

Information avant la réalisation d'une sphinctérotomie pour fissure anale

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

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 peau la recouvrant en partie (marisque) ou d'une papille hypertrophique (formation de chair dans le canal 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.

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. Il existe plusieurs techniques chirurgicales dont la sphinctérotomie qui comporte une section très partielle du sphincter interne de l'anus (muscle de l'anus). 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%. L'alternative est la fissurectomie avec ou sans anoplastie.

En quoi consiste cette intervention ?

Il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco-régionale. Cette intervention consiste à sectionner la partie toute terminale du sphincter interne de l'anus sur quelques millimètres pour supprimer la contracture du muscle (douleur) et lever la compression des petits vaisseaux de la région. Ils récupèrent un débit normal permettant à la fissure à laquelle on n'a pas touché de cicatriser. L'excroissance (marisque ou papille hypertrophique) peut être enlevée dans le même temps.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Il n'y a pas ou très peu de plaie cutanée. La cicatrisation survient en moins de 1 à 2 semaines avec une suppression très rapide de la douleur. La chirurgie est pratiquée au cours d'un séjour qui varie de quelques heures (chirurgie dite ambulatoire) à 2 jours. L'arrêt de travail varie entre 1 et 10 jours du fait des éventuelles douleurs post-opératoires. Il n'y a pas de véritable contre-indication à la reprise d'une activité en l'absence de douleur. Les soins post-opératoires sont réduits (nettoyage avec un savon ou un antiseptique).

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des troubles urinaires précoces (5 % 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 (1%). Une hémorragie précoce qui implique parfois un geste complémentaire par le médecin pour coaguler le vaisseau qui saigne est exceptionnelle. Une infection locale est exceptionnelle et peut nécessiter de ré-intervenir.

A quelles complications à long terme expose cette intervention ?

La fissure cicatrise habituellement en 1 à 4 semaines mais des délais plus longs sont possibles nécessitant très rarement une réintervention. Les éventuels échecs de cicatrisation de la fissure peuvent conduire à discuter une résection secondaire. Des troubles de la continence ont été rapportés et concernent le plus souvent uniquement une difficulté à retenir les gaz intestinaux (flatulences involontaires, au maximum 10 % des cas). Le risque d'incontinence pour les selles est de moins de 1 %. Ils peuvent être favorisés par des anomalies préalables, secondaires notamment à des accouchements difficiles, à des troubles du transit ou des antécédents de chirurgie anale. Ils peuvent exister **avant la chirurgie**. N'hésitez pas à **en parler** à votre chirurgien car ils peuvent modifier la prise en charge.