

**Dr Michel Vionnet**

Spécialiste F.M.H en chirurgie

Rue de Guillermaux 12

1530 Payerne



026/ 660 01 07



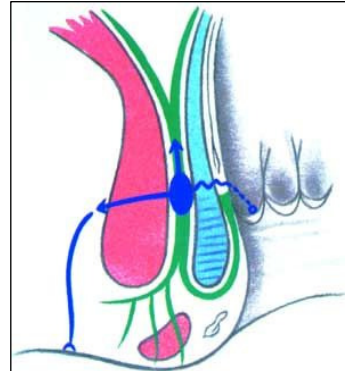
026/ 660 01 08



info@chirbroye.ch



www.chirbroye.ch



## FORMULE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

### POUR FISTULE et ABCES PARA-ANAU

**M.**

Madame, Monsieur,

#### **Vous serez prochainement opéré d'une fistule anale. De quoi s'agit-il ?**

Une fistule est une communication anormale entre deux organes qui en principe ne sont pas reliés entre eux. La fistule anale fait communiquer l'intérieur du canal anal avec la peau de la marge anale par un tunnel qui passe à travers les muscles de l'anus (sphincters interne et externe) et qui réunit les deux sites. La fistule anale est le résultat d'une infection des glandes anales qui sont situées entre les deux muscles sphincters de l'anus. Normalement, ces glandes se vident dans le canal anal par l'intermédiaire d'un canal qui traverse le muscle sphincter interne. L'occlusion du canal glandulaire va engendrer une infection de la glande. Un abcès se constituera entre les deux muscles et c'est en cherchant à s'évacuer que cet abcès va créer une fistule anale en trouvant un orifice externe. L'abcès para-anal et la fistule anale ont donc la même origine, la fistule étant l'aboutissement de l'abcès. On peut les regrouper sous le nom de "maladie fistulaire ano-rectale". Le trajet fistuleux peut prendre différentes formes : rester entre les deux muscles (trajet inter-sphinctérien), traverser les deux muscles (trajet transsphinctérien) passer au-dessus des deux muscles (trajet supra-sphinctérien). On reconnaît un orifice interne situé dans le canal anal et qui correspond à l'orifice de drainage de la glande et un orifice externe situé en-dehors de l'anus. Les premiers symptômes sont souvent ceux de l'abcédation avec dysconfort, douleurs péri-anales et gonflement. Les douleurs sont exacerbées par la défécation. Selon l'évolution des symptômes généraux, tels fièvre ou frissons, viennent compléter le tableau. La douleur croîtra et sera améliorée en cas d'ouverture spontanée à la peau (= drainage spontané). Parfois, la phase d'abcédation est peu marquée ou banalisée par le patient et les symptômes sont d'emblée représentés par le trajet fistuleux avec des écoulements purulents séro-sanglants, voire des selles, souvent aggravés par l'émission de selles qui produiront une souillure des vêtements.

Le traitement chirurgical dépend du stade de la maladie.

Pour l'abcès, il consiste en une incision large et drainage du liquide purulent avec un curetage de la cavité abcédée. En effet, à ce stade il est difficile de mettre en évidence le trajet fistuleux et notamment l'orifice interne, Après ce geste chirurgical, 25% des patients guériront et ne présenteront plus de trajet fistuleux. Les autres évolueront vers une forme chronique qui est la fistule anale.

Le traitement chirurgical de la fistule anale est l'excision du trajet fistuleux et la suppression de l'orifice interne, mais il doit préserver au maximum les muscles sphincters afin d'éviter la survenue d'une incontinence post-opératoire.

Pour les fistules inter-sphinctériennes et trans-sphinctériennes basses, (qui représentent 50 à 60% des cas) le traitement peut être obtenu par fistulotomie (ouverture du trajet fistuleux) ou fistulectomie (excision du trajet fistuleux).

Pour les fistules hautes (trans-sphinctériennes hautes et inter-sphinctériennes), la difficulté réside dans la mise en évidence de l'orifice interne et du trajet fistuleux, ainsi que par l'atteinte des deux muscles sphincters. Le traitement consiste en l'excision du trajet jusqu'au muscle sphincter depuis l'orifice externe. Si l'orifice interne et tout le trajet sont mis en évidence on peut placer à travers ceux-ci un fil ou un tuyau de façon à garder le trajet ouvert. Une fois cicatrisée la partie externe du trajet, on peut par serrage progressif et traction sur le fil ou tuyau sectionner progressivement les muscles, éliminer la partie interne du trajet fistuleux et prévenir l'incontinence anale.

### **Complications spécifiques :**

Les principales complications qui peuvent survenir après l'opération sont la récurrence et l'incontinence :

- La récurrence peut être observée jusqu'à un taux de 10%. Elle provient le plus souvent de l'impossibilité de mettre en évidence le trajet fistuleux, notamment l'orifice interne laissant une partie du tissu qui va favoriser la réapparition.
- L'incontinence post-opératoire précoce est fréquente. Elle est due à l'inflammation, à la déformation des tissus, à la douleur et aux pansements. Le risque de la voir persister est lié à la relation avec les muscles sphincters et leur section. En cas de fistule basse avec section d'une partie du sphincter interne, le risque est beaucoup plus faible. Par contre en cas de fistule haute si les deux sphincters sont coupés, ce risque augmente et peut atteindre une fréquence de 36%.

### **Complications non spécifiques à l'opération :**

Comme pour toute intervention, des complications générales telles que thrombose veineuse profonde, embolies pulmonaires ou infection peuvent survenir. Le risque de ces complications est inférieur à 1%. Pour éviter les risques de thrombose ou d'embolie, nous vous prescrivons durant votre séjour hospitalier des injections sous-cutanées d'un médicament qui prévient la formation de caillots sanguins, ceci en fonction des facteurs de risque que vous pouvez présenter ainsi que du risque hémorragique qui peut se produire après l'opération.

### **Suites post-opératoires :**

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou anesthésie loco-régionale. Vous êtes surveillé ensuite en salle de réveil puis, après s'être assuré que tout est en ordre, vous pouvez regagner le service. S'il n'y a pas de complication secondaire à l'opération et que vous avez parfaitement récupéré de l'anesthésie, un retour à domicile est envisageable en fin de journée. Dans le cas contraire, vous resterez à l'hôpital dans la nuit suivant l'opération. Localement est appliqué un pansement maintenu en place par une culotte en filet. On met parfois un pansement hémostatique et un drain dans l'anus pour contrôler les saignements. Tout ceci est retiré avant le départ à domicile et remplacé par une compresse pour empêcher de salir les vêtements avec les sécrétions produites par la plaie.

Dès le retour à la maison, le traitement va consister en des douches, 4 à 6 fois par jour, pour maintenir la plaie propre, permettre une déterction et favoriser la cicatrisation. Cette dernière est habituellement atteinte vers 4 à 6 semaines. Les premiers jours, peuvent survenir des saignements parfaitement normaux en raison de la fragilité de la plaie et de la proximité de l'intervention. C'est votre médecin traitant qui vous suivra après l'opération pour contrôler l'évolution de la plaie et un contrôle est prévu au cabinet de consultations à 4 semaines post-opératoires.

**L'arrêt du travail**, qui peut être estimé entre 10 à 15 jours, dépend de votre activité professionnelle et doit être réévalué par votre médecin.

Surtout n'hésitez pas à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît important ou peu clair. Faites-nous également savoir si, en ce qui concerne l'intervention, vous souhaitez être mis au courant de manière la plus détaillée possible ou si au contraire vous préférez vous en tenir au strict minimum nécessaire. Nous vous conseillons enfin de noter les questions que vous désirez nous poser.

Lieu et date :

signature du patient

signature du chirurgien

*Certains médicaments phytothérapeutiques peuvent avoir des interactions avec des anesthésiants ou des anticoagulants, raison pour laquelle nous vous demandons de les stopper 15 jours avant votre opération*

**PS** : afin de compléter notre dossier, nous vous prions de retourner le document ci-dessus à notre secrétariat, après lecture et signature.