

Informations avant la réalisation d'une fissulectomie avec anoplastie muqueuse

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 intracanalale anale (papille hypertrophique). Elle peut se compliquer d'un abcès anal.

En cas d'échec du traitement médical, de douleurs importantes et répétées, d'infection ou d'un aspect atypique, cette technique chirurgicale peut être proposée. Le but est de remplacer la peau fissurée par un revêtement en meilleur état. 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 enlever la fissure, et les formations associées (capuchon mariscal, papille hypertrophique). On retire ainsi une languette de peau au milieu de laquelle se trouve la fissure (fissulectomie) 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.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Cette intervention est réalisée le plus souvent en ambulatoire (ou courte hospitalisation si besoin). La plaie cutanéomuqueuse cicatrise en 4 à 8 semaines. L'arrêt de travail est habituellement de 2 à 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.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

- Des douleurs post opératoires plus intenses nécessitant d'intensifier le traitement médicamenteux
- Une impossibilité d'uriner dans 10 % des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire
- Une hémorragie postopératoire entre le 1er et le 20ème jour nécessitant dans 1% des cas une reprise opératoire en urgence. De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste
- Une constipation due à la formation d'un véritable "bouchon" de matières se traitant par des lavements et majoration du traitement laxatif
- Une infection locale est exceptionnelle mais peut nécessiter une réintervention
- Un retard de cicatrisation au delà de 8 semaines dans 10 à 20 % des cas nécessitant très rarement une ré intervention
- Comme pour toute chirurgie, des complications générales sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale
- 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 constituent pas des complications en tant que telles.

A quelles complications à long terme expose cette intervention ?

- D'exceptionnels troubles de la continence sont rapportés, favorisés par des anomalies préexistantes secondaires à des déchirures lors d'accouchement difficile, une diarrhée chronique 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 nécessitant le plus souvent une réintervention
- Des replis de peau autour de l'anus (marisques) sont parfois observés et aucune garantie esthétique ne peut être donnée
- 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.snfcpc.org.



Fiche SNFCP (septembre 2018)

