

INFORMATIONS AVANT 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 sur les bénéfices attendus et les risques encourus par ce geste.

1 - Pourquoi avoir choisi cette intervention ?

Une fistule anale désigne une communication anormale dont l'origine se trouve au niveau de glandes normalement présentes dans le canal anal. Lorsqu'une glande s'infecte, l'infection diffuse par une sorte de tunnel - le trajet fistuleux – qui après avoir traversé le sphincter de l'anus, s'ouvre le plus souvent au niveau de la peau. Il est possible que la progression du trajet soit marquée par la constitution d'un abcès. La présence d'une fistule anale expose à des complications (abcès, diffusion de l'infection, gangrène ou septicémie). Seule une intervention chirurgicale peut guérir une fistule anale, le traitement antibiotique ne permettant que de circonscrire l'infection. L'intervention de fistulotomie proposée est la plus radicale et la plus efficace. Elle a pour but de vous guérir de l'infection actuelle avec un taux de réussite sans récurrence à long terme de plus de 90 %. Les techniques alternatives d'obturation du trajet (colle, volet de fermeture...) ont pu être évoquées avec votre médecin et n'ont pas été retenues. Elles n'ont globalement qu'un taux de réussite de 50% et ne sont pas toujours réalisables en pratique.

2 - En quoi consiste cette intervention ?

Cette intervention consiste d'abord à identifier le trajet et l'origine de la fistule puis à réaliser sa mise à plat. Elle nécessite l'ouverture de la peau pour drainer vers l'air libre toute la zone infectée. Elle nécessite toujours la section d'une partie des sphincters de l'anus et l'importance de cette section est un facteur déterminant de la décision thérapeutique. Lorsqu'elle est limitée, la continence n'est pas menacée et le traitement comporte alors une seule opération. Dans le cas contraire, la règle est d'intervenir en plusieurs temps afin de sectionner petit à petit, en plaçant un fil élastique de drainage dans le ou les trajets fistuleux repérés. Chaque trajet sera progressivement mis à plat en effectuant plusieurs opérations successives, souvent deux, quelquefois plus. L'intervention chirurgicale est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco régionale (ce choix ne modifie pas le geste opératoire). L'intervention est universellement pratiquée et des milliers de personnes ont été ainsi traités.

3 - Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La durée d'hospitalisation est en moyenne comprise entre 1 et 3 jours. Les douleurs qui suivent l'intervention sont souvent modérées et rarement présentes plus de 10-15 jours. Des soins locaux sont nécessaires et seront effectués selon leur complexité, soit par vous-même, soit par une infirmière qui pourra surveiller la qualité de la cicatrisation. L'éventuelle présence d'un fil élastique ne majore pas la gêne, et ce fil doit être impérativement préservé. Cette cicatrisation demandera en moyenne entre 6 et 8 semaines. La gêne, parfois la douleur et surtout les suintements liés à la plaie chirurgicale avec la contrainte des pansements réguliers imposent un arrêt de travail qui varie habituellement entre 2 et 6 semaines. Le traitement par plusieurs temps nécessite un à 3 mois d'intervalle entre chaque temps.

4 - À quelles complications expose cette intervention à court terme ?

Des troubles urinaires précoces sont rares, traités médicalement et exceptionnellement par un sondage urinaire. Une constipation peut nécessiter une majoration du traitement laxatif ou un lavement évacuateur. Durant les 15 premiers jours il existe un risque de saignement ou d'infection de la plaie qui requièrent rarement un geste chirurgical. Un retard de cicatrisation peut se produire dans certains cas.

5 - À quelles complications expose cette intervention à long terme ?

Des troubles de la continence anale peuvent survenir, surtout si coexistent d'autres facteurs de risque de l'incontinence tels que : diarrhée chronique, colopathie fonctionnelle, antécédent d'accouchement difficile, intervention proctologique préalable ... Ces facteurs seront pris en compte par votre opérateur et peuvent justifier un traitement en plusieurs temps afin de limiter les risques d'altération de la continence. Les récurrences sont généralement le fait des fistules « à trajets complexes » et peuvent nécessiter alors un nouveau geste chirurgical. Des replis de peau (marisque) et une cicatrisation disgracieuse sont parfois observés sans que l'on puisse parler de complication.

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les risques de l'intervention décrite ci-dessus, avoir pu poser toutes les questions nécessaires et accepte que le Dr..... pratique cette chirurgie.

Date :

Signature

*Si vous souhaitez plus d'information, veuillez consulter le site snfcp.org
Cette fiche a été réalisée en partenariat avec le CREGG et la SFCD :*