



Informations avant la réalisation d'une cure de fistule anale par fistulotomie

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.

Quel est le but de cette intervention ?

La cause la plus fréquente d'une fistule anale est l'infection d'une glande du canal anal. Cette infection peut diffuser et créer un trajet progressant dans le sphincter anal pour aboutir à la peau autour de l'anus ou à la fesse. La fistule anale est cette communication anormale, tel un tunnel, partant de l'intérieur et s'ouvrant le plus souvent à l'extérieur. La fistule se manifeste le plus souvent par un orifice à la peau qui peut se boucher de façon intermittente, par où coule du pus et qui a pu provoquer un abcès. Seule une intervention chirurgicale peut guérir une fistule anale, le traitement antibiotique n'étant pas efficace. La fistulotomie est la plus efficace avec un taux de réussite sans récurrence à long terme de plus de 90 %. Les techniques alternatives d'obturation du trajet (colle, laser, volet de fermeture, LIFT...) ont globalement un taux de réussite de 50% et ne sont pas toujours réalisables en pratique.

En quoi consiste cette intervention ?

L'intervention, réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, consiste à identifier le trajet et l'origine de la fistule puis à réaliser la mise à plat du trajet identifié. Elle implique de couper une partie des sphincters de l'anus. Lorsque la section est limitée, la continence n'est pas menacée et le geste est effectué en une seule opération. Dans le cas contraire, si la quantité de sphincter anal traversée par la fistule est importante la règle est de réaliser cette section en plusieurs opérations successives (souvent deux, rarement plus) en coupant un peu de muscle à chaque fois. Le trajet fistuleux est repéré par un élastique souple et indolore qui reste entre les opérations séparées de quelques semaines à quelques mois.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Cette intervention est réalisée en ambulatoire ou lors d'une courte hospitalisation si besoin. Selon l'importance de la plaie, des soins seront à réaliser par vous-même ou par un infirmier : lavage, nettoyage, méchage dans la cavité résiduelle ou application simple de crème ou pommade. Si vous avez un petit élastique, il ne faut pas le couper. La cicatrisation se fait en quatre à huit semaines. L'arrêt de travail varie de quelques jours à plus d'un mois, en fonction de la plaie, des suintements qu'elle engendre et en fonction de votre activité professionnelle. Le traitement en plusieurs temps nécessite un intervalle moyen de 2 mois entre deux temps opératoires.

À quelles complications à court terme expose cette intervention ?

- Impossibilité d'uriner dans 10 % des cas se traitant médicalement ou par la pose d'une sonde urinaire
- Hémorragie postopératoire pouvant nécessiter une reprise opératoire en urgence (2-3% des cas). De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste
- Infection locale (< 2%), pouvant nécessiter une réintervention
- Formation d'un véritable "bouchon" de matières se traitant par des lavements et majoration des laxatifs
- Comme pour toute chirurgie, des complications générales sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire...
- Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles, voire des envies impérieuses d'aller la selle sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ils ne représentent pas des complications en tant que telles.

À quelles complications à long terme expose cette intervention ?

- Troubles de la continence anale avec des difficultés à retenir les gaz et quelquefois les selles. Le risque d'incontinence est faible, inférieur à 10%, en cas de fistule simple et superficielle. Il peut être plus élevé en cas de fistule profonde ou complexe, et il est majoré en cas d'anomalies préalables comme des lésions secondaires à des déchirures lors d'accouchement difficile, une diarrhée chronique ou des antécédents de chirurgie proctologique. Ils peuvent exister avant la chirurgie. Ces facteurs seront pris en compte par votre opérateur et peuvent justifier d'un traitement en plusieurs temps afin de limiter les risques d'altération de la continence
- Récidives, généralement du fait de fistules « à trajets complexes », pouvant nécessiter un nouveau geste chirurgical
- Replis de peau (marisques) et cicatrisation disgracieuse parfois observés sans être des réelles complications.

Pour en savoir plus : www.snfcpc.org.