

INFORMATIONS AVANT REALISATION D'UNE FISSURECTOMIE AVEC ANOPLASTIE MUQUEUSE

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. N'hésitez pas à interroger votre colo- proctologue ou votre chirurgien, le Dr pour toute information complémentaire (Tel :).

La fissure anale

La fissure anale est une déchirure de la peau du canal anal habituellement responsable d'une douleur anale rythmée par la défécation. Lorsqu'elle est chronique, elle peut s'accompagner d'un repli de chair la recouvrant en partie (marisque) ou d'une papille hypertrophique (formation de chair intracanalair anal). Elle peut se compliquer d'un abcès anal. La fissure non compliquée est cependant une maladie bénigne qui n'impose pas systématiquement d'être traitée chirurgicalement.

Pourquoi avoir choisi cette intervention ?

En cas d'échec du traitement médical, lorsque la fissure est responsable de douleurs importantes et répétées ou lorsque la fissure est associée à des complications, la prise en charge chirurgicale peut devenir la solution. Il existe plusieurs techniques chirurgicales qui peuvent ou non associer à des degrés divers une section du sphincter anal (muscle de l'anus), l'ablation de la fissure et/ou un geste de reconstruction appelée anoplastie. **La fissurectomie avec anoplastie muqueuse** a pour but d'enlever la fissure sans réaliser de lésion sphinctérienne. De plus, elle permet de retirer dans le même temps les formations associées (marisque, papille hypertrophique). Cette technique est connue et pratiquée depuis de nombreuses années sur un nombre important de patients. Le risque de récurrence est estimé à moins de 10%.

En quoi consiste cette intervention ?

Il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco-régionale (ce choix se discute avec le médecin anesthésiste lors de votre consultation de pré-anesthésie mais ne modifie en rien le geste opératoire lui-même). Cette intervention consiste à enlever au niveau du pôle postérieur de l'anus une languette de peau au milieu de laquelle se trouve la fissure (=« fissurectomie ») avec un recouvrement partiel de la plaie par une petite partie de la muqueuse (revêtement interne) du rectum (=« anoplastie muqueuse »). Il n'y a pas de section associée du sphincter anal. Le but est de remplacer la peau malade fissurée par un autre revêtement en meilleur état.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La création d'une plaie cutanée plus large que la fissure elle-même impose une cicatrisation de l'ordre de 4 à 8 semaines. L'hospitalisation habituelle varie entre 1 et 4 jours. L'arrêt de travail varie entre 2 et 4 semaines du fait des éventuelles douleurs post-opératoires et des suintements liés à la plaie chirurgicale. Il n'y a cependant pas de véritable contre-indication à la reprise

d'une activité en l'absence de douleur. Classiquement, une douleur peut être présente en post-opératoire pendant quelques jours même si dans la plupart des cas cette douleur est inférieure à celle qui existait avant l'intervention. Des suintements sont habituels après l'intervention, de même que de minimes saignements et ils persistent habituellement tant que la plaie n'est pas cicatrisée. Les soins post-opératoires sont simples (nettoyage avec un savon ou un antiseptique à la douche ou en bains de siège, application éventuelle de crème ou de pommade...) et le plus souvent ne nécessitent pas l'intervention d'une infirmière. Ces soins vous seront détaillés par votre chirurgien.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des troubles urinaires précoces (10 à 20 % des cas) marqués par une rétention d'urine le plus souvent liée à un phénomène réflexe. Elle se traite médicalement mais peut parfois nécessiter la pose temporaire d'une sonde dans la vessie. Une hémorragie précoce qui implique parfois un geste complémentaire par le médecin pour coaguler le vaisseau qui saigne. Une hémorragie secondaire rare (<1 % des cas, jusqu'au 15ème jour) due à la chute du tissu cicatriciel. Elle nécessite le plus souvent une courte hospitalisation pour coaguler le vaisseau, éventuellement sous anesthésie générale. Il est donc souhaitable de ne pas vous éloigner et vous abstenir de tout voyage en train ou en avion pendant une période de 2 semaines. Une constipation qui peut nécessiter une majoration du traitement laxatif. Parfois la formation d'un véritable "bouchon" de matières peut imposer le recours à un lavement. Une infection locale est exceptionnelle et peut nécessiter de ré-intervenir. Aucune garantie ne peut être donnée concernant l'aspect de la cicatrice. Des marisques (excroissances indolores autour de l'anus) et une cicatrisation disgracieuse sont parfois observées sans qu'on puisse parler de complication.

A quelles complications à long terme expose cette intervention?

Un retard de cicatrisation peut se produire. Les plaies cicatrisent habituellement en 4 à 8 semaines mais des délais plus longs sont possibles (parfois de plusieurs mois) dans 10 à 20 % des cas nécessitant très rarement une réintervention. D'exceptionnels troubles de la continence sont rapportés. Les troubles de la continence peuvent être favorisés par des anomalies préalables, secondaires notamment à des accouchements difficiles, à des troubles du transit ou des antécédents de chirurgie proctologique. Ils peuvent exister **avant la chirurgie**. N'hésitez pas à **en parler** à votre chirurgien car ils peuvent modifier la prise en charge. De très rares fistules par surinfection de la plaie opératoire peuvent survenir à distance nécessitant alors le plus souvent une réintervention.

Je soussigné(e) M(e)

reconnait avoir été informée par le Dr
questions nécessaires et accepte que le Dr

sur les risques de l'intervention décrite ci dessus, avoir pu poser toutes les
pratique cette chirurgie.

Pour en savoir plus : www.snfcg.org.



Fiche validée par le CREGG et la SFCD

