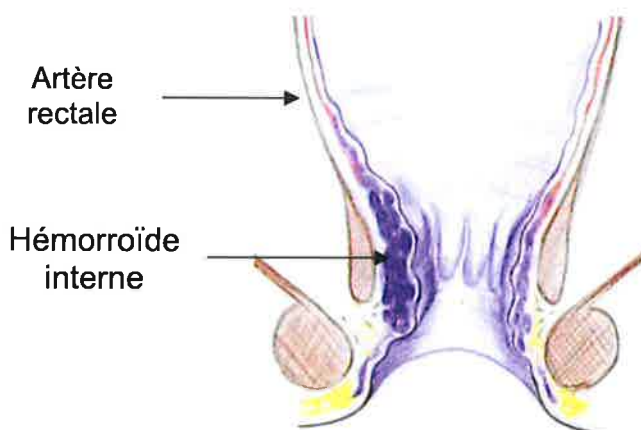


INFORMATION SUR LES HEMORROÏDES ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

1. QUE SONT LES HEMORROÏDES ?

Les hémorroïdes sont constituées par des dilatations veineuses siégeant sous la muqueuse de l'anus. Elles existent à l'état normal chez chacun d'entre nous et participent à la continence anale, notamment aux gaz.



Pour des raisons inconnues, favorisées sans doute par la constipation et les aliments irritants (épices surtout), ces formations hémorroïdaires peuvent se développer considérablement.

Leur volume augmente et peut entraîner des saignements, surtout au moment des selles.

Les volumineux « lacis veineux » ainsi constitués peuvent aussi se compliquer de thromboses, avec formation de caillots générateurs d'une importante réaction inflammatoire et de douleurs.

A la longue, le volume des hémorroïdes devient important, et surtout ne régresse plus : les paquets hémorroïdaires se fixent, entraînant une extériorisation au-dehors de l'anus d'abord à la suite des selles, puis en permanence. On parle alors de maladie hémorroïdaire.

2. LES FACTEURS FAVORISANTS

- troubles du transit : constipation / diarrhée
- alimentation riche en graisse / alcool / épices
- usage répété de laxatif irritant
- chez la femme : période prémenstruelle, grossesse, accouchement
- hérédité

3. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

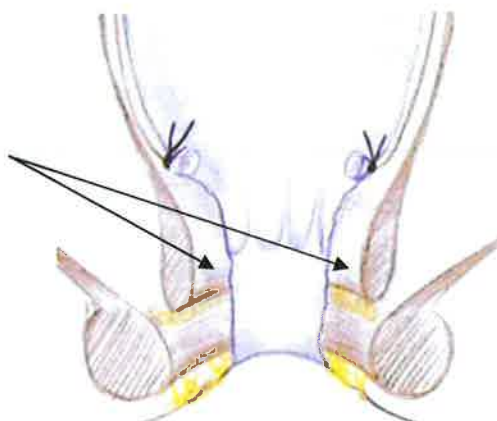
Lorsque les hémorroïdes deviennent trop développées (stades III et IV), le traitement médical (efficace sur les simples poussées hémorroïdaires) ne suffit plus. Une intervention chirurgicale est alors nécessaire.

La technique « classique » (hémorroïdectomie de Milligan et Morgan) consiste en une ablation directe des trois paquets hémorroïdaires dans le canal anal. Les plaies ainsi constituées dans le canal de l'anus doivent être laissées ouvertes : leur cicatrisation se fait spontanément petit à petit.

La suture de ces plaies n'est en effet pas possible à cause du passage des selles et des très nombreux germes qu'elles contiennent.

Cette technique, dont l'efficacité est démontrée (pas de récurrence), a le gros inconvénient d'entraîner des douleurs post-opératoires importantes et de nécessiter des soins locaux très inconfortables. La durée totale des soins avoisine les deux mois...

Plaies du canal anal
de cicatrisation lente

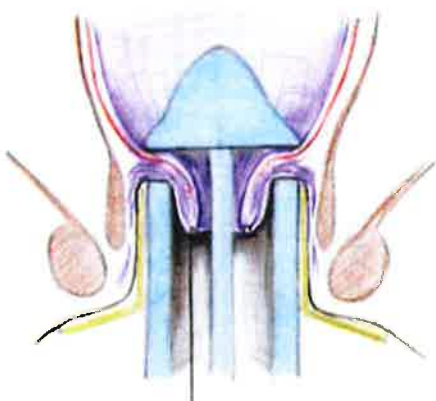


Une nouvelle technique d'agrafage (hémorroïdopexie de Longo) a fait son apparition en France en 1999 et améliore très nettement le confort post opératoire.

Elle procède de manière très différente.

Il ne s'agit plus d'enlever les hémorroïdes mais de les repositionner et de les refixer dans le canal anal grâce à une pinceagrafeuse.

Cette intervention se pratique sous anesthésie générale et dure environ 30 minutes.



Il n'y a pas de plaie dans l'anus, puisque la muqueuse anale est agrafée en même temps que la section des hémorroïdes internes.

L'hospitalisation est le plus souvent inutile : l'intervention se fait en « unité de chirurgie ambulatoire (U.C.A.) », avec retour au domicile dès le soir même.

A l'inverse de la chirurgie classique, il n'est pas possible d'utiliser la technique de Longo chez les patients qui souffrent de volumineuses hémorroïdes EXTERNES, qui ne sont pas concernées par l'agrafage.

Suites opératoires

L'hémorroïdectomie avait bien mauvaise réputation...à juste titre.

Dans la technique classique de Milligan Morgan, la douleur post-opératoire et la durée des soins constituent de réels handicaps.

La cicatrisation des plaies est lente et l'infection, les écoulements purulents sont inévitables. Les soins locaux sont primordiaux de même que l'éviction de la constipation.

Des contrôles sont nécessaires pour bien s'assurer qu'aucune complication n'apparaît.

Les phénomènes douloureux sont réveillés par le passage des selles puis, s'amendent peu à peu. La cicatrisation complète est acquise généralement en 2 mois.

La durée de l'arrêt de travail est rarement inférieure à 4 semaines.

Dans la technique de Longo, la douleur n'a pas disparu. Elle n'est

pas un problème au réveil, car la ligne d'agrafage est infiltrée par un produit anesthésiant en fin d'intervention.

Mais le lendemain, la douleur réapparaît et nécessite la prise préventive de calmants. La douleur s'atténue rapidement pour disparaître dans les 8 jours.

Une prévention de la constipation est absolument nécessaire pendant tout le mois que dure la cicatrisation de la ligne d'agrafes.

Il n'y a aucun soin local à prévoir (ni pommade, ni suppositoire, ni toucher rectal, ni surveillance).

Un contrôle est effectué un mois et demi après l'intervention pour s'assurer de la disparition des hémorroïdes et de la bonne cicatrisation de la ligne d'agrafes.

La durée d'incapacité totale est autour de 2 semaines.

En règle générale, la technique de Longo a un intérêt sur la douleur et l'immobilisation qui sont plus simples et plus courtes que la technique classique. En revanche, le risque de récurrence est plus élevé.

Dans les suites, il faut lutter contre la constipation, il n'y a pas de régime alimentaire particulier à suivre, en dehors naturellement, d'éviter les aliments épicés et la constipation.

4. LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Des hémorragies peuvent survenir, surtout après opération sur des hémorroïdes très volumineuses, quelle que soit la technique. Il est bien rare toutefois qu'elles obligent à une nouvelle anesthésie pour hémostase.

Après hémorroïdectomie classique, on peut observer des problèmes de cicatrisation : retard de fermeture des plaies (parfois 3 à 4 mois), apparition d'une fissure chronique sur l'une des plaies (qui peut à son tour nécessiter un geste chirurgical complémentaire), plus rarement des complications infectieuses : abcès ou fistule (réintervention généralement nécessaire).

Une complication spécifique est la sténose ou rétrécissement du canal anal : un geste d'élargissement peut être indiqué (anoplastie).

Avec la technique de Longo le rétrécissement de l'anus, le retard de cicatrisation ou la fissure secondaire n'existent pas.

C'est surtout la désunion partielle des agrafes qui peut poser problème : il apparaît alors une plaie dans le canal anal, dont la cicatrisation peut être longue (1 à 3 mois), et générer des écoulements et des douleurs. Le plus souvent, ces désunions se voient après un accès de constipation (qui s'avère donc l'ennemi numéro 1 de cette technique !).

Il peut survenir également des thromboses sur les reliquats hémorroïdaires internes (puisque cette technique ne les retire pas en totalité), génératrices de douleurs qui peuvent se prolonger quelques semaines notamment à la défécation.

Comme on l'a vu, les hémorroïdes **externes** ne sont pas retirées par l'agrafage. Elles sont simplement « liftées » vers le haut du canal anal. Elles disparaissent progressivement par assèchement si elles sont petites. Il peut persister à leur place des résidus muqueux dysgracieux mais inoffensifs : les "marisques". Néanmoins, si les hémorroïdes externes sont très développées au départ, il reste plus logique de proposer alors un geste classique qui les retirera en même temps que les hémorroïdes internes.

Comme pour toute chirurgie anale, il peut survenir, chez l'homme, une rétention aiguë d'urine dans les 48 h qui suivent l'intervention, pouvant parfois nécessiter un sondage évacuateur.

Les deux techniques sont réalisés en ambulatoire (sur la journée), si il n'y a pas de contre indication. Dans ce cas, les ordonnances pour le traitement post-opératoires vous seront données à la consultation.

