

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.

Quel est le but de cette intervention ?

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 une constipation. Lorsqu'elle est chronique, elle peut s'accompagner d'un repli de peau la recouvrant (capuchon mariscal) ou d'une formation de chair intracanalairale anale (papille hypertrophique). Elle peut se compliquer d'un abcès anal.

En cas d'échec du traitement médical ou de douleurs importantes et répétées, cette technique chirurgicale peut être proposée. Le but est de favoriser la cicatrisation de la fissure en sectionnant partiellement l'un des muscles de l'anus (sphincter anal interne). Il s'agit d'une méthode efficace, pratiquée depuis de nombreuses années. Le risque de récurrence est estimé à moins de 10%.

En quoi consiste cette intervention ?

Cette intervention chirurgicale, réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, consiste à sectionner sur quelques millimètres la partie distale du sphincter interne de l'anus. Cela supprime la contracture du muscle qui expliquait les douleurs et entraînait la compression de petits vaisseaux. Ces derniers récupèrent un débit normal permettant à la fissure de cicatriser. Les excroissances (marisque ou papille hypertrophique) peuvent être enlevées dans le même temps. Il s'agit d'une méthode efficace, pratiquée depuis de nombreuses années.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Cette intervention est réalisée le plus souvent en ambulatoire (ou courte hospitalisation si besoin). 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. L'arrêt de travail est habituellement de 1 à 10 jours du fait des douleurs postopératoires. Les soins postopératoires sont simples (hygiène locale...) et ne nécessitent pas systématiquement l'intervention d'une infirmière.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

- Une impossibilité d'uriner dans 5 % des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire (1%)
- Une hémorragie postopératoire précoce nécessitant une reprise opératoire en urgence est exceptionnelle. De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste
- Une infection locale est exceptionnelle mais peut nécessiter une réintervention
- Comme pour toute chirurgie, des complications générales sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale.

A quelles complications à long terme expose cette intervention ?

- Le risque d'incontinence aux gaz intestinaux (flatulences involontaires) peut concerner jusqu'à 20 % des patients opérés. Le risque d'incontinence pour les selles est de moins de 1 %. Ils peuvent être favorisés par des anomalies préexistantes, 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
- 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.

Pour en savoir plus : www.snfcp.org.