

**La douleur anale** était le signe clinique rencontré chez tous les patients soit 100% des cas.

**Les localisations** à la commissure postérieure étaient les plus fréquentes soit 62,5% des cas.

**Les pathologies associées** étaient constituées principalement par la maladie hémorroïdaire 50% marisque 25% polype 3,4% tumeur d'allure maligne 3,4%. La sérologie HIV était libre et volontaire, il y a eu un seul cas de positivité aux VIH1 et 2 a été observé sur 8 ayant accepté de faire le test.

**Le traitement traditionnel** a été pratiqué chez 55% de nos patients.

42,5% des patients ont un délai de consultation supérieur à 2 ans. Le traitement de choix de la fissure anale chronique est chirurgical.

La fissurectomie avec dilatation anale à été effectué chez l'ensemble des malades. Elle a été associée à l'hémorroïdectomie dans 42,5% des cas.

**Les suites opératoires** ont été simples dans 97,5% des cas, 95% des patients étaient satisfaits à la sortie de l'hôpital.

## FICHER –CHIRURGIE GENERALE-HGT

1. N° Fiche / / / / / / /
2. N° Dossier du malade / / / / / / /
3. Date de consultation / / / / / / / / /
4. Nom et prénoms.....
5. Age en année / / / / /
6. Sexe 1=homme, 2=femme / /
7. Adresse habituelle .....
8. Contact a Bamako.....
9. Provenance / /
- 1=Kayes 2=Koulikoro, 3=Sikasso, 4=Ségou, 5=Mopti, 6=Tombouctou,  
7=Gao, 8= Kidal, 10= Bamako 11= autre, 99= indéterminé.
- 9a : autre à préciser.....
10. Nationalité / /
- 1=maliennne 9= autre
- 10a.si autre à préciser.....
11. Adressé par / /
- 1=venu de lui-même 2=médecin 3=infirmier 9=autre 99=indéterminé.
- 11a.si autre à préciser.....
12. Principales activités / /
- 1=cadre sup étudiant élève, 2=cadre moyen, 3=commerçant, 4=paysan,  
5=manœuvre, 6=ménagère, 7= élève étudiant, 9=autres
- 12a.si autre à préciser.....
13. Ethnies / / /
- 1=bambara, 2=malinké, 3=peulh 4=sonhaï 5=Sarakolé 6=sénoufo 7=bobo  
,8=minianka 11=tauareg 10=dogon 9=autres 99=indéterminé.

13a. Si autre à préciser.....

14. Mode de recrutement / /

1= urgence 2= consultation normale

15. Date d'entrée / / / /

16. Date de sortie / / /

17. Durée d'hospitalisation en jour / / /

18. Durée d'hospitalisation post opératoire / / /

19. Motif de consultation / /

1=douleur anale, 2=prurit anal, 3=sens de bouton anal, 4=écoulement anal, 5=sens de corps étranger anal, 9=autre

19a. Si autre à préciser.....

20 Signes fonctionnels / / / /

1=douleur anale 2=constipation, 3=prurit anal, 4=sens de bouton anal, 5=1+écoulement anal, 6=1+sens de corps étranger anal, 7=1+2, 8=1+3, 16=1+4, 10=3+4, 11=2+3, 12=2+4, 13=2+5, 14=1+2+3, 15=2+3+4+5, 99=autre

20a. Si autre à préciser.....

21 Rapport douleur/défécation / /

1=douleur à 3temps, 2=après selles, 3=pendant selles

22 Caractère de l'écoulement anal / / /

1=sanguinolent, 2=purulent, 3=séreux, 4=Séropurulent

23 Traitement traditionnel sans succès / /

1=oui 2=non

24 Antécédents du malade / /

1=sans antécédent particulier, 9=autre

24a. Si autre à préciser.....

25 Facteur favorisant retrouvé / /

1=néant, 9=autre

25a. Si autre à préciser.....

- 26** Nombre d'épisode / /  
1=1<sup>er</sup> épisode, 2= récursive
- 27** Durée d'évolution en mois / / / /
- 28** Etat général du malade / /  
1=bon, 2=mauvais
- 29** Résultat du Toucher rectal / /  
1=douleur, 2=sang, 3=1+2, 4=1+sphincter tonique, 9=autre
- 29a.** si autre à préciser.....
- 30** Résultats de l'anorectoscopie .....
- 31 Résultats du Groupage rhésus** / /  
1=A+,2=B+,3=AB+,4=O+, 5=A- 6=B- 7=AB- 8=O-
- 32 Résultat si sérologie HIV faite** / /  
1=négative, 2=hiv1 positif, 3=hiv2 positif, 4=2+3
- 33** Pathologies associées / / /  
1=hémorroïdes 2=marisque 3=fistule 4=polype ,9=autre
- 33a.** Si autre à préciser.....
- 34** siège de la fissure / /  
1=commissure postérieure, 2=commissure antérieure, 3= bipolaire  
4= para commissurale
- 35** Nombre de fissure / /  
1=unique, 2=supérieur à 1
- 36** Technique du traitement chirurgical / /  
1=fissurectomie, 2=1+ hemorroïdectomie, 3=2+fistulectomie,  
4=1+fistulectomie, 5=1+dilatation anale, 9= autre
- 36a.** si autre à préciser.....
- 37** Type d'anesthésie / /  
1=alr, 2=ag, 3=al
- 38** Traitement médical associé / /  
1=laxatif+bain de siège+ antalgique, 2=1+antibiotique, 3=1+SAT +vat, 9=autre
- 39** Suites opératoires pendant l'hospitalisation / /  
1=saignement, 2=infection, 3=suites simples, 9=autre



39a. Si autre à préciser .....

40 Suites opératoires au delà de 1 mois  
1=incontinence, 2=récidive, 3=simples 4=sténose anale, 9=autre

Durée d'hospitalisation en jour

41 Résultat du traitement  
1=mauvais (séquelles présentes), 2=bon (pas de séquelles)

42 séquelles présentes: nature .....

43 Avis du malade après chirurgie  
1=satisfait, 2=non satisfait, 3=pas de réponse.