
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR APRES CHIRURGIE HEMORROIDAIRE

INTRODUCTION

La chirurgie des hémorroïdes a la réputation d'avoir des suites opératoires très douloureuses. La Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) l'a effectivement classée parmi les interventions les plus douloureuses à partir des mesures de la douleur post-opératoire (DPO) sur une échelle visuelle analogue (EVA). La note évaluée par le patient sur une réglette allant de 0 à 10 est en moyenne supérieure à 5 dans les 24 premières heures. Cette douleur s'apaise ensuite pour se raviver lors de la première selle particulièrement crainte par le patient. C'est pourquoi une réflexion est régulièrement menée dans l'amélioration de la prise en charge de la DPO après chirurgie hémorroïdaire. (<http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0b-conferences-flash/2006/173/indexconf.asp>).

COMMENT EXPLIQUER LA DOULEUR APRES CHIRURGIE HEMORROÏDAIRE ? UN PEU DE PHYSIO-PATHOLOGIE :

L'INNERVATION ANALE :

La marge anale, qui comprend le rebord cutané de l'anus puis les 2 à 4 premiers centimètres du canal anal, est très riche en récepteurs sensibles au toucher, au chaud-froid, à la vibration et à la douleur (nocicepteurs) par piqûre, coupure ou œdème. L'influx nerveux est transmis par les nerfs pudendaux droit et gauche (ex nerfs honteux). Ces nerfs à fibres sensibles et motrices sont issus des racines nerveuses de la moelle épinière sacrée, majoritairement S3 et S4. Ils se terminent en trois branches principales, rectale, périnéale et dorsale du clitoris ou de la verge, avec des ramifications à des niveaux et en nombre variable selon les individus. Les branches rectales et les rameaux périnéaux profonds assurent l'innervation de la marge anale, du canal anal et du sphincter externe de l'anus.

A partir de la jonction anorectale et sur le rectum, l'innervation dépend du système nerveux autonome sympa- et parasympathique. Les sensations douloureuses proviennent uniquement de la stimulation des récepteurs à la distension (barorécepteurs) situés dans la paroi du rectum et le muscle releveur de l'anus. Ce système règle de façon automatique (inconsciente) le degré du tonus du sphincter interne de l'anus et le fonctionnement vésical.

LA DPO, ESCALADE ET CERCLE VICIEUX :

Les hémorroïdes internes siègent sous la muqueuse du canal anal jusqu'à la jonction anorectale. Les hémorroïdes externes se situent sous la marge anale. Tout geste chirurgical, portant sur la marge anale ou la partie basse du canal anal, est douloureux suite au traumatisme tissulaire direct et à l'œdème réactionnel local. Cette douleur déclenche un spasme musculaire des sphincters anal et parfois vésical avec un risque de rétention urinaire réflexe. La constitution d'un globe vésical se signale par des douleurs hypogastriques parfois difficiles à préciser par le patient en post-opératoire.

Or l'administration d'antalgiques puissants de type morphinique a pour inconvénient d'aggraver la rétention d'urines et également de ralentir le transit intestinal avec risque de constipation. Le bol fécal se durcit parfois jusqu'à former un fécalome très douloureux à évacuer et lui-même responsable d'une rétention d'urines réflexe. Ainsi, l'objectif de la prise

en charge de la DPO n'est pas seulement d'en diminuer l'intensité mais d'empêcher l'apparition de ce cercle vicieux en particulier grâce au blocage anesthésique des nerfs à destination ano-rectale.

TOUTES LES TECHNIQUES CHIRURGICALES SONT-ELLES AUSSI DOULOUREUSES?

Le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire repose sur trois principes différents : L'hémorroïdectomie, l'hémorroïdopexie et la désartérialisation guidée par le Doppler..

L'hémorroïdectomie est l'intervention traditionnelle et de référence. Elle consiste à retirer les paquets hémorroïdaires prolapsés pathologiques, externes et internes. L'excision commence sur la marge anale et remonte jusqu'au bord supérieur du canal anal où sont liés les pédicules vasculaires. Les plaies, le plus souvent au nombre de trois, sont situées sur la zone la plus sensible. La douleur est en rapport avec le nombre de paquets excisés, soit modérée pour une ou deux plaies à forte pour trois ou quatre plaies. De nouveaux instruments (très onéreux) de section-coagulation par ultra-sons (harmonic-scalpel®) ou par diathermie bipolaire (ligasure®) permettent de limiter la diffusion thermique et l'œdème réactionnel. Leur utilisation semble présenter un avantage sur la DPO (plus avec le ligasure®) mais les effectifs des études sont trop faibles pour être significatifs.

L'hémorroïdopexie ou intervention de Longo date de 1995. Son concept est tout à fait différent puisqu'il s'agit d'un "lifting hémorroïdaire" réalisé avec une pince agrafeuse circulaire. Les hémorroïdes internes prolapsées sont repositionnées dans le canal anal après résection d'un manchon muqueux de 15 à 20 millimètres de hauteur sur le bas rectum et agrafage au niveau de la jonction ano-rectale. Cette intervention ne peut complètement corriger une maladie hémorroïdaire interne et externe trop avancée, avec prolapsus permanent. Elle convient plus particulièrement au prolapsus hémorroïdaire interne réductible et circonferentiel. L'absence de plaie anale rend cette technique moins douloureuse que l'hémorroïdectomie tant en post-opératoire immédiat que lors de la défécation. Cependant, l'hémorroïdopexie peut engendrer des douleurs différentes à type de tension. Les modifications circulatoires temporaires sur les hémorroïdes repositionnées avec gonflement voire thrombose peuvent être source de douleurs intra-canalaires et de dysurie réflexe. Le remodelage de la jonction ano-rectale modifie transitoirement la compliance rectale et la stimulation des barorécepteurs, ce qui pourrait expliquer les fréquents symptômes d'urgence fécale. Ces urgences fécales plus ou moins douloureuses régressent en quelques jours ou semaines. Enfin la DPO se rapproche de celle d'une hémorroïdectomie si l'on associe un geste d'excision sur les hémorroïdes externes.

La désartérialisation des paquets hémorroïdaires, guidée par Doppler, est une technique récente en cours d'évaluation. Son principe consiste à lier toutes les artères à destinée hémorroïdaire, au niveau de la jonction ano-rectale à l'aide d'une sonde Doppler. Ce geste peut être complété par une mucopexie, c'est-à-dire un surjet aller-retour sur les hémorroïdes internes. Ce geste est quasiment indolore. Il se rapproche des techniques instrumentales et indiqué à un stade peu évolué de la maladie hémorroïdaire (grade 2 ou 3 débutant)

En pratique, le choix de la technique opératoire n'est pas déterminé par l'intensité de la DPO

mais selon la confrontation des manifestations de la maladie hémorroïdaire et des données de l'examen clinique. C'est le chirurgien proctologue qui conseille la meilleure option chirurgicale parfois même en fonction de l'examen sous anesthésie. La prise en charge de la DPO sera adaptée au choix opératoire.

POUR UNE MEME TECHNIQUE OPERATOIRE, LA DPO EST-ELLE VARIABLE SELON LES PATIENTS ?

Il est évident que l'importance du geste chirurgical est un facteur déterminant de la DPO, mais l'intensité de cette douleur est très variable selon les individus. En effet, la DPO est beaucoup plus appréhendée par les patients dont la maladie hémorroïdaire n'est pas douloureuse mais responsable d'une gêne locale et de saignements. A l'inverse, la coexistence d'une fissure anale et d'une maladie hémorroïdaire doit faire discuter les options thérapeutiques selon le mécanisme prédominant de la douleur.

La douleur est fortement liée à la tonicité du sphincter anal et à l'importance du spasme postopératoire. L'hypertonie sphinctérienne et le spasme sphinctérien réflexe anal et vésical sont plus forts et plus fréquents chez l'homme que chez la femme. La sphinctérotomie interne peropératoire, proposée pour éviter le spasme douloureux, n'est plus pratiquée en raison du risque de troubles de la continence anale. Des études sont en cours sur des médications à visée myorelaxante : agents libérateurs de NO (trinitrine), inhibiteurs calciques (diltiazem local ou nifedipine par voie orale) et toxine botulique, qui agissent de façon locale. Le risque de céphalées limite en fait l'utilisation des dérivés nitrés.

CONSEQUENCES DE L'ANESTHESIE SUR LA DPO APRES CHIRURGIE HEMORROÏDAIRE.

La chirurgie hémorroïdaire peut être réalisée sous anesthésie générale, loco-régionale (rachianesthésie) ou sous anesthésie locale avec sédation selon les pratiques de chaque équipe. L'anesthésie locale simple est réservée au geste d'excision de thrombose en urgence. L'anesthésie générale est planifiée en fonction de la durée du geste qui est court mais douloureux. Des opiacés d'action courte (par exemple le remifentanyl) sont donc utilisés pour assurer une réversibilité rapide tout en évitant la survenue en postopératoire de complications liées spécifiquement à l'administration d'opiacés telles que les nausées, les vomissements et plus spécifiquement dans le cadre de cette chirurgie, la constipation et la rétention d'urines. La rachianesthésie assure également une bonne analgésie notamment en postopératoire immédiat avant que le bloc ne se lève mais elle a également l'inconvénient de favoriser la survenue de rétention d'urines. L'administration d'opiacés en rachianesthésie doit être absolument évitée car le risque de rétention d'urines devient alors inacceptable. L'anesthésie locale avec sédation est peu pratiquée ; elle convient aux interventions limitées à un ou deux paquets hémorroïdaires, soit à une hémorroïdopexie, soit à la technique de désartérialisation, dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

QUEL EST L'INTERET DES NOUVELLES TECHNIQUES D'INFILTRATIONS ANESTHESIQUES DES NERFS PUDENDAUX AU COURS DE LA CHIRURGIE HEMORROÏDAIRE ?

Outre la prise en charge médicamenteuse postopératoire codifiée selon les règles de bonne pratique clinique, établies par la Société Française d'Anesthésie Réanimation et sur laquelle nous reviendrons, l'utilisation des techniques d'infiltration des nerfs pudendaux en peropératoire a amélioré la qualité des suites opératoires immédiates. L'intérêt des techniques d'infiltration est bien démontré par des études rigoureuses depuis le début des années 90. Ces techniques consistent à infiltrer un agent anesthésique de longue durée d'action, au contact des branches nerveuses rectales des nerfs pudendaux droits et gauches, ainsi que sur les branches sensibles périanales postérieures.

L'infiltration est réalisée sur un patient sous anesthésie légère, avant le geste chirurgical lui-même. Elle est efficace dans un délai de 20 minutes environ. Elle contribue à assurer l'analgésie de la région durant le geste opératoire et dans les heures suivantes. Le repérage des nerfs est facilité par l'utilisation d'un stimulateur ; en effet la stimulation du nerf se manifeste par la contraction du sphincter externe de l'anus. Ce geste effectué de façon aseptique et après avoir vérifié par aspiration l'absence de positionnement de l'aiguille dans un vaisseau, comporte peu de risques. Si l'injection est trop éloignée du nerf, l'anesthésie peut être incomplète. Au contraire, une diffusion excessive en avant du sphincter anal, conduit à une anesthésie de tout le périnée qui peut contribuer à favoriser la rétention d'urines.

Dans tous les cas cette anesthésie est réversible en plusieurs heures. L'infiltration permet de diminuer de façon importante la quantité d'analgésiques administrés et en particulier le recours aux morphiniques au cours des 24 premières heures postopératoires, évitant ainsi leurs effets secondaires décrits précédemment.



Figure : Infiltration anesthésique du nerf pudendal gauche dans la fosse ischio-rectale.

COMMENT UTILISER LES MEDICAMENTS DE LA DOULEUR LORS D'UNE CHIRURGIE DES HEMORROÏDES ?

Les Recommandations pour la Pratique Clinique concernant la chirurgie hémorroïdaire préconisent l'association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (kétoprofène) et du paracétamol de façon systématique et le recours aux morphiniques si le score d'intensité douloureuse reste $> 5/10$.

Les morphiniques sont prescrits à la demande. En postopératoire immédiat la morphine est administrée soit par voie sous cutanée soit par voie intraveineuse à l'aide d'une pompe d'analgésie auto-contrôlée. Son efficacité est à mettre en balance avec les effets secondaires déjà cités dont la fréquence dépend de la dose administrée.

L'intérêt des infiltrations doit encore être souligné car elles permettent de limiter le recours aux opioïdes dont les effets secondaires sont proportionnels aux doses administrées. A la levée du bloc on peut utiliser par voie orale du néfopam ou du tramadol ou un opioïde faible (codéine), la morphine à libération immédiate étant réservée aux douleurs plus intenses.

PROPOSITION D'UNE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DE LA DPO APRES CHIRURGIE HEMORROÏDAIRE

- Avant l'intervention
 - Information du patient sur les modalités chirurgicales et le mode de prise en charge de la DPO.
 - Prescription de laxatifs quelques jours avant
 - Bien vider la vessie avant le passage au bloc opératoire
 - Débuter éventuellement les AINS en prémédication

- En salle d'opération
 - Réalisation d'une infiltration bilatérale des branches rectales du nerf pudendal avec l'aide d'un neurostimulateur chez le patient anesthésié et installé en position opératoire. Utilisation d'un agent anesthésique de longue durée (10-15 ml de ropivacaïne 7,5 mg/ml dans chaque fosse ischiorectale)
 - AINS (si non administrés en préopératoire) et paracetamol intraveineux
 - Limiter le remplissage vasculaire

- En postopératoire
 - Surveillance de l'EVA pour compléter le traitement antalgique par des morphiniques si besoin
 - Vérifier la reprise d'une miction normale dans les 6 heures. En cas de globe : sondage évacuateur chez la femme et commencer par la prescription d'alpha bloquants chez l'homme
 - Poursuivre les AINS
 - Expliquer l'utilisation des opiacés faibles et du tramadol à la demande dès la levée du bloc et lors des premières selles
 - Continuer les laxatifs en postopératoire
 - Vérifier l'absence de complication locale

Mise à jour : décembre 2008