

## De quoi s'agit-il ?

Les hémorroïdes résultent de la déformation, l'exagération, de pelotons vasculaires normaux, présents à la partie moyenne et haute du canal anal, ultime portion du tube digestif. Ces pelotons vasculaires normaux, constants, constitués d'artères et de veines, sont regroupés en trois coussinets. Si la ou les causes des hémorroïdes ne sont pas clairement élucidées, nul doute que l'effort de poussée pour déféquer occupe une place essentielle dans leur genèse.

Les hémorroïdes sont classées en trois stades, selon leur importance et leur situation, à l'intérieur du canal anal (stade 1) ou leur protrusion à l'extérieur, appelée procidence (stade 3).

Les hémorroïdes peuvent être source de plusieurs symptômes: douleurs, hémorragies, démangeaisons, souillures, sensations anormales, crises aiguës de thrombose... Quelque soit leur stade, c'est de l'existence de ces symptômes et non pas de leur stade que dépend la mise en route d'un traitement. En revanche les possibilités thérapeutiques sont largement dépendantes du stade.

La chirurgie n'est proposée que lorsque les diverses mesures locales ont échoué (pommades, injections, ligatures élastiques, cryothérapie), et/ou lorsque les hémorroïdes atteignent le stade 3, ce qui rend ces mesures peu ou pas efficaces.

Parmi des diverses techniques opératoires proposées, notre équipe retient deux opérations de conception, de réalisation très différentes : une opération classique dite de Milligan-Morgan, et une technique, d'introduction récente, dite de Longo.

## L'opération de Milligan-Morgan

Nous avons retenu l'opération classique, de Milligan-Morgan, du nom des chirurgiens qui l'ont décrite, pour la qualité et la régularité de ses résultats à court et à long terme, et son faible risque de complications.

Elle consiste à enlever la peau et la muqueuse distendues en même temps que le peloton vasculaire élargi, à la partie toute haute du canal anal, à l'origine de ces vaisseaux. Trois excisions de la sorte sont nécessaires. Des "ponts" de peau et de muqueuse sont conservés, intacts, entre les excisions. S'ils recouvrent des veines intermédiaires aux trois pelotons, elles sont excisées ("retirées"). Ces plaies ne sont pas recousues, mais laissées ouvertes. Ce pour éviter qu'une suture étanche ne se complique d'infection (présence des matières fécales) et pour ne pas rétrécir l'anus.

Parfois, les hémorroïdes sont tellement volumineuses et surtout circonférentielles, qu'il est impossible de les enlever en totalité sans risquer de créer une sténose. La majeure partie est alors retirée lors de l'opération et in jure, 3 à 4 mois après, de la nécessité éventuelle d'une intervention complémentaire.

L'opération dure de 20 à 40 minutes, ne fait perdre que quelques millilitres de sang. Elle a nécessité une anesthésie générale ou une péridurale.

## Les suites opératoires

Les suites opératoires sont marquées par la cicatrisation des trois plaies. Des soins locaux sont nécessaires jusqu'à cicatrisation complète de la peau (environ 15 jours), celle de la muqueuse pouvant être plus longue (20 à 30 jours), exceptionnellement retardée, surtout en cas de fissure associée, jusqu'à 60 jours. Bien entendu, les conséquences ressenties vont diminuant au fur et à mesure que la cicatrisation progresse.

Schématiquement cette période est marquée par quatre sortes de troubles:

1. La douleur. C'est elle qui a fait la mauvaise réputation de cette chirurgie. En fait, dans notre pratique, et du fait de modifications techniques apportées pour cela, elle est moindre qu'on ne le dit généralement. Les premières heures sont "couvertes" par l'injection d'un anesthésique local réalisée en fin d'intervention. Le relais est pris la première nuit par des injections de morphiniques. Par la suite les médicaments sont délivrés selon les cas, la douleur étant variable d'un opération à l'autre. En gros des antalgiques sont nécessaires de 7 à 15 jours.
2. Des pertes sanguines. Elles sont minimales, normales tant que tout n'est pas cicatrisé.
3. Un suintement des plaies, également normal, nécessitant de garnir son slip.
4. Une incontinence aux gaz, normale aussi et disparaissant avec la cicatrisation.

## Les complications

Les complications sont peu fréquentes. Une hémorragie peut survenir dans les premières heures, lâchage d'un nœud, ou plutôt d'une coagulation au bistouri électrique. Elle nécessite un geste chirurgical d'urgence, simple. Elle peut être retardée, jusqu'au 10e jour par chute d'une escarre de cicatrisation. Si elle est abondante, il faut consulter immédiatement aux urgences pour juger de la nécessité ou non d'un geste chirurgical. Ces hémorragies franches n'affectent pas plus de 5% des opérés, 2 à 3% justifiant un geste chirurgical. Les infections de la zone opérée sont très rares, d'autant que nous les prévenons par une antibiothérapie systématique faite pendant l'opération et poursuivie 48 heures.

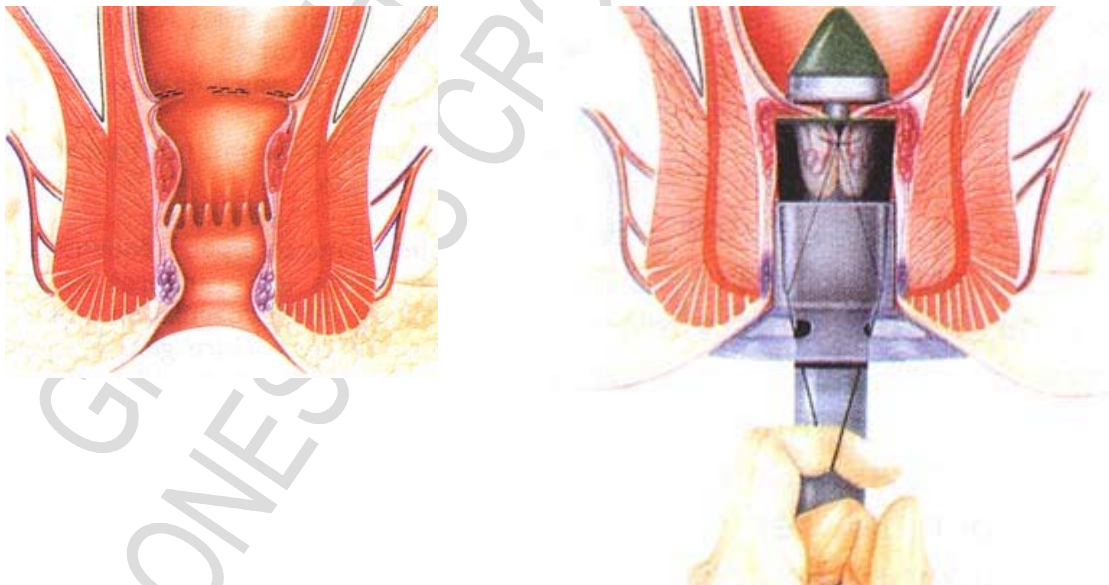
La sténose (rétrécissement) de l'anus survient, si l'on n'y prend garde dans 5% des cas au moins. Elle n'arrive jamais, dans notre expérience, si les soins post-opératoires sont bien faits. Cette sténose est très gênante et difficile à traiter. Il faut donc la prévenir. Pour cela, il vous est demandé de faire vous-même, chaque jour, un toucher rectal en introduisant l'index, recouvert d'un doigtier vaseliné, dans l'anus, à fond. Et ce à partir du 7e jour après l'opération et jusqu'à la consultation post-opératoire (entre le 15 et 21e jour). Si vous n'arrivez pas à faire ce toucher, parce qu'il est trop douloureux, même en prenant votre temps, il faut reprendre tout de suite contact avec le Service. Le remède consiste à faire ce toucher sous anesthésie générale, en dilatant bien l'anus, ce qui règle le problème.

## L'opération de Longo

Vous l'avez compris, si les résultats à long terme sont excellents, les contraintes post opératoires immédiates ne sont pas négligeables : inconfort, douleurs, soins locaux... C'est pourquoi, depuis 1998, progressivement et désormais en routine, les résultats nous semblant également (comme à d'autres) excellents nous avons adopté une technique opératoire décrite en 1995, dite de Longo.

Son principe est très différent de celui de l'opération classique. Elle consiste, en effet, non pas à réséquer les tissus distendus par les pelotons vasculaires dilatés, et cela de l'extérieur vers l'intérieur de l'anus (opération classique), mais à supprimer l'apport vasculaire, l'alimentation, au-dessus des hémorroïdes elles-mêmes, à la partie haute du canal anal. De surcroît, l'excès de tissu interne est emporté avec la section des vaisseaux. Ces gestes sont rendus possibles par l'utilisation d'un appareil de suture automatique qui dispose une double rangée d'agrafes métalliques très fines placées sur un disque en anneau.

L'intervention de Longo est schématisée sur les dessins suivants :



Les avantages en sont : l'absence de plaie opératoire, donc de soins locaux, la diminution très nette des douleurs post opératoires et de l'inconfort, la réduction du risque d'hémorragie, de mauvaise cicatrisation... Les risques semblent très faibles; le principal serait celui d'un rétrécissement, situé à l'endroit de l'agrafrage. Il semble en fait exceptionnel. A court terme, et maintenant avec le recul de quelques années, les résultats en paraissent excellents. Toutefois, on ne peut savoir si dans 5 à 15 ans, il n'y aura pas des récives. Si c'était le cas, elles pourraient toujours être traitées selon la méthode classique.

Toutes les hémorroïdes ne sont pas de "bonnes candidates" à l'opération de Longo. Schématiquement, il faut des hémorroïdes assez importantes, procidentes, mais sans lésions cutanées trop importantes. Votre chirurgien vous dira précisément ce qu'il pense de votre cas, et vous expliquera son choix technique.

## Et après ?

---

A long terme vous constaterez une très nette amélioration dans votre vie quotidienne avec disparition des symptômes des hémorroïdes. Il n'y a pas d'incontinence, sauf cas particuliers (incontinence préexistante surtout). Il ne doit pas y avoir non plus de récurrences (moins de 1%).

Mais deux précisions sont nécessaires à ce sujet:

1. il peut se produire un minime écoulement de sang, filet ou traces, par fissuration de la muqueuse de cicatrisation qui reste fine et fragile.
2. parfois les hémorroïdes sont tellement volumineuses et surtout circonférentielles qu'il est impossible de les enlever en totalité sans risque de créer une sténose. La majeure partie est alors retirée lors de l'opération et on juge, 3 à 4 mois après, de la nécessité éventuelle d'une intervention complémentaire.

## En pratique

---

En pratique vous entrez à l'hôpital la veille au soir ou le matin de l'opération, pour 2 ou 3 Jours. Un petit lavement, un rasage de l'anus seront pratiqués. Lorsqu'une coloscopie est souhaitée (dépistage de polypes associés aux hémorroïdes notamment), elle peut être réalisée en pré-opératoire immédiat. Une préparation spécifique est alors nécessaire, et aura été prévue en consultation. Vous pourrez vous alimenter, sans régime particulier, dès le soir de l'opération. On vous donnera des antalgiques (des calmants) et de quoi fluidifier vos selles et rendre la défécation plus facile. Les premières selles ont lieu au 2e ou 3e, voire 4e jour. Vous effectuerez 2 à 3 bains de siège par jour (si vous êtes allergique à l'iode, il faudra le signaler pour remplacer la Bétadine par un autre produit).

## Votre sortie

---

A votre sortie (au 2e ou 3e jour post-opératoire) une ordonnance détaillée vous est remise ainsi qu'un rendez-vous de consultation.

Vous pouvez reprendre vos activités entre le 10<sup>e</sup> et le 25<sup>e</sup> jour.

## Attention

Cette note n'est qu'informative et non pas normative. Elle est forcément incomplète, parfois schématique. Votre cas personnel peut ne pas y être bien représenté. Des informations plus personnalisées vous seront fournies par votre chirurgien et votre anesthésiste.

Dr Rémi Houdart

Septembre 1998

Mise à jour : Dr Rémi Houdart, Dr José Hobeika : novembre 2005

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris

[www.hopital-dcss.org](http://www.hopital-dcss.org)