



Traitement de l'ectropion par plastie cutanée anale

The anal skin plasty in the treatment of mucosal ectropion

رأب الجلد الشرجي في علاج شتر خارجي المخاطية

S. Ait laalim^{1a}, I. Tourghai¹, M. Raiss², A. Hrora², F. Sabah², K. Ibnmejdoub¹, M. Ahallat², K. Mazaz¹.

Introduction

La zone cutanée sensible de l'anus, lorsqu'elle a été excisée, est remplacée par un ectropion muqueux qui occasionne une incontinence par défaut de perception, des suintements irritants et un prurit parfois très invalidant.

Les ectropions [1] muqueux anal correspondent à l'éversion partielle ou circulaire de la muqueuse anale secondaire à une suture muco-cutanée sur la marge anale (figure 1).

Figure 1



Vue initiale de l'ectropion

C'est une complication spécifique de l'hémoroïdectomie circulaire de Whitehead. Elle peut se rencontrer également après anastomose colo- ou iléo-anale, à la suite d'un mauvais repérage de la ligne pectinée. Avant d'attribuer l'incontinence à la seule perte de la zone sensible du canal anal, il est important de vérifier l'intégrité des sphincters par échographie endo-anale.

But de l'intervention

Le but de l'intervention est :

- de supprimer l'ectropion muqueux ;
- d'assurer le recouvrement du canal anal par une zone cutanée sensible en regard de l'anneau sphinctérien.

Technique chirurgicale : Reconstruction muqueuse du canal anal

Nous décrivons ici 4 types de plasties :

- Plastie de Sarafoff
- Plastie en V-Y
- Plastie en S de Ferguson
- Plastie type Bellan

Pour ces 4 techniques le malade sera installé en position de la taille, sous anesthésie générale, locorégionale voire locale. Une préparation rectal par du Normacol® préalable est souhaitable.

Plastie de sarafoff [2]:

Elle s'utilise exclusivement pour le traitement des ectropions séquellaires de l'hémoroïdectomie de Whitehead, sans pratiquer d'exérèse de l'ectropion :

- On effectue une incision circulaire de toute l'épaisseur du revêtement cutané à environ deux centimètres de la ligne ano-cutanée. (figure 2a) ;

Tiré à part : S. Ait laalim : ¹ Département de chirurgie générale (B). CHU Hassan II. Fès. Maroc

² Département de chirurgie générale (C). hôpital Ibn sina. CHU de Salé, Rabat. Maroc / E-mail: aitalalims@yahoo.fr

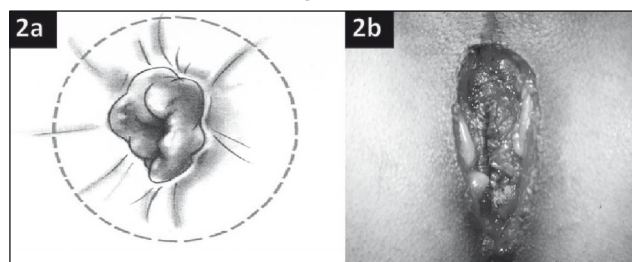
- L'incision du tissu cellulo-grasieux sous cutané est faite perpendiculairement au plan cutané, pratiquement jusqu'à l'aponévrose superficielle des élévateurs de l'anus, en ménageant la vascularisation du canal anal et en respectant l'appareil sphinctérien ;

- En cas d'ectropion localisé à une partie de la circonférence, on peut se contenter d'une incision limitée à l'arc de cercle correspondant au siège de l'ectropion ;

- On observe une ascension immédiate de l'ectropion et de la peau péri anale dans le canal anal, réalisant ainsi une plastie cutanée à ce niveau. (figure 2b) ;

- Après une hémostase soignée une compresse non adhésive est appliquée sur la plaie.

Figure 2



a: Incision circulaire cutanée b: Aspect en fin d'intervention

Plastie en V-Y [3]

Elle peut se pratiquer d'un seul côté en cas d'affection hémi-circonférentielle, ou bien de façon symétrique sur chaque côté lorsque l'atteinte à traiter est circonférentielle.

On distingue quatre temps :

- Résection complète de l'ectropion muqueux ou de la lésion cutanée et canalaire (figure 3a) ;
- Création du lambeau cutané : (figure 3b)
 - ❖ Sa taille est déterminée par celle de la plaie d'exérèse; la longueur du lambeau est égale à environ 3 fois celle de la plaie, sa largeur au moins égale à celle de la plaie ;
 - ❖ Sa forme est celle d'un triangle isocèle à base anale;
 - ❖ L'incision est effectuée jusque dans la graisse de la fosse ischio anale ;
 - ❖ Le lambeau est alors facilement mobilisé vers

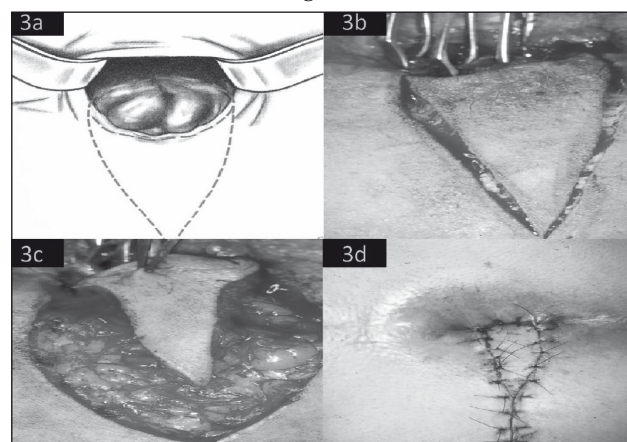
l'intérieur du canal anal recouvrant la plaie d'exérèse (figure 3c) ;

❖ Fixation du lambeau : (figure 3d).

- La base du triangle est suturée au bord libre de la muqueuse rectale par des points de fil fin résorbable ;

- Suture des autres côtés du triangle est faite, après une hémostase soignée au fil non résorbable. Du fait de la mobilisation du lambeau vers le canal anal, la plaie cutanée est fermée en Y.

Figure 3



a : Schéma de l'excision de l'ectropion. Tracé du lambeau
b : Préparation du lambeau
c : Glissement par translation du lambeau
d : Vue finale de la suture

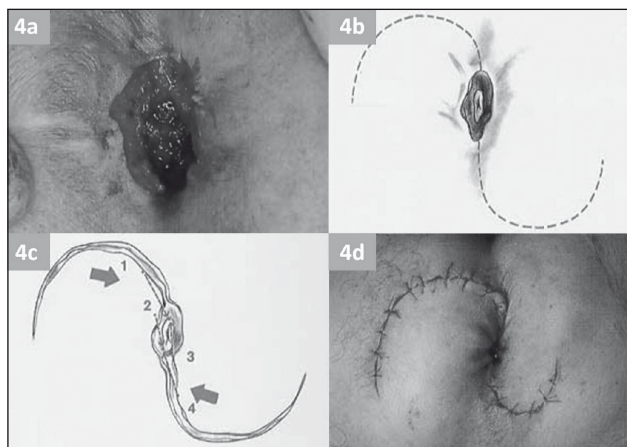
Plastie en «S» de FERGUSON [4]

Elle sera préférée pour le recouvrement de plaies larges. La plastie en S s'utilise pour des lésions circonférentielles. Lorsque les lésions sont limitées à un seul côté, on réalise une demi plastie en S ou plastie en C.

On la décompose en trois temps :

- Excision complète de l'ectropion ou de la lésion marginale et canalaire (figure 4a).
- Réalisation du lambeau (figure 4b):
 - ❖ Les incisions sont semi circulaires, l'une partant du pôle antérieur de l'anus, l'autre du pôle postérieur.
 - ❖ La longueur de la corde de l'arc de cercle est d'environ 8 centimètres et la hauteur dans l'axe antéro-postérieur de 7 centimètres.

- ❖ Après le tracé, le lambeau est incisé et partiellement décollé en laissant à sa face profonde suffisamment de tissu cellulo-grasieux pour ne pas compromettre sa vascularisation.
- Rotation du lambeau et suture :
 - ❖ La rotation des lambeaux amène la partie 1 à 2 d'un lambeau à recouvrir une hémi-circonférence de la plaie, pendant que la partie 3 à 4 de l'autre lambeau recouvre la deuxième hémi-circonférence (figure 4c).
 - ❖ Le bord libre des lambeaux est suturé à l'aide de fil résorbable fin au bord libre muqueux. Les plaies résiduelles sont rapprochées sans tension par des points de fil non résorbable. Un drain de Penrose peut être placé sous chaque lambeau et on réalise un pansement compressif (figure 4d).
- Excision de l'ectropion ou de la lésion cutanée et canalaire (figure 5b).
- Création des lambeaux (figure 5 c) :
 - ❖ 2 lambeaux sont dessinés sur les bords latéraux de la plaie cutanée.
 - ❖ Leur largeur est d'environ un centimètre et leur longueur doit être adaptée à la longueur de la plaie. La peau est incisée suivant le tracé et les lambeaux décollés du plan sous-jacent en laissant suffisamment de tissu grasieux sous-cutané pour éviter de les dévasculariser.
- Rotation et suture (figure 5d) :
 - ❖ On fait subir aux deux lambeaux une rotation interne amenant leurs extrémités au contact du bord libre de la muqueuse à laquelle elles sont suturées.
 - ❖ Les bords latéraux des lambeaux sont fixés à même la plaie par des points séparés de fil fin résorbable.

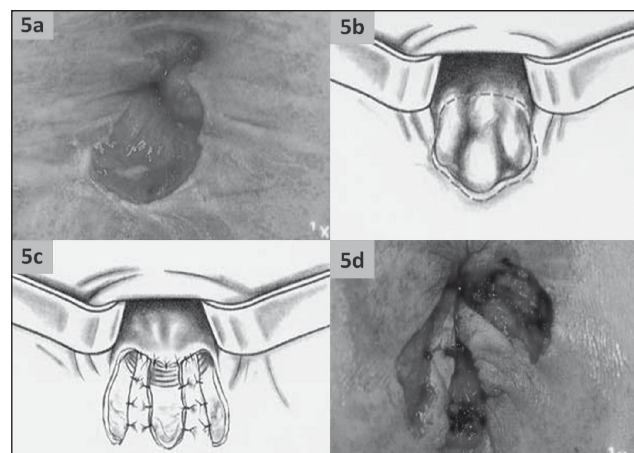
Figure 4

a : aspect de la plaie après résection de l'ectropion.
 b : tracé des incisions.
 c : Schéma de la rotation des lambeaux.
 d : Vue en fin d'intervention.

Plastie type bellan

Il s'agit d'une plastie de rotation très utile lorsque l'ectropion est commissural antérieur ou postérieur et intéresse plus du quart et moins de la moitié de la circonférence anale (figure 5a).

Elle comprend trois parties :

Figure 5

a : Vue initiale de l'ectropion muqueux.
 b : Schéma de la résection de l'ectropion.
 c : Schéma de la suture des 2 lambeaux.
 d : Aspect en fin d'intervention.

Gestes à ne pas faire

- Ne pas faire une hémostase soignée conduit à la formation d'hématomes qui peuvent être responsables de nécrose du lambeau ou de sepsis.

- Ne pas laisser suffisamment de tissu adipeux sous-cutané à la face profonde des lambeaux lors de la dissection, risque de provoquer une dévascularisation de ceux-ci avec nécrose secondaire.
- Suturer avec une trop forte tension conduit au lâchage des sutures avec risque de dévascularisation et de nécrose secondaire.

Prévention

La prévention s'appuie sur la conservation de la zone cutanée sous-pectinéale et la suture muco-muqueuse endo-anale.

Conclusion

L'ectropion muqueux anal est une complication rare de la chirurgie anale. Elle peut entraîner une incontinence anale par trouble de perception et serait alors handicapante. L'expérience personnelle par chirurgien reste faible. La connaissance des différentes techniques de plasties cutanées anales dans le traitement de l'ectropion muqueux reste primordiale.

Références

1. P.Suduca, J.Lemozy, JM.Garrigues, A.Saint-Pierre. Complications et séquelles de l'hémorroïdectomie: Etude pluricentrique sur ordinateur d'une série de 1000 cas. Ann Gastroenterol Hépatol. 1980; 4 :199-211.
2. O.Sarafoff. Ein einfaches und ungefährliches Verfahren zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalles Langenbecks. Arch klin Chir. 1937; 190: 219-232.
3. ML. Corman. Colon and rectal surgery. Lippincott. 1989; 2nd : 87-99.
4. JA. Ferguson. Repair of «Whithead deformity» of the anus. Surg Gynecol Obstet. 1959; 108: 115-6.