

Informations avant la réalisation d'une fissurectomie.

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

La fissure anale est une déchirure de la peau du canal anal habituellement responsable d'une douleur anale rythmée par la défécation. Elle est souvent liée à un trouble du transit intestinal. Lorsqu'elle est chronique, elle peut s'accompagner d'un repli de chair la recouvrant en partie (capuchon) ou d'une papille hypertrophique (formation de chair intracanalale anale). Elle peut se compliquer d'un abcès anal.

Quel est le but de 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. Dans certain cas l'aspect atypique de la fissure peut imposer une intervention pour examen histologique.

Quelles sont les alternatives ?

D'autres techniques chirurgicales peuvent associer une section partielle du sphincter anal (muscle de l'anus).

En quoi consiste cette intervention ?

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 (capuchon, 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%. Elle consiste à enlever au niveau de l'anus une languette de peau au milieu de laquelle se trouve la fissure (fissurectomie).

Une anoplastie muqueuse peut être associée à la fissurectomie, elle consiste à recouvrir partiellement 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 revêtement en meilleur état. Il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée en ambulatoire (ou courte hospitalisation si besoin) sous anesthésie générale ou locorégionale.

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'arrêt de travail varie entre 1 et 4 semaines du fait des douleurs postopératoires et des suintements liés à la plaie chirurgicale. Les soins postopératoires sont simples (hygiène locale...) et ne nécessitent pas systématiquement l'intervention d'une infirmière. Ces soins vous seront détaillés.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des troubles urinaires précoces (10 % 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 secondaire rare (<1 % des cas, jusqu'au 20ème 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 grand voyage pendant une période de 3 semaines. Une constipation qui peut nécessiter une majoration du traitement laxatif ou 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 ?

Les plaies cicatrisent habituellement en 4 à 8 semaines mais des délais plus longs sont possibles dans 10 à 20 % des cas nécessitant très rarement une ré intervention. D'exceptionnels troubles de la continence sont rapportés, ils peuvent être favorisés par des anomalies préalables, secondaire notamment à des accouchements difficiles, à des troubles du transit ou des antécédents de chirurgie proctologique. De très rares fistules par surinfection de la plaie opératoire peuvent survenir à distance nécessitant alors le plus souvent une réintervention. La persistance d'un trouble du transit expose au risque de récurrence, d'érosion de la cicatrice ou d'apparition d'une fissure sur une autre zone du canal anal sans que cela représente une complication de l'intervention.

Pour en savoir plus : www.snfc.org.