



CHIRURGIE DES HÉMORROÏDES : QUELLES SUITES OPÉRATOIRES ?

Deux techniques sont utilisées en France pour opérer les hémorroïdes : l'hémorroïdectomie "classique" qui retire les hémorroïdes (technique dite de Milligan et Morgan, avec ou sans anoplastie) et la technique, plus récente, dite de Longo qui les laisse en place mais les repositionne dans le canal anal en réséquant une collerette de muqueuse rectale à l'aide d'une pince agrafeuse ce qui réduirait l'apport sanguin au niveau des hémorroïdes.

La première méthode crée 3 ou 4 plaies opératoires au niveau de la marge et du canal anal qui sont volontairement laissées ouvertes (figure 1) alors qu'avec la seconde technique il n'existe pas de plaie visible mais une ligne d'agrafes située au niveau de la muqueuse rectale (en zone non sensible à la douleur).



Figure 1 : Plaie d'une hémorroïdectomie "Milligan-Morgan"

Les suites opératoires seront donc très différentes suivant la technique utilisée, plus longues et douloureuses avec la technique classique. Point important : il faut noter que ces suites ne sont pas le seul élément à prendre en compte pour choisir une technique par rapport à une autre, les indications des deux méthodes n'étant pas superposables (voir sur le site [La maladie hémorroïdaire](#)).

IL S'AGIT D'UNE HÉMORROÏDECTOMIE CLASSIQUE

En France cette intervention est généralement pratiquée au cours d'une hospitalisation de quelques jours (3 à 5). La durée de cette hospitalisation peut varier selon les équipes chirurgicales, souvent c'est après la première selle que vous serez autorisé à quitter l'hôpital ou la clinique.

La douleur est le principal désagrément de l'opération.

Cette opération a la fâcheuse réputation d'être très douloureuse. Cependant les médicaments antidouleur (la morphine et ses dérivés) et anti-inflammatoires sont largement utilisés et permettent le plus souvent de bien contrôler la douleur. Souvent il ne s'agit pas d'une douleur

continue, mais de pics douloureux au moment des selles ou des soins post opératoires. Ceci explique pourquoi, malgré l'amélioration de la prise en charge de la douleur, il n'est pas possible de rendre cette intervention strictement indolore.

La prévention de la constipation est capitale.

La première selle, souvent redoutée par les malades, sera facilitée par la prescription systématique de laxatifs doux. Lorsqu'elle tarde trop, un bouchon de selles, appelé fécalome peut se produire. Son évacuation peut être facilité par l'administration d'un lavement évacuateur destiné à ramollir les selles. La survenue d'un fécalome peut se manifester par des signes trompeurs (émissions incessantes de matières liquides, pseudo-incontinence). Il ne faut surtout pas arrêter les laxatifs et recourir aux antidiarrhéiques ! Votre médecin fera le diagnostic en pratiquant un toucher rectal et après évacuation du bouchon il conviendra d'augmenter les laxatifs pour éviter la récurrence.

Les soins post-opératoires sont simples.

A votre sortie, vous pourrez les pratiquer vous même. Un lavage des plaies au moyen de bains de siège ou à la douchette, avec une solution antiseptique devra être réalisé 2 fois par jour et après la selle (le papier toilette devant être évité). Les plaies seront badigeonnées avec un liquide désinfectant et recouvertes de pommade. Il est normal que ces plaies suintent. L'écoulement peut être coloré (jaune, vert, marron...) et ne doit pas être confondu avec du pus. Des traces de sang peuvent s'observer sur les pansements ou sur les selles. L'infection des plaies opératoires est possible, mais elle est finalement très rare compte tenu du caractère très riche en microbes de la région. En plus de ces soins, il peut vous être demandé d'introduire quotidiennement un suppositoire cicatrisant et lubrifiant qui facilitera l'évacuation de la selle, ainsi que de réaliser un toucher rectal destiné à éviter le rétrécissement de l'anus.

La cicatrisation est longue.

Elle dure en moyenne 6 semaines. Des démangeaisons sont fréquentes pendant cette période. Des retards de cicatrisation sont possibles (plus de 8 semaines dans 2,7% des cas et parfois plusieurs mois).

La douleur, l'inconfort et les soins post-opératoires expliquent qu'un arrêt de travail d'en moyenne 3-4 semaines soit à prévoir après l'opération.

Quelles sont les complications possibles ?

Il existe des **complications urinaires**, précoces, survenant au cours des premiers jours post-opératoires chez 10 à 20% des opérés. Elles sont plus fréquentes chez l'homme. Il s'agit de difficultés à uriner d'origine réflexe avec au maximum une rétention d'urine qui peut nécessiter la mise en place temporaire d'une sonde urinaire dans moins de 2% des cas. Une rétention aiguë d'urine peut aussi être secondaire à un fécalome.

Les **hémorragies post-opératoires** peuvent être précoces, par saignement d'un petit vaisseau au niveau d'une plaie. Souvent, un traitement local suffit (pansement compressif par exemple) mais parfois il est nécessaire d'effectuer un geste chirurgical complémentaire pour arrêter le saignement. Plus rarement (1% des cas), l'hémorragie peut être retardée, survenant entre le 8ème et le 15ème jour, par chute d'escarre (un peu comme si la "croûte" d'une plaie tombait

trop tôt). Dans ce cas le saignement peut être très abondant, nécessiter une nouvelle hospitalisation de quelques jours et une intervention pour coaguler le vaisseau responsable du saignement. Ce risque explique pourquoi il est vivement conseillé de s'abstenir de voyager et de prendre l'avion dans les 15 jours suivant l'opération.

Le **rétrécissement anal** concerne moins de 5% des opérés. Il peut être traité par dilatation ou nécessiter un geste chirurgical complémentaire.

Les **troubles de la continence** (difficultés à retenir les gaz ou les matières) ont une fréquence mal évaluée. Très souvent ils régressent ou s'améliorent après cicatrisation. Les mécanismes de ces troubles sont : la suppression des coussinets hémorroïdaires eux-mêmes (les hémorroïdes ont une utilité dans la continence et participent pour 15% au tonus sphinctérien de base), des lésions traumatiques des sphincters.

L'**infection**, avec formation d'un abcès nécessitant de ré-intervenir, est exceptionnelle.

Un **suivi post-opératoire est nécessaire** afin de diriger la cicatrisation et de dépister la survenue d'un rétrécissement par la pratique d'un toucher rectal.

IL S'AGIT D'UNE INTERVENTION DE LONGO (ANOPEXIE PAR AGRAFAGE CIRCULAIRE)

Cette opération n'est pas une hémorroïdectomie à proprement parler. Elle est en règle générale moins douloureuse que la précédente, l'hospitalisation est donc plus courte et un arrêt de travail d'une semaine suffit. La reprise du transit est plus facile. Il n'y a pas de suintement et aucun soin local n'est nécessaire compte tenu de l'absence de plaie externe. Les agrafes tombent d'elles même en 1 mois ou parfois plus.

Les complications possibles sont :

- le saignement post-opératoire qui peut nécessiter la reprise chirurgicale pour arrêter le saignement à l'aide d'un point de suture,
- la sténose au niveau de la ligne d'agrafes, en générale facilement dilatable,
- la douleur prolongée notamment lorsque le chirurgien a positionné sa ligne d'agrafes trop bas
- la survenue de thromboses hémorroïdaires post-opératoires
- exceptionnellement des infections gravissimes ont été rapportées.

En ce qui concerne la continence, des lésions sphinctériennes liées à l'introduction du dilatateur anal nécessaire à l'opération ou à un agrafage trop bas prenant des fibres sphinctériennes sont théoriquement possibles. La fréquence de ce type de complication n'est pas bien évaluée.

CONCLUSION

Même si l'hémorroïdectomie classique reste une intervention douloureuse aux suites longues, il faut savoir que si cette opération se justifie, tous les autres traitements ayant échoués (rappelons que seuls 10% des malades souffrant de leurs hémorroïdes seront finalement opérés), le taux de satisfaction des opérés est très élevé, proche de 90%.

POUR EN SAVOIR PLUS :

Sur ce site : [La maladie hémorroïdaire](#)

1. [Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D.](#) Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25(674-702).
2. [Pigot F.](#) Anopexie à la pince mécanique (technique de Longo) et traitement de la maladie hémorroïdaire. *Hépatogastro* 2002;9(1):11-16.
3. [Denis J, Dubois N, Ganansia R, du Puy-Montbrun Th, Lemarchand N.](#) Hemorrhoidectomy: Hospital Leopold Bellan Procedure. *Int Surg* 1989;74:152-153.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- [Brandt LJ, Estabrook SG, Reinus JF.](#) Results of a survey to evaluate whether vaginal delivery and episiotomy lead to perineal involvement in women with Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1995 ; 90 : 1918-1922.
- 2- [Czeizel AE, Rockenbauer M.](#) A population based case-control teratologic study of oral metronidazole treatment during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 ; 105 : 322
- 3- [Dejaco C, Mittermaier C, Reinisch W, Gasche C, Waldhoer T, Strohm H, Moser G.](#) Azathioprine treatment and male fertility in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2001; 121 : 1048-1053.
- 4- [Diav-Citrin O, Park YH, Veerasantharam G, Polachek H, Bologna M, Pastuszak A.](#) The safety of mesalamine in human pregnancy : a prospective controlled cohort study. *Gastroenterology* 1998 ; 114 : 23-28.
- 5- [Fonager K, Sorensen HT, Olsen J, Dahlerup JF, Rasmussen SN.](#) Pregnancy outcome for women with Crohn's disease : a follow-up study based on linkage between national registries. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 93 : 2426-2430.
- 6- [Hudson M, Flett G, Sinclair TS, Brunt Pw, Templeton A, Mowat NA.](#) Fertility and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Int J Gynaecol Obstet* 1997 ; 58 : 229-237.
- 7- [Illyckyj A, Blanchard JF, Rawsthorne P, Bernstein CN.](#) Perianal Crohn's disease and pregnancy : role of the mode of delivery. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 3274-3278.
- 8- [Juhasz ES, Fozard B, Dozois RR, Ilstrup DM, Nelson H.](#) Ileal pouch-anal anastomosis function following childbirth. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 35 : 159-165.
- 9- [Kornfeld D, Cnattingius S, Ekblom A.](#) Pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease : a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 1997 ; 177 : 942-946.
- 10- [Mogadam M, Dobbins WO, Korelitz BI, Ahmed SW.](#) Pregnancy in inflammatory bowel disease : effect of sulfasalazine and corticosteroids on fetal outcome. *Gastroenterology* 1981 ; 80 : 72-76.
- 11- [Moser MA, Okun NB, Mayes DC, Bailey RJ.](#) Crohn's disease, pregnancy, and birth weight. *Am J Gastroenterol* 2000; 95 : 1021-26.
- 12- [Narendranathan M, Sandler RS, Suchindran CM, Savitz DA.](#) Male infertility in inflammatory disease. *J Clin Gastroenterol* 1989 ; 11 : 403-406.
- 13- [Nielsen OH, Andreasson B, Bondesen S, Jarnum S.](#) Pregnancy in ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1983 ; 18 : 735-742.
- 14- [O'Morain C, Smethurst P, Dore CJ, Levi AJ.](#) Reversible male infertility due to sulfasalazine : studies in man and rat. *Gut* 1984 ; 25 : 1078-1084.
- 15- [Rajapakse RO, Korelitz BI, Zlatanic J, Baiocco PJ, Gleim GW.](#) Outcome of pregnancies when fathers are treated with 6-mercaptopurine for inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2000 ; 95 : 684-688.
- 16- [Srinivasan R.](#) Infliximab treatment and pregnancy outcome in active Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2001 ; 96 : 2274-2275.
- 17- [Tennenbaum R, Marteau Ph, Elefant E, Rambaud JC, Modigliani R, Gendre JP, Cosnes J.](#) Pronostic de la grossesse au cours des maladies inflammatoires intestinales. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : 464-469.

Mise à jour : décembre 2008

