

8 REPARATION DES LESIONS DU SPHINCTER ANAL

Réparation immédiate

Les déchirures du sphincter anal observées dans les 24 heures suivant l'accouchement doivent être réparées immédiatement. Il ne s'agit pas d'une opération mineure. La continence future de la patiente dépend de l'habileté de la réparation.

Lors de la réparation, il est important de savoir que les sphincters anaux déchirés se rétractent aux positions 3 et 9 heures.

La réparation doit être effectuée dans une salle d'opération bien éclairée, avec un matériel chirurgical suffisant et la présence d'assistant(e)s. La réparation sous anesthésie locale est possible, mais il est préférable de placer la patiente sous anesthésie rachidienne ou générale. La patiente doit se présenter en salle d'opération avec le rectum vide.

La muqueuse ano-rectale est d'abord fermée, puis les extrémités déchirées du sphincter externe sont identifiées (le sphincter interne ne peut pas être identifié comme une couche séparée). Ces extrémités doivent être suturées avec précision, en prenant des points assez amples, à l'aide d'un fil de suture à résorption lente (de préférence PDS 2-0 ; si le PDS n'est pas disponible, utiliser Vicryl ou Dexon épais). Deux à trois points de suture sont nécessaires. Le corps du périnée est ensuite réparé, puis le vagin et la peau du périnée.

Réparation secondaire

Si la réparation ne peut être effectuée immédiatement, il est préférable d'attendre plusieurs semaines. Toutefois, la plupart des patientes se présentent plusieurs années après la survenue de leur lésion. Parfois, les patientes présentant une déchirure complète ancienne indiquent n'avoir aucun symptôme, il est donc important de s'assurer que la patiente présente réellement des fuites fécales gênantes avant de recommander une réparation. Un chirurgien compétent permet de rétablir une continence complète dans plus de 90 % des réparations. Les résultats provisoires d'une étude de suivi d'un an en cours indiquent un taux de continence complète de 95 %.

Les extrémités déchirées du sphincter s'étant rétractées sur la moitié de la circonférence anale, le simple ravivement des bords de la déchirure et leur suture n'ont que peu de chances de donner un bon résultat. La procédure correcte est illustrée sur la Figure 8.1.

Identifier d'abord l'endroit où les extrémités du sphincter anal sont susceptibles de se trouver. Cette identification n'est pas difficile, car les extrémités déchirées du sphincter tirent sur la peau sus-jacente et provoquent une sorte de fossette. La peau présente également des plis qui partent de l'anus, à l'endroit où le sphincter anal sous-jacent est contracté. Les extrémités déchirées du sphincter se trouvent à l'extrémité de ces lignes.

Utiliser une quantité suffisante d'un mélange dilué de lidocaïne et d'adrénaline (parfois dénommé « jus de jungle ») facilite la dissection et réduit les saignements. La zone est fortement vascularisée et l'adrénaline contenue dans le jus de jungle permet de maintenir l'hémostase, mais également de trouver les plans tissulaires par hydrodissection.

Placer une pince Allis sur le bord du vagin au niveau de l'emplacement de la fourchette vulvaire, généralement juste au-dessus du sphincter déchiré. Tirer sur les pinces Allis pour vous assurer que le périnée et la fourchette sont intacts à ce niveau. Une erreur fréquente consiste à trop allonger le périnée, ce qui provoque des douleurs et des dyspareunies. Inciser le long de la jonction de la muqueuse anale et/ou rectale, puis le long de la jonction de la peau périnéale et de la muqueuse anale jusqu'au niveau où se trouvent les extrémités du sphincter anal.

Mobiliser le vagin en direction opposée à l'anus, libérer le corps périnéal de la peau et dégager légèrement la muqueuse anale. Ensuite, décoller la peau au-dessus du sphincter anal et saisir le sphincter anal à l'aide d'une pince Allis. Veiller à ce qu'il soit suffisamment mobile, mais sans oublier que les nerfs anaux inférieurs se trouvent à 5 et 7 heures. Il ne doit donc pas être mobilisé au-delà.

Lorsque les deux extrémités du sphincter sont mobiles, la suture peut être réalisée. Pour maintenir le sphincter déchiré hors de la zone opérée, une pince Allis peut être maintenue à chaque extrémité du sphincter et fixée au champ opératoire latéralement à l'aide d'une pince hémostatique. Cela permet de ne pas perdre le sphincter pendant la réparation de l'anus/du rectum.

Réparer d'abord l'anus en deux plans de points séparés au Vicryl 2-0 en faisant des points solides sur la musculature. Le sphincter peut être réparé d'une extrémité à l'autre, ou par une réparation en superposition. Certains chirurgiens mobilisent même le sphincter interne et le sphincter externe séparément et les réparent séparément. Il est parfois possible de bien distinguer les sphincters interne et externe : le sphincter interne est plus blanc, c'est un muscle lisse, et le sphincter externe est plus rouge, car c'est un muscle strié. Je répare simplement le sphincter d'une extrémité à l'autre avec une suture PDS 2-0 à résorption lente et j'obtiens de bons résultats après un an de suivi. D'autres chirurgiens préconisent la technique par superposition. Chez les patientes souffrant de lésions chroniques, la question n'a pas été tranchée.

Le corps du périnée doit ensuite être reconstruit avec le reste de PDS, pour finir par la réparation du vagin et de la peau du périnée. J'utilise une suture en surjet continue au niveau du vagin, car la suture en surjet aide à maintenir la longueur du vagin, et j'utilise des points séparés au niveau du périnée. Dans de rares cas, une infection peut survenir au niveau de la plaie. Si des points séparés ont été effectués, il est facile de retirer un point pour laisser le pus s'écouler.

Cela ne sera pas possible si un surjet sous-cutané a été effectué.

Placer délicatement un tampon sur le site et laisser une sonde de Foley en place. Le tampon et la sonde peuvent être retirés le lendemain. Je demande aux patientes, une fois qu'elles sont mobiles, de se laver doucement deux fois par jour et de se sécher en tapotant, afin de garder la plaie propre.

La patiente est généralement tenue de consommer uniquement des liquides le premier jour postopératoire, puis de manger un repas léger le deuxième jour. Un repas complet avec un laxatif doux peut être donné le troisième jour. J'autorise leur sortie lorsqu'elles mangent bien, qu'elles vont à la selle normalement et qu'elles se sentent à l'aise.

Problèmes persistants

Certaines patientes reviennent nous voir en se plaignant toujours d'incontinence après la réparation d'une déchirure périnéale. Lors de l'examen clinique, le périnée est intact, mais une observation plus attentive permet de voir que la peau de l'anus antérieur est lisse et qu'elle ne présente pas les plis rayonnants qui signalent la contraction du sphincter sous-jacent. Soit le sphincter est à nouveau déchiré, soit la déchirure n'a pas été identifiée et réparée correctement lors de la première opération.

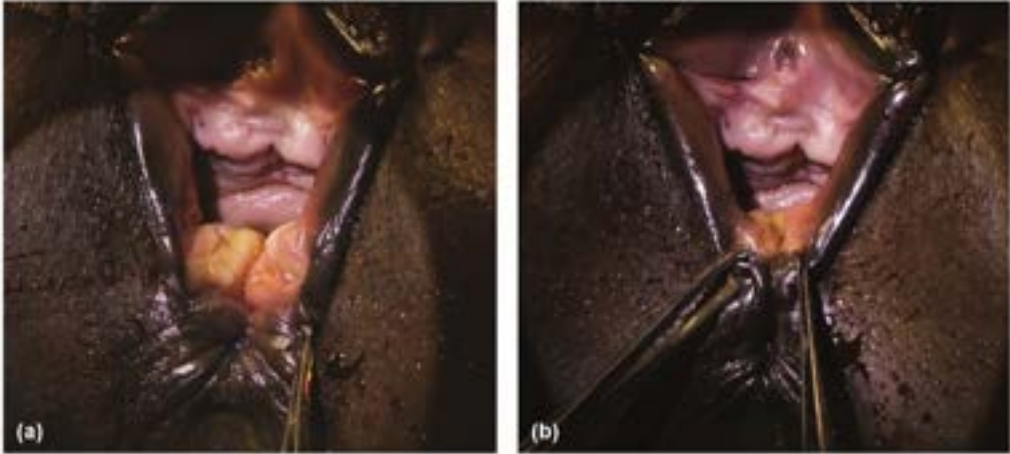
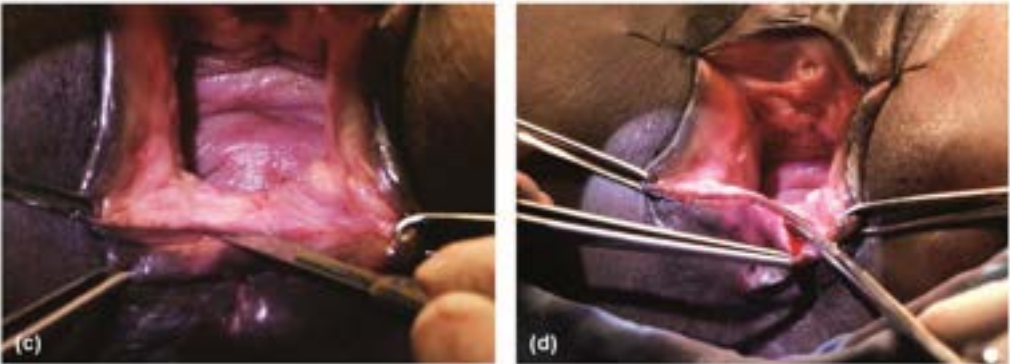


Figure 8.1

a) Déchirure périnéale de quatrième degré. La pince Allis montre l'emplacement de l'extrémité du sphincter déchiré à gauche.

b) Les deux extrémités du sphincter doivent être saisies et rapprochées sur la ligne médiane. Le périnée et la fourchette vulvaire semblent intacts.



c) Incision le long de la jonction des muqueuses vaginale et anale jusqu'à l'endroit où se trouvent les extrémités déchirées du sphincter.

d) Mobilisation.

Suite

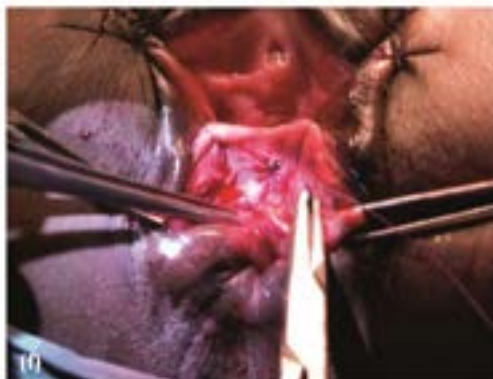
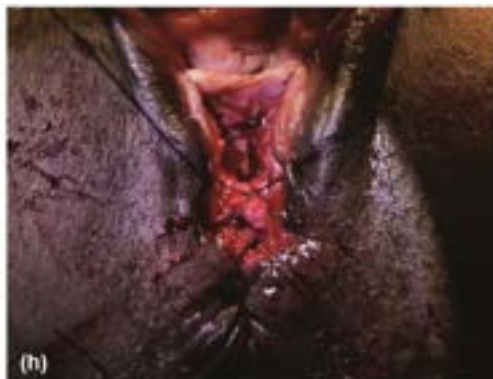


Figure 8.1 (suite)

e) Saisir l'extrémité du sphincter déchiré. Elle est située juste à côté de la muqueuse anale distale. Mobiliser les deux extrémités, gauche et droite.

f) Réparer la muqueuse anale avec des points séparés de l'apex à la marge de l'anus.



g) L'anus est réparé sur deux plans.

h) Le sphincter anal est réparé avec du PDS 2-0.



i) Vagin et périnée fermés.

Figure 8.2 (ci-dessus)

La patiente présentait à l'origine une déchirure de quatrième degré qui a été réparée lors de l'accouchement. Mais seule la peau périnéale a été suturée. Le sphincter est resté déchiré, l'apex de la déchirure n'a pas été réparé et elle avait un petit pont de peau sur le périnée.

Une petite opération est nécessaire pour mobiliser à nouveau le sphincter, de préférence avec une suture PDS 2-0 à résorption lente. Pour cela, une infiltration du périnée et du pourtour de l'anus doit être effectuée avec du sérum physiologique ou un mélange de lidocaïne et d'adrénaline (jus de jungle). La ligne médiane le long du périnée doit être incisée, et la peau sectionnée latéralement à partir du corps périnéal et vers le bas sur le sphincter anal. Saisir le tissu musculaire situé juste à côté du canal anal, de part et d'autre, et le réparer. Après la mobilisation, il apparaît parfois une perte tissulaire sur la marge de l'anus, juste dans la muqueuse. Celle-ci doit être comblée avant de réparer le sphincter. Après avoir réparé le sphincter, le corps puis la peau du périnée doivent être reconstruits. La prise en charge postopératoire doit être la même que celle d'une déchirure de quatrième degré. (Voir les derniers paragraphes de la section sur la réparation secondaire ci-dessus)

La déchirure peut également avoir été réparée de manière incorrecte chez de nombreuses patientes. L'apex de la perte tissulaire ano-rectale peut ne pas avoir été fixé, provoquant ainsi une fistule recto-vaginale (FRV). Je vois souvent des cas où seule la peau du périnée a été réparée, formant seulement un pont de peau sur le périnée, une FRV derrière et le sphincter toujours rétracté. Il est préférable de sectionner le pont cutané pour recréer la déchirure du quatrième degré et de procéder à une réparation formelle. (Figure 8.2)