

---

## VOUS ALLEZ ... ETRE OPERE DES HEMORROIDES

---

### Introduction

La maladie hémorroïdaire est une maladie bénigne dont les symptômes sont très gênants. Seuls 10% à 15% des patients requièrent un traitement chirurgical.

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales de l'anus présentes chez tous les individus. Les hémorroïdes internes sont situées à l'intérieur du canal anal sous le revêtement de la muqueuse intestinale. Il s'agit d'un système d'organisation des vaisseaux qui est complexe et particulier : il comporte des sacs veineux couverts d'artérioles, dont le contenu sanguin peut varier très rapidement. Le volume des paquets hémorroïdaires participe pour 10 à 20% à l'étanchéité anale. Les hémorroïdes externes sont situées sous le rebord cutané de l'anus (marge anale). Ces deux systèmes ont des connexions vasculaires sous la muqueuse anale.

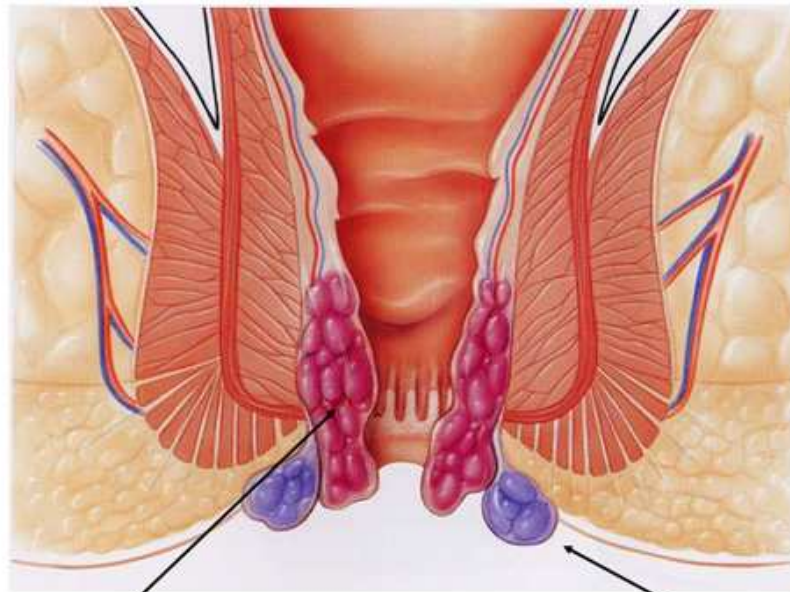
Ces formations vasculaires sont circonférentielles mais se concentrent en "paquets" hémorroïdaires selon le nombre de pédicules artériels qui les alimentent. Ces paquets sont le plus souvent au nombre de trois : paquet antéro-droit, postéro-droit et latéral gauche. Ils ont également un rôle de coussinet amortisseur lors de l'évacuation rectale. Ils maintiennent leur position anatomique (en particulier lors de l'évacuation des selles) grâce à des fibres élastiques issues de l'appareil sphinctérien. Ainsi à l'état normal, on ne perçoit pas la présence des hémorroïdes.

### Pourquoi opérer un patient souffrant des hémorroïdes ?

Il n'existe pas de corrélation entre l'intensité des symptômes (saignement, douleur et gonflement) et les modifications anatomiques constatées lors de l'examen proctologique. Celles-ci sont classées en 4 grades selon le degré d'extériorisation (procidence) des paquets hémorroïdaires qui témoigne de l'élongation voire de la rupture du système de suspension.

- Grade 1 : Symptômes hémorroïdaires sans aucune extériorisation.
- Grade 2 : Extériorisation fugace lors de la défécation
- Grade 3 : Extériorisation franche à la défécation ou à l'effort, suivie d'une réduction spontanée lente ou aidée par la pression du doigt
- Grade 4 : extériorisation permanente (prolapsus hémorroïdaire)

Dès lors que les hémorroïdes internes franchissent la partie terminale du canal anal (zone où la pression sphinctérienne de fermeture est maximale), la gêne hémorroïdaire devient permanente et les hémorroïdes ne peuvent plus jouer leur rôle physiologique. Cependant, en cas de faiblesse sphinctérienne (hypotonie sphinctérienne), les hémorroïdes peuvent encore "obstruer" l'anus et masquer une incontinence potentielle.



Hémorroïdes internes

Hémorroïdes externes

### Prolapsus hémorroïdaire

On conçoit facilement que la réversibilité des symptômes hémorroïdaires diminue avec le degré de procidence. Celle-ci est rarement douloureuse en elle-même mais très gênante, s'accompagnant en particulier de suintements, d'impression d'anus humide, de saignements et de difficultés d'essuyage. La muqueuse extériorisée peut même se couvrir de kératine (comme la peau) avec le temps.

Le traitement médical qui repose sur la régularisation du transit intestinal en traitant la constipation, sur l'administration de médicaments ayant un effet tonique veineux et de topiques locaux (crèmes et suppositoires) et le traitement instrumental réalisé au cabinet de consultation (infrarouges, ligature élastiques...) sont proposés de première intention mais il ne sont plus efficace dès lors qu'il existe une procidence importante. C'est à ce stade qu'une chirurgie hémorroïdaire est indiquée en fonction de la demande du patient.

L'objectif du traitement chirurgical est d'obtenir la disparition des manifestations hémorroïdaires tout en préservant la continence anale. Plus rarement la chirurgie peut être décidée rapidement en raison de manifestations telles que :

- Des saignements réfractaires à un traitement instrumental, ou responsables d'une anémie du fait de leur répétition, ou des saignements survenant chez des patients qui sont sous traitement anticoagulant ou inhibiteur de l'activité des plaquettes.
- Des thromboses hémorroïdaires douloureuses à répétition
- Un prolapsus hémorroïdaire thrombosé et hyperalgique malgré le traitement médical intensif.



## En quoi consiste la chirurgie hémorroïdaire ?

Les techniques opératoires actuelles reposent sur deux principes différents : soit il s'agit d'une hémorroïdectomie, c'est-à-dire l'ablation des paquets hémorroïdaires internes et externes, soit d'une hémorroïdopexie qui consiste à repositionner et fixer les hémorroïdes internes dans le canal anal.

### Hémorroïdectomie

La technique chirurgicale la plus utilisée est celle de Milligan & Morgan dont la description initiale date de 1937. Elle consiste en une résection des 3 paquets hémorroïdaires avec ligature interne des 3 artères hémorroïdales avec un fil résorbable. Cette technique laisse en place 3 plaies "ouvertes" qui cicatrisent naturellement par repousse tissulaire concentrique et par bourgeonnement, en 4 à 6 semaines. On conserve 3 bandes cutanéomuqueuses (ponts) entre les zones de résection pour permettre la cicatrisation du conduit anal et garantir la persistance d'une sensibilité de l'anus. Cette technique chirurgicale est la référence actuelle. Elle comporte des variantes comme l'intervention de Parks qui consiste à laisser les plaies opératoires semi-ouvertes et l'intervention de Ferguson au cours de laquelle les plaies sont complètement suturées. Ces deux interventions sont très peu pratiquées en France.



**Hémorroïdectomie** : Exposition des paquets hémorroïdaires avant résection.

L'hémorroïdectomie peut être partielle et ne concerner qu'un ou deux paquets hémorroïdaires. L'exérèse d'un quatrième paquet postérieur peut être nécessaire et dans ce cas une plastie de l'anus est effectuée avec la muqueuse rectale abaissée pour amorcer la cicatrisation (technique Bellan).

Le geste à effectuer sur les ponts cutanéomuqueux intermédiaires lorsqu'ils sont prolapsés, est plus délicat. Ces ponts sont ré-ascensionnés dans le canal anal et fixés par des points de fil résorbable.



Certains opérateurs utilisent la coagulation bipolaire, aux ultra-sons (harmonic scalpel™) ou par thermofusion (ligasure™). Les promoteurs de l'utilisation de ces instruments très coûteux vantent la diminution du saignement peropératoire et le caractère moins douloureux des suites postopératoire, mais ces résultats sont controversés.



**Hémorroïdectomie** : Fin d'intervention.

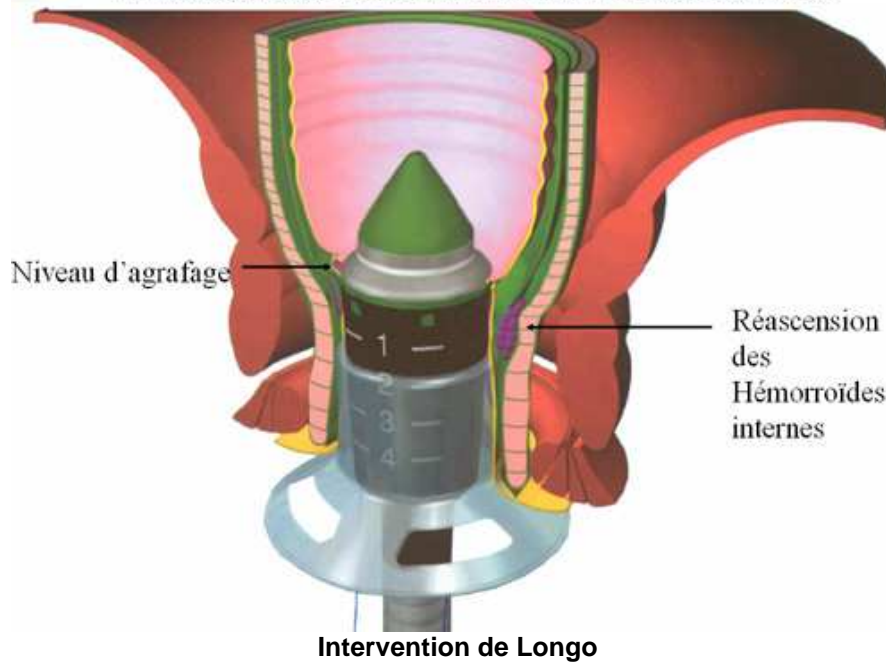
La cicatrisation des plaies nécessite une surveillance clinique afin d'éviter qu'une fissure anale ne survienne ou qu'un rétrécissement du canal anal ne se produise. Plus fréquemment, un bourgeonnement excessif peut retarder la cicatrisation et nécessiter l'application de nitrate d'argent.

### **Hémorroïdopexie ou intervention de Longo**

Cette intervention est réalisée depuis 1998. Elle conserve les hémorroïdes mais les réintègre en position physiologique dans le canal anal. Ce repositionnement est possible grâce à la résection circonférentielle d'un bandeau de muqueuse situé au dessus des hémorroïdes sur une hauteur de 15 à 30 mm. Un ré-agrafage circulaire immédiat de la muqueuse et des connexions vasculaires sous jacentes complète le geste. Cette intervention s'effectue à l'aide d'un kit instrumental spécifique contenant en particulier une pince agrafeuse circulaire.

L'absence de plaie opératoire simplifie les suites qui sont moins douloureuses qu'après hémorroïdectomie. Cette intervention ne traite que les hémorroïdes internes. On peut être amené à exciser des hémorroïdes externes résiduelles (marisques), ce qui crée à nouveau des plaies sources de douleur postopératoire.

## HEMORROÏDOPEXIE PAR AGRAFAGE CIRCULAIRE



### Quelles sont les indications de ces deux types d'intervention ?

L'hémorroïdopexie est indiquée lorsque la procidence des hémorroïdes internes est symétrique sur les 3 paquets principaux ou quasi circonférentielle et de grade 3. Elle est particulièrement adaptée aux patients qui doivent faire des efforts au cours de la défécation et chez lesquels on constate souvent à l'examen effectué avec un anoscope, que le prolapsus des hémorroïdes est accompagné d'un prolapsus interne de la muqueuse du bas rectum. L'intérêt de cette intervention est le maintien de l'intégrité du canal anal et de la marge anale avec une technique qui évite une plaie opératoire. L'intervention de Longo est moins douloureuse en postopératoire et permet une reprise rapide des activités.

L'hémorroïdectomie est une intervention possible en toutes circonstances. Elle s'impose lorsque seulement un ou deux paquets hémorroïdaires sont pathologiques et peuvent être excisés avec des suites opératoires peu douloureuses. Elle permet de traiter une maladie hémorroïdaire externe (thromboses à répétition, marisques ou excédents cutanés résiduels). Elle garantit le résultat en cas d'hémorroïdes extériorisés en permanence (grade 4). Elle est plus adaptée dans les hémorroïdes grade 3 en l'absence de prolapsus muqueux rectal et lorsque la composante hémorroïdaire externe est nette.

### Quels sont les inconvénients de la chirurgie ?

Après hémorroïdopexie, la ligne d'agrafes situées à la jonction entre l'anus et le rectum modifie temporairement la sensation de besoin d'exonération et la perception du contenu rectal. Certains patients peuvent alors ressentir des envies pressantes d'aller à la selle (urgence fécale) ou des fausses envies (pour des gaz au lieu des selles). Cette gêne traduit des troubles sensitifs et pas une incontinence du sphincter anal. Peu prévisibles, ces symptômes sont

réversibles en quelques jours ou semaines et doivent être expliqué au patient lors de la consultation préopératoire. Le lifting hémorroïdaire peut être moins efficace sur un des paquets ce qui conduit à une rechute partielle. Le patient doit être donc informé de la possibilité d'effectuer une "retouche" le plus souvent par traitement instrumental (ligature élastique). Il arrive qu'une hémorroïdectomie partielle sur un ou deux paquets soit nécessaire dans les années suivantes.

Immédiatement après hémorroïdectomie, le patient peut ressentir des douleurs intenses liées au nombre de plaies opératoires. Ces douleurs sont plus importantes lors des 12 premières heures et lors de la première selle. Elles s'estompent en une quinzaine de jours. A distance, le résultat est surtout lié à la qualité de la cicatrisation des plaies. Plus l'hémorroïdectomie est radicale, plus le risque de rétrécissement est important. Il provoque des difficultés d'évacuation et des difficultés d'essuyage. Une fissure anale peut compliquer la cicatrisation et nécessiter des soins spécifiques. Dans le cas très rare de rétrécissement fixé (sténose), des dilatations répétées ou une anoplastie peuvent être nécessaires. Si l'hémorroïdectomie partielle met à l'abri des complications précédentes, elle expose au risque de rechute sur les paquets restants.

---

### **Comment se fait le choix entre l'hémorroïdectomie et l'hémorroïdopexie ?**

Le Chirurgien proctologue conseille l'une ou l'autre technique en fonction des symptômes et des données de l'examen, chaque patient étant un cas particulier. Un schéma du procédé chirurgical peut faciliter les explications. Dans certains cas les deux alternatives sont possibles et la décision est plus facilement prise lors de l'examen sous anesthésie. Il faut obtenir l'accord du patient dans cette démarche.

---

### **Comment se déroule l'hospitalisation ?**

La consultation d'anesthésie est obligatoire et doit avoir lieu dans les jours qui précèdent l'hospitalisation. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale ou sous anesthésie locale avec sédation. Chez les patients qui ont des traitements anticoagulants ou antiplaquetaires, compte tenu des risques liés à l'arrêt et du saignement lié à la chirurgie, il faut préférer l'hémorroïdectomie qui permet une hémostase chirurgicale sous contrôle de la vue.

L'intervention peut être faite dans le cadre de la chirurgie ambulatoire notamment en cas d'hémorroïdectomie partielle voire d'hémorroïdopexie. Actuellement en France, par accord professionnel, il est recommandé après chirurgie radicale d'autoriser la sortie du patient après la première selle normale, ce qui correspond à une durée d'hospitalisation de 2 à 4 jours.

## Quelle préparation à l'intervention ?

Quelques jours avant l'intervention, il est recommandé de prendre des laxatifs afin d'éviter une première selle dure en postopératoire. Il n'y a pas de régime alimentaire particulier à suivre. Une préparation locale par lavement ou suppositoire évacuateur est souvent proposée

quelques heures avant l'intervention. Il est important de vider sa vessie avant l'intervention pour limiter les difficultés d'uriner en postopératoire. La prémédication orale peut inclure un anti-inflammatoire et un antibiotique qui peuvent être aussi administrés au début de l'intervention par voie intraveineuse.

---

## Comment se déroule l'intervention ?

Le patient est installé habituellement en position gynécologique (allongé sur le dos, les jambes relevées et écartées). La durée opératoire varie entre 20 et 50 minutes. Certaines équipes effectuent un bloc des nerfs pudendaux (qui innervent la région opérée) avant la chirurgie, sur un malade sous anesthésie. Ce bloc permet de prolonger l'analgésie plusieurs heures après l'intervention et de diminuer le recours à des antalgiques comme la morphine dont les effets secondaires (nausées, vomissements, rétention d'urines, constipation) sont désagréables (cf. "prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie proctologique" dans Proctologie au quotidien sur le site [www.proktos.com](http://www.proktos.com)). En salle de réveil, l'intensité de la douleur est évaluée sur une échelle visuelle (EVA, EVS) pour adapter le traitement antalgique. Le retour en chambre est décidé après contrôle de la douleur et de l'absence de vessie pleine.

---

## Sur quels paramètres porte la surveillance postopératoire en cours d'hospitalisation ?

La surveillance postopératoire porte sur 5 points :

- Le contrôle de la douleur
- La reprise d'une capacité d'uriner normalement
- Le saignement
- La première selle
- Les plaies opératoires

### Le contrôle de la douleur

La douleur est spontanément très intense dans les premières heures au décours d'une hémorroïdectomie radicale. Elle est moitié moindre après hémorroïdopexie. Cette douleur est ravivée lors de la première selle après hémorroïdectomie. Un traitement antalgique comportant notamment des anti-inflammatoires, du paracétamol est systématiquement administré pendant les 3 à 5 premiers jours. Ce traitement est complété par des dérivés de la

morphine per os ou par voie sous cutanée ou du tramadol en fonction de la douleur résiduelle, notamment à la levée du bloc pudendal.

### **La reprise d'une miction normale**

La première miction est souvent difficile ou incomplète (15-30% des cas) en raison d'un spasme réflexe du sphincter vésical. La constitution d'un globe vésical est source de douleurs parfois difficiles à préciser. Un simple sondage évacuateur suffit chez la femme. Le problème

est plus compliqué chez l'homme pour lequel l'administration d'antispasmodique et d'agents alpha 1 bloquant doit être envisagée avant le sondage vésical. Une fois la vessie vidée complètement, la miction reprend normalement. Il est donc important de prévenir ce risque de globe vésicale en évitant de perfuser trop abondamment les patients durant l'intervention et en privilégiant l'anesthésie générale à la rachianesthésie.

### **Le saignement**

Un saignement de faible abondance, au niveau des plaies ou lors de la première selle est fréquent et non inquiétant. En revanche, une hémorragie avec émission de caillots peut survenir dans les premières heures, quelle que soit la technique opératoire. La surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et du pansement est effectuée régulièrement. En cas d'hémorragie, un tamponnement local peut suffire mais ne doit pas retarder un geste d'hémostase à réaliser au bloc opératoire dans de bonnes conditions (<3%).

### **La première selle**

Les laxatifs sont systématiquement poursuivis en postopératoire afin d'obtenir une première selle molle dans les 48 à 72 heures. Les patients appréhendent la première défécation par crainte de la douleur. Si la première selle est facile en cas d'hémorroïdopexie, la douleur est surtout présente en cas d'hémorroïdectomie du fait des plaies opératoires. Certaines équipes prescrivent systématiquement une purge orale pour éviter la constitution d'un fécalome (rétention de selles dures). La survenue d'un fécalome (2% des cas) peut en effet être à l'origine de douleurs intenses avec un blocage réflexe de la vessie. En cas d'hémorroïdectomie, il est conseillé des prendre des antalgiques avant la première défécation et de ne pas s'enfermer dans les toilettes (risque de malaise vagale). Les selles suivantes sont de moins en moins douloureuses à condition de poursuivre la prise de laxatif afin d'obtenir des selles un peu molles. Les douleurs disparaissent le plus souvent après le cap du 15ème jour.

### **La surveillance des plaies après hémorroïdectomie**

Les soins locaux relèvent essentiellement d'une hygiène par douche ou bain de siège à l'eau savonneuse, matin et soir et après chaque selle. Les antiseptiques locaux n'ont pas d'intérêt particulier. L'utilisation de lingettes non alcoolisées peut aider l'essuyage. L'application d'une crème protectrice, vitaminée ou cicatrisante améliore le confort local. L'équipe soignante surveille l'aspect des plaies, l'absence d'œdème ou de thrombose en particulier au niveau des ponts entre les plaies. Certains effectuent systématiquement un toucher rectal avant la sortie.

## Comment se passe le retour à domicile ?

### Après hémorroïdopexie

La reprise d'une vie normale est d'emblée envisageable. Il n'y a pas de soin local particulier et la prise d'antalgiques n'est pas toujours nécessaire. Quelques saignements peuvent persister lors de la défécation pendant les premiers jours, surtout en cas de selles dures. Il faut donc

veiller à maintenir un transit facile, avec des laxatifs pris par voie orale pendant deux à trois semaines. Il est fréquent de ressentir des envies pressantes d'évacuer sans être certain qu'il s'agit d'une selle ou d'un gaz et d'évacuer les selles de façon fragmentée. Ces sensations sont très variables d'une personne à l'autre et disparaissent en quelques jours ou semaines. Les agrafes (minuscules) s'éliminent sans que l'on s'en rende compte ou s'incrustent dans la paroi du rectum. Il est possible de les reconnaître sur une radiographie. Elles n'empêchent pas le passage des portiques de sécurité aux aéroports. En cas de rapport sexuel anal, il est préférable d'attendre la consultation postopératoire car il est possible qu'une agrafe en partie détachée puisse être blessante. Elle est alors retirée sans douleur lors de l'anuscopie de contrôle.

### Après hémorroïdectomie

Les douleurs peuvent réapparaître après retour à domicile et il est donc nécessaire d'adapter le traitement antalgique. Si les douleurs persistent, un spasme réflexe peut s'installer qui entrave la cicatrisation et aggrave la douleur. Les soins d'hygiène locaux sont poursuivis comme lors de l'hospitalisation (sans utiliser de papier toilette) jusqu'à cicatrisation. Il est normal que les plaies puissent un peu saigner lors de la défécation ou suinter. Des démangeaisons sont fréquentes, liées à la fois au suintement local et au bourgeonnement de cicatrisation. Il n'y a pas de régime alimentaire particulier à envisager. La prise de laxatifs est poursuivie de façon adaptée jusqu'à cicatrisation (4-6 semaines). La reprise d'une vie normale est possible au bout de 15 jours.

---

## Dans quels cas faut-il consulter en urgence ?

Quatre circonstances éventuellement associées, peuvent motiver une consultation urgente :

- un saignement important, a fortiori s'il est associé à des caillots.
- des douleurs progressivement croissantes non contrôlées par un traitement antalgique bien suivi
- des difficultés urinaires inhabituelles
- la présence d'une fièvre

Ces complications peuvent survenir au cours des deux premières semaines. L'hémorragie peut être la conséquence d'une chute d'escarre. La douleur peut s'expliquer en particulier par une thrombose hémorroïdaire interne sous la ligne d'agrafage, ou une thrombose externe sur un pont. La douleur peut aussi traduire l'apparition d'une fissure précoce, notamment après

évacuation d'une selle dure. L'infection est très rare et peut concerner un hématome sous muqueux ou un pont dévascularisé. La prévention de l'infection passe par une antibiothérapie prophylactique en peropératoire, souvent poursuivie quelques jours pendant la durée du traitement anti-inflammatoire.

Il est parfois nécessaire d'examiner les patients sous anesthésie générale pour permettre un diagnostic précis de l'éventuelle complication et la traiter dans le même temps. Ces complications, bien que rares, justifient que le patient reste à proximité de l'équipe soignante pendant les deux à trois premières semaines postopératoires.

---

### **La première visite postopératoire ?**

Il est souhaitable d'avoir une nouvelle consultation dans les deux à trois semaines qui suivent l'intervention. Le chirurgien s'informe en premier lieu de l'éventualité d'une douleur résiduelle et de son traitement, de la qualité du transit intestinal, de la disparition de tous saignements. Il contrôle la cicatrisation locale.

En cas d'hémorroïdopexie, le toucher rectal et l'anuscopie vérifient le calibre et la hauteur de l'agrafage et la bonne qualité de la réduction des hémorroïdes internes. Une consultation ultérieure est prévue à distance.

En cas d'hémorroïdectomie, l'inspection des plaies est suivie d'un toucher rectal pour vérifier l'absence de rétrécissement encore réversible à ce stade. Si l'examen constate une cicatrisation sténosante, il est conseillé au patient d'introduire quotidiennement un suppositoire en pratiquant un toucher avec un doigtier. Si le patient ne peut le faire, les consultations sont renouvelées de façon rapprochée pour éviter une sténose et/ou l'apparition d'une fissure. Dans ce cas, on pourrait être amené à pratiquer une nouvelle intervention (anoplastie, sphinctérotomie). Le rythme des consultations est ensuite déterminé par l'évolution de la cicatrisation des plaies. En effet un bourgeonnement excessif provoque une gêne locale avec suintement voire saignement et freine la repousse concentrique du tissu épithélial. Le nitrage local (tamponnement des bourgeons avec un bâtonnet de nitrate d'argent) permet de contrôler le bourgeonnement et de "diriger" la cicatrisation. La cicatrisation se prolonge parfois au-delà du troisième mois sans être pour autant douloureuse. On parle alors de retard de cicatrisation, sans que cela ait une signification péjorative. La surveillance doit être poursuivie jusqu'à cicatrisation complète.

La qualité du suivi après hémorroïdectomie tient une grande place dans la qualité du résultat final. La reprise des activités sportives (en particulier la natation) est possible le plus souvent après le premier mois, mais dépend de la cicatrisation.

---

### **Quelle est la durée de l'arrêt de travail ?**

La durée de l'arrêt de travail est modulée en fonction des constatations de la première visite postopératoire et du type d'activité professionnelle. La durée moyenne est de une à deux semaines après hémorroïdopexie et de trois à quatre semaines après hémorroïdectomie.

## **Peut il y avoir des conséquences de la chirurgie hémorroïdaire sur la continence anale ?**

Que ce soit après hémorroïdopexie ou après hémorroïdectomie, il est très rare de constater une incontinence au gaz ou aux selles molles une fois la phase de cicatrisation terminée. L'incontinence peut être liée à une distension excessive du sphincter interne lors de l'hémorroïdopexie, ou à une dissection dans les fibres de ce sphincter lors de l'hémorroïdectomie ou à une perte de la sensibilité en cas de résection muqueuse excessive par l'une ou l'autre technique. Cependant, le plus souvent, la qualité du sphincter était altérée avant l'intervention et la chirurgie n'a fait que démasquer le problème. Il est donc important lors de la consultation préopératoire d'évaluer la qualité de la continence anale et de réaliser les explorations complémentaires adaptées si nécessaire.

---

## **Quel est le degré de satisfaction des patients après chirurgie hémorroïdaire ?**

Le degré de satisfaction est corrélé à l'amélioration de la qualité de vie retrouvée par le patient une fois la cicatrisation terminée par rapport à la gêne quotidienne qu'il éprouvait auparavant. Que ce soit après hémorroïdopexie ou hémorroïdectomie, les patients sont satisfaits à 90%

---

### **Pour en savoir plus :**

1. Abramowitz L, Godeberge P, Staumon G. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol Clin Biol 2001;25:674-702
2. Suduca JM, Staumont G, Gorez E. Traitement de la maladie hémorroïdaire. Siproudhis L Panis Y Bigard MA, in Traité des maladies de l'anus et du rectum. Elsevier-Masson, Paris 2006
3. Sénéjoux A. Stratégie de prise en charge et de suivi au décours de l'hémorroïdectomie pédiculaire. Colon & Rectum 2006;1:47-52