

Cabinet des Drs. Francois et Toursel  
Clinique de Flandre,  
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique  
300, Rue Des Forts  
59210 Coudekerque  
Tél : 03 28 21 12 34

## Hémorroïdes

### Qu'est-ce qu'une hémorroïde ?

Les hémorroïdes sont des éléments présents normalement au niveau de l'anus chez tous et depuis la naissance. Il ne s'agit pas de simples veines mais de lacs sanguins associés à des petits vaisseaux artériels et veineux. En général il existe 3 à 4 « paquets », ayant des formes de grappes de raisin unies entre elles, et fixées à la paroi de l'anus.

On sépare habituellement les hémorroïdes internes qui tapissent le canal anal et qui ont un aspect de coussinet violacé, avec des hémorroïdes externes qui sont immédiatement à l'extérieur de l'anus, uniquement visibles lors de complications.

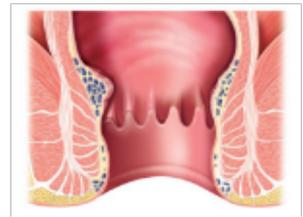
#### Hémorroïdes Externes

Visibles à l'extérieur du rectum. Se forment autour de l'anus.

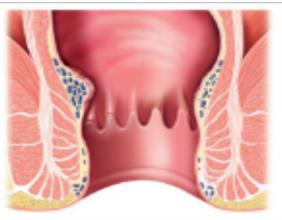


#### Hémorroïdes Internes

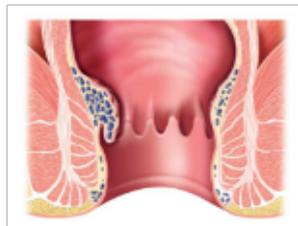
Non visibles. Se forment à l'intérieur de l'anus.



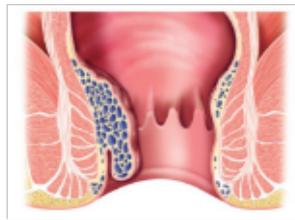
#### Progression des hémorroïdes



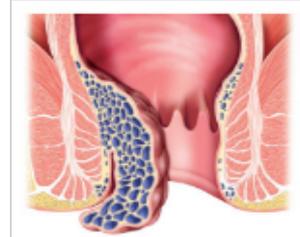
Stade I



Stade II



Stade III



Stade IV

### Comment une hémorroïde se développe ?

De nombreuses incertitudes persistent sur les causes de la maladie hémorroïdaire. On ne sait pas très bien si les plaintes sont en rapport avec une maladie des vaisseaux ou s'il s'agit d'une maladie du système de fixation (ou d'ancrage) des hémorroïdes. De nombreux facteurs déclenchants ont été proposés mais très peu d'entre eux ont fait l'objet d'études suffisamment poussées pour les impliquer de façon certaine.

Parmi les facteurs les mieux documentés, on retient les troubles du transit intestinal (constipation mais aussi diarrhée), les efforts physiques, le stress, certains agents irritants médicamenteux (certains laxatifs, suppositoires utilisés dans la constipation) ou alimentaires (épices), les menstruations, la grossesse et l'accouchement. Un terrain familial propice est souvent retrouvé aussi.

## Quels types de traitement peuvent être envisagés ?

Trois grands types de traitements sont proposés :

### Les traitements médicamenteux :

- calmer la douleur (médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires)
- régulariser le transit intestinal (laxatifs)
- améliorer le flux veineux (médicaments dits veinotoniques)
- diminuer l'œdème et à calmer l'inflammation locale (suppositoires et crèmes)

**Les traitements instrumentaux : renforcer le soutien des hémorroïdes internes en créant une zone cicatricielle au sommet de ceux-ci. *Ils ne suppriment pas les hémorroïdes.***

- la sclérose : la constitution d'une zone cicatricielle avec la création d'une brûlure minime de la paroi par un agent chimique
- la photo-coagulation : création d'une cicatrice thermique
- ligature élastique : apposition d'une strangulation localisée au sommet de l'hémorroïde

Ces traitements sont dans l'ensemble bien tolérés parce qu'ils sont effectués sur une zone non sensible de l'anus. L'efficacité ne se fait pas sentir immédiatement et il faut parfois répéter une à deux fois les séances. La disparition des signes concerne plus de deux personnes sur trois durant la première année qui suit le traitement. ***Néanmoins les effets bénéfiques ont tendance à s'atténuer avec le temps.***

### Les traitements chirurgicaux :

- l'ablation des hémorroïdes internes et externes : c'est l'hémorroïdectomie de type Milligan Morgan ou Fergusson. Elle est réalisée sous anesthésie générale ou rachianesthésie. L'ablation concerne habituellement les trois ou plusieurs paquets hémorroïdaires. Les plaies sont laissées ouvertes ou partiellement fermées. La cicatrisation est lente. Elle est achevée en moyenne 6 à 8 semaines après l'intervention. ***C'est la technique qui donne le meilleur résultat à long terme surtout pour les stades avancés III-IV.***



Stade IV : situation avant résection

Situation après résection Milligan Morgan

- l'hémorroïdopexie (ou anopexie) selon Longo, consiste en un « lifting » des hémorroïdes internes : grâce à une pince mécanique, une collerette de muqueuse est enlevée au sommet des hémorroïdes internes et une suture mécanique par agrafage est réalisée. Les hémorroïdes sont remontées mais pas enlevées, l'apport sanguin est réduit tout en renforçant le soutien du tissu hémorroïdaire dans l'anus. Elle est faite sous anesthésie générale ou rachianesthésie. *Cette technique n'est pas faite au sein de notre service suite aux graves complications qui peuvent se manifester avec l'agrafage*
- la ligature artérielle hémorroïdaire sous contrôle Doppler (ou HAL pour Hemorrhoidal Artery Ligation) est une chirurgie dite « mini-invasive ». Elle repose sur la ligature des zones vasculaires sanguines des hémorroïdes internes. Cette méthode consiste à réaliser à l'occasion d'une courte anesthésie générale ou loco-régionale, la mise en place de plusieurs (en général entre 6 à 10) points de suture au sommet des hémorroïdes à l'endroit où existent les petites artères qui les irriguent. Cette méthode est guidée par une sonde Doppler introduite dans l'anus. Cette technique peut être associée à une mucopexie (lifting en 1 à 6 points du canal anal à l'aide d'un fil résorbable). Il s'agit de la technique HAL - RAR (RAR pour Recto-Anal Repair). Les suites sont en général moins douloureuses et le retour à une vie normale plus rapide qu'après la chirurgie classique. *Cette technique est surtout efficace pour les stades I, II et petit III et plutôt pour des paquets internes.*
- la radiofréquence des paquets hémorroïdaires est une technique chirurgicale mini-invasive récente. Elle permet de traiter des hémorroïdes internes qui saignent et/ou qui sortent, sans faire de plaie, en « brûlant » grâce à une sonde de radiofréquence les paquets vasculaires. Elle est réalisée à l'occasion d'une courte anesthésie générale ou loco-régionale, en ambulatoire le plus souvent. Cette technique donne de bons résultats avec des douleurs modérées et de courte durée, *mais le recul est encore insuffisant pour avoir des données fiables sur les risques à long terme et sur le taux de récurrence des signes hémorroïdaires.*

## Quels choix de traitement pour quelles situations ?

Les traitements médicamenteux peuvent être utilisés dans le traitement des douleurs hémorroïdaires aiguës qui accompagnent la thrombose externe ou la crise hémorroïdaire. Ils ne sont donc justifiés que pour de courtes périodes (en règle générale, une à deux semaines). Les traitements instrumentaux constituent le traitement des hémorroïdes internes lorsqu'elles sont responsables de signes chroniques comme la procidence ou les saignements. La ligature a une petite supériorité d'efficacité par rapport aux autres méthodes instrumentales mais au prix d'un peu plus de douleurs. Le traitement chirurgical classique est souvent réservé aux échecs des traitements instrumentaux, mais aussi pour des maladies hémorroïdaires très avancées d'emblée, ou pour les hémorroïdes externes sur lesquelles les traitements instrumentaux n'ont pas d'effet. C'est la méthode qu'il faut proposer aux personnes très gênées et qui souhaitent une solution plus radicale. Les autres techniques, moins invasives, peuvent aujourd'hui être proposées aux personnes souffrant de saignement et d'une procidence (hémorroïdes internes) lorsque celles-ci craignent une immobilisation longue (activité professionnelle) ou des douleurs post-opératoires importantes.

## Quelles sont les complications liées à l'opération ?

### En cas d'une résection (Milligan Morgan, Fergusson)

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 survenir durant les 3 premières semaines après l'opération, par saignement d'un petit vaisseau au niveau d'une plaie, notamment au moment où les « croutes » tombent vers 7 - 10 jours, on appelle cela la « chute d'escarre ». Un traitement local peut suffire (pansement compressif par exemple) mais parfois il est nécessaire d'effectuer un geste chirurgical complémentaire pour arrêter le saignement. Ce risque explique pourquoi il est vivement conseillé de s'abstenir de voyager loin d'un centre de santé et de prendre l'avion dans les 21 jours suivant l'opération.

Le rétrécissement anal, ou sténose, 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 sont transitoires, dus aux plaies et à la prise de laxatifs, mais ils régressent ou s'améliorent après cicatrisation. Les mécanismes de ces troubles, quand ils persistent après la cicatrisation, sont : la suppression des coussinets hémorroïdaires eux-mêmes (les hémorroïdes ont une utilité dans la continence et participent pour 10% au tonus sphinctérien de base), d'éventuelles 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.

## En cas d'une intervention de Longo, HAL (RAR) ou radiofréquence

Ces opérations ne sont pas une hémorroïdectomie à proprement parler. Elles sont en règle générale moins douloureuse que cette dernière, le plus souvent réalisées en ambulatoire et un arrêt de travail d'une à deux semaines 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. Pour l'intervention de Longo les agrafes tombent d'elles même en 1 mois environ.

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, il peut survenir pendant 3 semaines suivant l'opération
- la sténose au niveau de la ligne d'agrafes pour le Longo
- la fistule rectovaginale (Longo)
- la douleur prolongée notamment lorsque le chirurgien a positionné sa ligne d'agrafes trop bas pour le Longo
- la survenue de thromboses hémorroïdaires post-opératoires
- exceptionnellement des infections gravissimes ont été rapportées.

### Alimentation :

Vous pourrez commencer à boire des liquides le jour de la chirurgie. Par la suite, vous reprendrez une alimentation normale selon votre tolérance.

### Recommandations :

- Au lit, la position couchée sur le côté avec un oreiller entre les genoux sera probablement la plus confortable. En position assise, l'utilisation d'un coussin ou une bouée vous aidera à avoir plus de confort.
- Lors du retour à la maison, en automobile, prévoir le nécessaire pour une installation confortable (oreiller, couverture, etc.).
- Votre premier lever se fera le jour de la chirurgie.
- La reprise des activités est progressive selon vos capacités. Alternier les périodes d'activité et les périodes de repos.
- Les efforts pour aller à la selle sont à éviter, c'est pourquoi il est important d'éviter la constipation et l'effort lors de la défécation en prenant des aliments riches en fibre et en buvant des liquides. Un laxatif doux peut être utile également.
- Une protection dans les sous-vêtements est utile car il y aura des suintements qui peuvent se manifester pendant 3-4 semaines postop
- Des bains de siège devront être pris 3 à 4 fois par jour et des douches après chaque selle pour garder la région propre. Les bains de siège favorisent la diminution de la douleur et permettent une meilleure guérison de la plaie.
- Le savon et le papier hygiénique sont à éviter jusqu'à la guérison de votre plaie. Ils sont remplacés par les bains de siège et le tapotement de serviettes humides.

## Surveillance au long cours

Aucune surveillance particulière n'est nécessaire en dehors de la consultation post-opératoire habituelle qui a lieu 1 mois après l'intervention et puis ensuite en fonction de la cicatrisation un suivi pourrait être proposé.

## 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%.

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale. N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires et n'attendez pas le jour de votre intervention de les poser. Ceci augmentera seulement votre stress opératoire et nous souhaitons que votre intervention puisse se passer en toute sérénité.

**Dr. Peter FRANCOIS et le Dr. Hervé TOURSEL**