



## 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 (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 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
- 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.



À .....  
le ...../...../.....

Signature

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

**En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.**

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5).

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : [tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-Service.fr), pour vous aider à arrêter.

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36),

Je, soussigné (e) Monsieur, Madame, .....

Reconnait avoir été informé (e) par le Dr .....

En date du ...../...../.....,

A propos de l'intervention qu'il me propose :

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr ..... qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention. Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

À .....

le ...../...../.....

Signature

Cette fiche a été rédigée par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive pour vous accompagner.

Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site fcvd.fr

La FCVD ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

# PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À .....

le ...../...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Adresse :

.....  
.....  
.....  
.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

À .....

le ...../...../.....

Signature de la personne