



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



H.I.A BEGIN
Chirurgie Viscérale

MC B MALGRAS MC L. MONTAGLIANI MP C. BREVART
MP A-C EZANNO MP A. AIME MP C. SCHEIWE
MP X. GIDUICELLI

FICHE D'INFORMATION PATIENT

« HÉMORROÏDES »

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Qu'est-ce que les hémorroïdes ?

Les hémorroïdes sont des formations constituées de vaisseaux sanguins présents chez tout individu à l'intérieur de l'anus (hémorroïdes internes) ou sous la peau de l'anus (hémorroïdes externes). Ce sont des formations normales, associant des artères et des veines reliées entre elles par de petits lacs sanguins. Elles sont utiles, car elles jouent un rôle dans la continence, autrement dit le fait de retenir les gaz et les selles.

On parle de maladie hémorroïdaire quand les hémorroïdes deviennent gênantes et sont à l'origine de symptômes : douleurs, procidence (extériorisation), saignements, suintements, tuméfaction et démangeaisons. Ces symptômes doivent inciter à **consulter un proctologue (ce n'est pas un chirurgien mais un gastro-entérologue spécialisé dans cette pathologie)**, qui réalisera un bilan précis avec une anoscopie, parfois une coloscopie, et proposera un traitement

Quels sont les traitements possibles ?

La prise en charge d'une maladie hémorroïdaire est d'abord médicale.

Le traitement chirurgical sera proposé en cas d'insuffisance et / ou d'échec d'un traitement proctologique (médical et / ou instrumental comme les ligatures élastiques, injections, infrarouge, congélation).

La chirurgie sera proposée de première intention dans les grands prolapsus hémorroïdaires hémorragiques. Plusieurs interventions sont possibles en fonction du stade de la pathologie hémorroïdaire.

Quels sont les interventions chirurgicales existantes ?

HIA BEGIN – 69 avenue de Paris 94163 SAINT MANDE CEDEX. Tél : 01.43.98.50.00

Service de Chirurgie Viscérale, endocrinienne & Vasculaire
Secrétariat Consultation : 01.49.57.50.00 – Hospitalisation : 01.43.98.52.42 – Fax : 01.43.98.59.22

1. LIGATURE SOUS CONTRÔLE DOPPLER (HAL)

HAL = hemorrhoid artery ligation

Les hémorroïdes sont des formations constituées de lacs artérioveineux. Elles sont irriguées par les artères hémorroïdaires, cible de ce nouveau traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire.

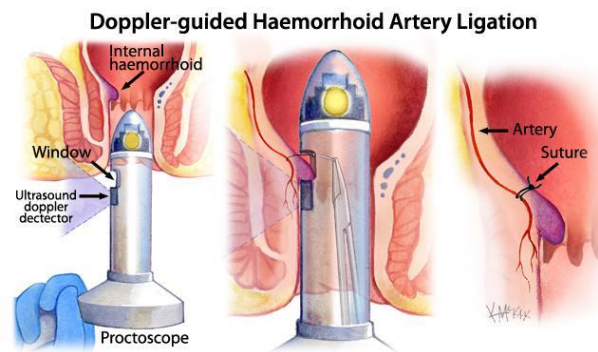
- **But de l'intervention ?**

Cette opération ne traite que les hémorroïdes internes et n'est donc pas appropriée chez les patients qui souffrent aussi des hémorroïdes externes.

Elle consiste à repérer à l'aide d'une sonde Doppler les artères hémorroïdaires et à les lier pour réduire l'apport sanguin dans les hémorroïdes. Ce n'est pas une ablation des hémorroïdes. Son efficacité peut être retardée avec un résultat définitif 1 à 2 mois après le geste. Le praticien associe quasi systématiquement à ce geste une réduction de l'extériorisation de l'hémorroïde en réalisant des sutures supplémentaires appelées mucopexie (sorte de lifting de la muqueuse).

- **Comment se déroule l'opération ?**

Le traitement s'effectue sous anesthésie, le plus souvent en ambulatoire. On utilise un appareil qui permet à la fois de regarder l'aspect des hémorroïdes dans l'anus et de repérer le signal produit par le flux des artères (doppler). Par la fenêtre située en regard, on réalise une ligature de cette artère par un fil résorbable.



Les ligatures étant réalisées au sein de la muqueuse rectale, elles ne sont pas douloureuses. L'intervention dure environ 30 minutes.

- **Suites habituelles**

Cette chirurgie est mini-invasive, il y a peu de douleur en post-opératoire. En général cette intervention se réalise en ambulatoire. Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois plus tard.

Il vous sera prescrit des médicaments contre la douleur ainsi qu'un laxatif doux. Aucun soin local n'est nécessaire et aucun régime n'est indiqué.

- **À quelles complications expose cette intervention à court et moyen terme ?**

Elles sont rares et expliquées surtout par les mucopexies.

- Des saignements immédiats ou retardés, le plus souvent mineurs (18%). Une reprise au bloc opératoire est exceptionnelle mais justifie d'éviter tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste
- Une impossibilité d'uriner dans 5.5% des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire
- L'infection est exceptionnelle
- Des douleurs anales peuvent survenir et disparaître avec un traitement antalgique adapté à son intensité
- Des faux besoins (envie d'aller à la selle alors que le rectum est vide) qui sont traités médicalement
- Une thrombose hémorroïdaire (<3%) nécessitant un traitement médical adapté

- Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale

- **À quelles complications expose cette intervention à long terme ?**

Il n'est pas décrit de complication grave à long terme mais peu d'études sont disponibles.

- Une fissure anale dans moins de 2% des cas
- Des replis de peau (marisques).
- Une récurrence de la maladie hémorroïdaire (échec de la technique) dans 3 à 24% des cas. Elle reste accessible à un traitement instrumental ou chirurgical.

2. L'HEMORROÏDECTOMIE selon Milligan Morgan

- **But de l'intervention ?**

C'est l'ablation des hémorroïdes. La méthode de résection hémorroïdaire, ou hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan crée 3 ou 4 plaies opératoires au niveau de la marge et du canal anal qui sont volontairement laissées ouvertes, les hémorroïdes internes et externes sont enlevées. Il s'agit d'une méthode efficace, universellement pratiquée depuis de très nombreuses années mais très douloureuse en post opératoire contrairement au HAL.

- **Comment se déroule l'opération ?**

La technique de base (intervention de Milligan et Morgan) consiste à enlever les 3 paquets hémorroïdaux principaux et des paquets intermédiaires si nécessaire (on n'enlève pas 100% des hémorroïdes) ; on laisse des bandes de peau et de muqueuse entre les plaies opératoires qui vont aider à la cicatrisation ; les plaies opératoires ne sont pas refermées, pour éviter le risque d'abcès, et vont cicatriser en 3 à 6 semaines.

Les sutures sont résorbables et « tomberont » en 2 à 3 semaines ; il n'y a pas de fil à enlever.

L'intervention se déroule soit sous anesthésie générale, soit sous anesthésie loco-régionale (rachianesthésie).

Il n'y a aucun régime ni aucune préparation avant l'intervention, sauf en cas de constipation importante.

- **Suites habituelles**

La douleur est le principal désagrément de l'opération.

En général vous êtes hospitalisé entre 3 et 5 jours pour ce type de chirurgie.

Les soins post-opératoires comportent des antalgiques pour lutter contre la douleur, des anti-inflammatoires si il n'y a pas de contre indication, des régulateurs du transit intestinal avec des laxatifs « doux », des bains de siège antiseptiques 2 fois par jour et après chaque selle, une pommade anti-hémorroïdaire 3 fois par jour et un suppositoire anti-hémorroïdaire le soir au coucher. Ce traitement est prescrit pour 3 semaines.

Il y aura de petits saignements au cours des selles pendant les 10 premiers jours et des suintements les 10 à 20 jours suivants.

Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois plus tard. L'arrêt de travail est de 4 semaines environ.

- **A quelles complications à court et moyen terme expose cette intervention ?**

-

- Des douleurs post opératoires plus intenses nécessitant d'intensifier le traitement médicamenteux.
- Une impossibilité d'uriner dans 10 % des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire
- Une hémorragie postopératoire entre le 1^{er} et le 20^{ème} jour nécessitant dans 2 à 3% des cas une reprise opératoire en urgence
- Une constipation due à la formation d'un véritable "bouchon" de matières se traitant par des lavements
- Une infection locale est rare (< 2%) mais peut nécessiter une réintervention
- Un retard de cicatrisation peut survenir au delà de 8 semaines
- Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection

• **À quelles complications à long terme expose cette intervention ?**

- Les troubles de la continence peuvent être favorisés par une diarrhée chronique ou des antécédents de chirurgie proctologique. Ils peuvent exister avant la chirurgie. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien car ils peuvent modifier la prise en charge.
- Un rétrécissement cicatriciel du canal anal peut également survenir (moins de 5% des cas), source de difficulté d'évacuation et de douleurs. Des replis de peau (marisques) sont parfois observés et aucune garantie esthétique ne peut être donnée.

