

Prise en charge à l'officine

Fissures anales et hémorroïdes: similitudes et différences

Sara Oualidi, Carole Bandiera, Olivier Bugnon, Jérôme Berger

En présence d'un saignement au niveau de la zone anale, les patients partent du principe qu'ils souffrent «d'hémorroïdes». Mais il peut aussi s'agir d'une fissure anale. Si la prise en charge à l'officine est identique pour les deux affections, les traitements sur prescription peuvent être différents.

Les patients confondent souvent maladie hémorroïdaire et fissure anale, respectivement premières et deuxième affections anales les plus fréquentes. La prévalence de la fissure anale est la même chez les deux sexes, mais est plus élevée chez l'adulte jeune ou d'âge moyen (36–39 ans), ainsi que chez l'enfant ou le sujet âgé. La maladie hémorroïdaire est, elle, surtout fréquente entre 45 et 65 ans [1,2].

Ces deux affections ont certains points communs, notamment la présence de saignements, de démangeaisons et parfois de douleurs [2,3]. Un examen clinique de la zone anale n'étant pas envisageable en officine, il n'est parfois pas possible de les distinguer clairement lors d'un entretien de triage. Toutefois, il n'est pas essentiel à l'officine de toujours pouvoir distinguer entre ces deux pathologies dans la mesure où la prise en charge des cas bénins reposent sur les mêmes conseils et traitements, à savoir une prise en charge de la douleur et un ramollissement des selles en cas de constipation sous-jacente.

Fissure anale

Une fissure anale est une lésion superficielle du canal anal, à la limite de la jonction entre la peau et la muqueuse (au niveau de la commissure de l'anus). Ses symptômes typiques sont une défécation douloureuse (douleur vive et/ou lancinante), avec présence de sang frais sur les selles et/ou sur le papier toilette [3,4].

La douleur, liée à la défécation, peut persister jusqu'à plusieurs heures. On distingue deux stades de fissures anales: la phase (sub) aiguë se caractérise par une douleur prédominante alors que la phase chronique (qui dure plus de six semaines) donne plutôt lieu à des démangeaisons avec une légère sensation de brûlure [1,2,4].

Hémorroïdes

La maladie hémorroïdaire, appelé plus couramment «hémorroïdes», provient de la dilatation de vaisseaux veineux et artériels de la zone anale. En fonction de son stade, elle se caractérise aussi par des saignements, surtout à la surface des selles ou dans la cuvette, des douleurs sourdes (comme une brûlure au moment de la défécation et en position assise), des sensations de brûlures, des démangeaisons et une sensation de corps étranger [2,5].

La maladie hémorroïdaire a donc comme origine un trouble veineux au niveau de la muqueuse anale, alors qu'une fissure anale a comme origine une lésion de cette même muqueuse [6].

Quelques causes et facteurs de risque en commun

L'étiologie de la fissure anale est principalement liée aux traumatismes anaux, notamment en cas de constipation (passage traumatique des selles), diarrhées de longue durée, suite à un accouchement par voie basse ou de rapports sexuels anaux. Ces microtraumatismes peuvent conduire à un cercle vicieux: constipation – douleur à la défécation – spasme du sphincter interne – diminution de la vascularisation du sphincter – diminution de la perfusion du sphincter – retard de la cicatrisation, etc. [4].



Douleurs, sensations de brûlures, démangeaisons... le passage par les toilettes est redouté en cas de fissures anales ou d'hémorroïdes.

© Shutterstock

D'autres raisons non mécaniques peuvent aussi être en cause, comme l'utilisation abusive de laxatifs, l'utilisation prolongée de pommade ou suppositoires à base de corticoïdes ou l'utilisation d'isotrétinoïne (Roaccutan® et génériques) par voie orale [1].

Contrairement aux fissures anales, la cause des hémorroïdes est mal définie et multi-factorielle. On distingue une cause anatomique par diminution de l'élasticité des veines, une cause physiologique par augmentation de la pression dans le plexus hémorroïdal (par exemple en cas d'insuffisance cardiaque) et une cause mécanique, par le besoin de pousser en cas de constipation par exemple [2]. La peur de selles dures au moment de la défécation peut renforcer la constipation et créer là-aussi un cercle vicieux.

Drapeaux rouges identiques

En présence d'un saignement de la zone anale, les patients partent du principe qu'ils «souffrent d'hémorroïdes». Une rectorragie (présence de sang dans les selles) peut toutefois être provoquée par d'autres pathologies telles que cancers (colorectal ou épidermoïde), diverticulite, polype, infection sexuellement transmissible ou abcès péri-anal.

Un triage pharmaceutique est donc indispensable afin d'identifier la présence éventuelle de signaux d'alarme nécessitant une consultation médicale: perte de poids/appétit récente et involontaire, antécédents familiaux de cancer colorectal, premier épisode chez une

Tableau 1. Traitements topiques contre les fissures anales.

	Traitement (DCI)	Classe	Posologie
Traitement de première intention	Xylocaïn® (lidocaïne) gel 2%	Anesthésique local	Plusieurs fois par jour (avant et après chaque selle).
	Emla® (lidocaïne, prilocaïne) crème		
Traitement de deuxième intention	Rectogesic® (trinitrate de glycéryle) 0,4%*	Dérivé nitré	2,5 cm de pommade deux fois par jour pendant maximum huit semaines.
	PM: Diltiazem gel 2,0%*	Inhibiteur calcique	Deux fois par jour (après le passage à selle).
	PM: Nifédipine pommade 0,2 ou 0,5%*		Deux à quatre fois par jour (après le passage à selle).
	Botox® (toxine botulique)	Myorelaxant à action périphérique	Injections dans les sphincters internes et externes.

* prise en charge par l'assurance de base.

personne de plus de 50 ans, saignement important en fin de défécation, selles noirâtres, sang mêlé aux selles, prolapsus devant être remis en place manuellement, présence d'autres symptômes comme fièvre, nausée ou vomissements. De même, une persistance de symptômes plus de trois semaines devrait conduire à une consultation médicale [2,4,5].

Guérison spontanée fréquente

Les fissures anales guérissent spontanément chez au moins la moitié des patients en moins de six semaines, mais les récurrences sont fréquentes [1]. Pour les hémorroïdes, l'évolution varie d'un patient à l'autre, mais de manière générale les hé-

morroïdes bénignes se résorbent rapidement et spontanément [5]. Dans les deux cas, la régularisation du transit est un élément important pour limiter le risque de récurrence, d'où l'importance du suivi en officine.

Mesures non médicamenteuses identiques

Plusieurs mesures hygiéno-diététiques simples peuvent être conseillées. Elles sont identiques pour les deux affections anales: une toilette douce à l'eau sans savon après chaque selle et/ou un bain de siège peuvent être conseillés pour calmer la douleur. Pour prévenir ou traiter une constipation, et éviter les cercles vicieux décrits plus haut, les mesures usuelles suivantes peuvent être recommandées: privilégier une alimentation riche en fibres végétales (25 à 30 grammes par jour, avec toutefois le risque d'occasionner des douleurs abdominales et des gaz), une hydratation suffisante, une régularisation des repas et une pratique régulière d'une activité physique [1,7].

Traitements officinaux identiques

Comme pour les mesures non médicamenteuses, la mise en place d'un traitement a comme objectif de stopper le cercle vicieux de la pathologie hémorroïdaire et de la fissure anale. Les principaux traitements officinaux ont donc pour buts d'agir au niveau de la régulation du transit à l'aide de laxatifs et au niveau de la prise en charge de la douleur avec des antalgiques [1,3,6].

L'antalgique de premier choix est le paracétamol. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS – ibuprofène ou naproxène en premier choix) sont une

alternative (ou peuvent être associés si besoin au paracétamol). Ceux-ci, même à dose faible à moyenne, ont l'inconvénient d'exposer à des effets indésirables gastro-intestinaux (inconfort digestif, nausées et diarrhées). L'utilisation d'un anesthésique local sous forme de pommade, notamment avant et après la défécation, est aussi possible, p.ex. Sulgan® ou Doxi-proct® [1,7].

Pour traiter une éventuelle constipation, les laxatifs de lest, à base d'ispaghul et/ou de psyllium (par exemple Agiolax® mite sans séné granul ou Laxiplant® soft granulé), un laxatif iso-osmotique sucré (par exemple lactulose – Duphalac® sirop) ou un macrogol (par exemple Transipeg®) sont à privilégier chez l'adulte. Les principaux effets indésirables associés à ces classes médicamenteuses sont des douleurs abdominales et des ballonnements [1,5].

Enfin, afin de soulager la douleur lors de la défécation et permettre un passage non traumatique des selles, l'application d'un lubrifiant (par exemple de la vaseline) peut être conseillée [2,5].

Différences dans les traitements sur prescription

Lorsque les mesures préconisées en officine ne suffisent pas, ou dans les cas nécessitant une consultation médicale, des traitements sur prescription peuvent être employés. Après examen clinique, un diagnostic clair peut être posé, permettant de sélectionner le type de traitement approprié.

Le but principal du traitement d'une fissure anale est la réduction du spasme du sphincter anal. Pour cela, divers traitements topiques peuvent être utilisés (voir tableau 1): les anesthésiques locaux

Rappel sur le bon usage des diverses formes galéniques

L'application correcte des formes galéniques contre les fissures anales (pommades) et les hémorroïdes (pommade ou suppositoires) permet aux principes actifs d'atteindre de manière optimale leur cible [5]. Dans le cas de la maladie hémorroïdaire, les suppositoires doivent rester dans la zone anale et non être insérés dans le rectum. Il faut ainsi les tenir le temps qu'ils fondent. Les pommades doivent être appliquées à l'aide de la canule fournie en exerçant une pression sur le tube au moment où elle est retirée (ceci permet de traiter également les hémorroïdes internes).

Dans le cas d'une fissure anale, un bain de siège avec de l'eau tiède à chaude, avant l'application de la pommade, est conseillé afin de relaxer le sphincter anal interne. L'insertion du produit topique dans le canal anal peut se faire soit avec le doigt, soit à l'aide de la canule comme pour les hémorroïdes [5].

Tableau 2. Veinotoniques indiqués dans la prise en charge des hémorroïdes (liste C ou D).

DCI	Nom de spécialité	Posologie adulte journalière usuelle
Diosmine, hespéridine	Daflon® 500 mg comprimés	Un comprimé midi et soir avec repas.
Extrait sec de racine de petit houx et d'hespéridine méthylchalcone	Phlebodril® N capsules	Une gélule deux à trois fois par jour, maximum deux semaines.
Oxérutines	Venoruton® comprimés effervescents 1000 mg	Un comprimé effervescent une fois par jour.
	Venoruton® forte comprimés 500 mg	Un comprimé deux fois par jour.

sur prescription, les dérivés nitrés locaux (nitroglycérine 0,2% ou 0,4%) et les inhibiteurs calciques par voie topique (diltiazem 2,0% et nifédipine 0,2% ou 0,5%).

Le profil d'effets indésirables est plus favorable pour les inhibiteurs calciques. En effet, une pommade rectale à la nitroglycérine expose très fréquemment ($\geq 10\%$ des patients) à des céphalées dose-dépendantes. En l'absence de réponse après huit semaines de traitements avec les dérivés nitrés ou les inhibiteurs calciques, un

traitement par toxine botulinique peut être envisagé [3,4].

Pour la maladie hémorroïdaire, le traitement consiste essentiellement à corriger les facteurs diététiques et permettre une régulation du transit à l'aide de mucilages. Un traitement oral (veinotoniques, tels que la diosmine) peut être associé pour une durée minimale de six semaines (voir tableau 2). En revanche, l'efficacité de ces préparations reste controversée [3].

En cas d'échec de ces traitements conservateurs, une intervention chirurgicale s'avère parfois nécessaire dans les deux pathologies [3,5]. ■

Références

- [1] Rev Prescrire 2017 ; 37 (400) : 119–122
- [2] Community Pharmacy: symptoms, diagnosis and treatment (3ed.) 2013 Elsevier: 172–177
- [3] Rev Med Suisse 2014;555–560
- [4] Forum Med Suisse 2013;13(38):752–755
- [5] pharManuel14, Hémorroïdes
- [6] <https://www.snfc.org/informations-maladies>, consulté le 12.03.2018
- [7] Rev Prescrire 2007 ; 27 (290) : 920–922

Adresse de correspondance

Dr Jérôme Berger
Pharmacien chef adjoint
Centre de pharmacie communautaire
Policlinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
E-Mail: jerome.berger@hospsvd.ch

Publicité



Ligue contre le cancer

Le cancer se fiche de savoir qui tu es. Mais nous, non.

C'est pourquoi nous aidons les personnes atteintes et leurs proches à vivre avec le cancer: nous les informons, soutenons et accompagnons.

Aide-nous à aider.

En savoir plus: liguecancer.ch

