

INFORMATIONS AUX PATIENTS

CHIRURGIE DES HÉMORROÏDES

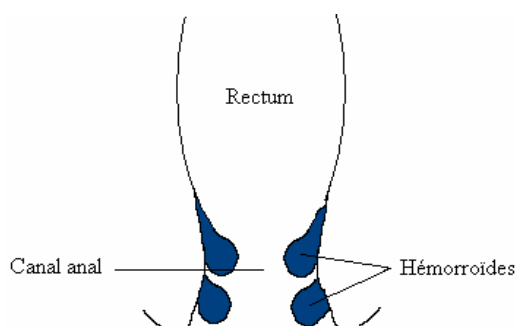
Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie des hémorroïdes. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

De quoi s'agit-il ?

Les hémorroïdes sont des veines, situées normalement à la partie moyenne et haute du canal anal, qui se dilatent et qui s'extériorisent par l'anus. Favorisées par les efforts de poussée, les hémorroïdes sont classées en trois stades, selon qu'elles restent à l'intérieur du canal anal (stade 1) ou qu'elles en sortent de façon permanente. (procidence ou stade 3).



Vue en coupe du rectum et du canal anal

Leur traitement dépend des symptômes et du stade de la maladie. La chirurgie est indiquée, soit en raison de l'échec des traitements médicaux (hygiène, régime alimentaire, pommades, injections, ligatures élastiques, cryothérapie), soit en cas de volumineuses hémorroïdes (stade 3).

Opérations

L'opération la plus courante pratiquée en France consiste à réséquer les paquets hémorroïdaires, une technique qui a peu de complications et qui donne de bons résultats à court et à long terme.

Cette opération consiste à enlever les hémorroïdes, jusqu'à la partie haute du canal anal. Trois excisions sont réalisées, correspondant aux trois paquets hémorroïdaires habituels, entre lesquels sont ménagées des "ponts" de peau et de muqueuse, pour favoriser la cicatrisation et diminuer le risque d'infection et de sténose (rétrécissement) anale. L'opération qui dure entre 15 et 30 minutes, nécessite une anesthésie générale ou une anesthésie péridurale.

Une autre technique utilise une pince pour agraffer les veines à la partie haute du canal anal, pour interrompre leur vascularisation. Il s'agit de la technique dite de Longo, moins douloureuse, mais qui ne fait pas encore consensus, en raison de complications rares mais graves (sténose, douleurs, hémorragies).

Complications post-opératoires

Les complications sont peu fréquentes :

- Un **saignement** peut survenir dans les premières heures suivant l'intervention et nécessiter un geste chirurgical d'hémostase (2% des cas). Le saignement peut également faire suite à la chute d'une escarre de cicatrisation (vers le 10e jour post-opératoire), et doit inciter à consulter en urgence pour juger de la nécessité ou non d'une hémostase chirurgicale.
- L'**infection** de la région opérée est très rare, en raison d'un traitement antibiotique systématique durant et après l'opération (jusqu'à 48 heures).
- La **sténose** (rétrécissement) de l'anus survient dans 5% des cas. Elle est exceptionnelle si les soins post-opératoires sont bien suivis. Cette sténose, gênante et difficile à traiter, doit être prévenue par la pratique quotidienne d'un toucher rectal fait par vos soins, à l'aide d'un doigtier vaseliné, dès que possible et jusqu'à la consultation post-opératoire (au bout d'un mois). Si la réalisation de ce toucher est impossible en raison de douleurs trop intenses, vous devez reprendre contact avec votre chirurgien, qui pourra le réaliser sous une courte anesthésie générale.
- Les **récidives** concernent moins de 1% des patients et sont à mettre en balance avec l'existence d'hémorroïdes circonférentielles et très volumineuses, qu'on ne peut pas enlever

en totalité, lors d'une seule opération. Pour ces raisons, seules les hémorroïdes les plus volumineuses sont réséquées. Le résultat définitif sera jugé après 3-4 mois ainsi que l'indication d'un complément d'exérèse.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille au soir ou le matin de l'opération. Les soins pré-opératoires consistent à réaliser un petit lavement et à raser la région opérée. Si une coloscopie est indiquée (dépistage de polypes associés aux hémorroïdes), elle sera réalisée soit avant, soit pendant l'hospitalisation.

Les suites opératoires nécessitent des soins locaux (bains de siège) et l'instauration d'un traitement laxatif pour faciliter le transit intestinal, jusqu'à cicatrisation complète de la peau (entre 15 et 21 jours). Un traitement antalgique est débuté dès la fin de l'opération, utilisant des morphiniques les 48 premières heures, associés aux anti-inflammatoires et au paracétamol. L'analgésie est adaptée en fonction des patients et de leurs douleurs.

La pratique quotidienne d'un toucher rectal fait par vos soins (auto-dilatation), à l'aide d'un doigtier vaseliné, prévient la sténose anale.

Il peut exister initialement une incontinence aux gaz, normale, qui disparaît en règle générale avec la cicatrisation. Vous pourrez vous alimenter, sans régime particulier, dès le soir de l'opération. En règle générale, la sortie a lieu après les premières selles (risque de malaise déclenché par des douleurs défécatoires). Dans la grande majorité des cas, la gêne occasionnée par l'intervention disparaît après un mois.

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.