

## INFORMATION SUR LES HEMORROIDES ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

### **Hémorroïdes : Anatomie, physiologie**

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales présentes chez tout individu au niveau de l'anus.

Elles sont composées de structures vasculaires (Artères, veines, capillaires) et musculaires au sein d'un tissu de soutien, richement innervées.

Elles sont disposées sur tout le pourtour de l'anus et présentent des épaissements localisés en 3 endroits appelés pédicules ou paquets hémorroïdaires.

Chaque paquet est constitué de 2 composantes

- Les hémorroïdes externes, qui sont sous-cutanées au niveau de la marge anale visibles uniquement lors de complications.

- Les hémorroïdes internes, situées dans l'espace sous-muqueux à la partie haute du canal anal. Elles ont un aspect de coussinet violacé.

Elles sont utiles car elles jouent un rôle modeste dans la continence anale et permettent par leur sensibilité de différencier les gaz et les selles.

### **Maladie hémorroïdaire**

On parle de maladie hémorroïdaire quand les hémorroïdes deviennent gênantes et sont à l'origine de symptômes.

### **Facteurs prédisposant et déclenchant**

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 (mais les hémorroïdes ne sont pas des veines) ou s'il s'agit d'une maladie du système de fixation (ou d'ancrage) des hémorroïdes (leur mobilité et leur taille dans l'anus seraient responsables des signes). 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 :

- L'hérédité

- Les troubles du transit intestinal (constipation mais aussi diarrhée)

- Les épisodes de la vie génitale : la grossesse et l'accouchement.

## **Pathologie hémorroïdaire**

Répandue avec une égale fréquence chez l'homme et la femme, de préférence à partir de la troisième décennie, elle donne lieu à des troubles variés dont aucun n'est spécifique.

Saignement par l'anus ou rectorragie :Elles sont typiquement faites de sang rouge rutilant survenant à la fin des selles. Leur importance est très variable, coulant goutte-à-goutte ou simple trace à l'essuyage. Elles sont exceptionnellement responsables d'un syndrome anémique sévère

Extériorisation ou prolapsus hémorroïdaire :Parfois circulaire, il est le plus souvent localisé à un paquet. Cette extériorisation peut se produire uniquement à la selle, se réintégrer spontanément ou nécessiter une réintégration manuelle plus ou moins facile ; elle peut aussi se produire à l'effort, à la fatigue, être permanente avec alors un suintement séro-sanglant qui tache le linge pouvant entraîner un prurit.

Douleurs : aigue due à un caillot de sang pour les hémorroïdes externes. Sensation de gêne, de pesanteur, de gonflement interne, démangeaisons pour les hémorroïdes internes.

## **Traitement médical**

Il est exclusivement réservé aux hémorroïdes symptomatiques.

### **Les règles hygiéno-diététiques**

Elles sont toujours à respecter. Il faut régulariser le transit intestinal en utilisant un régime riche en fibres, des laxatifs non irritants en cas de constipation ; des pansements intestinaux, des ralentisseurs de transit en cas de diarrhée. Il est toujours utile d'assurer la lubrification terminale par un suppositoire lubrifiant.

En cas de susceptibilités individuelles on conseillera d'éviter alcool, épices, café.

### **Le traitement médical local**

De très nombreux topiques sont proposés sous forme de pommade, ou de suppositoires doués d'effets anti-inflammatoires, antalgiques, protecteurs vasculaires, décontracturants, etc... Si leur effet est certain en cas de crise, il est plus douteux à long terme en dehors d'un côté lubrifiant-pansement de certains.

### **Les médicaments par voie générale**

Les anti-inflammatoires sont utiles en cas de poussée aiguë, notamment en cas de thrombose œdémateuse.

Les phlébotoniques fortement dosés sont également efficaces lors d'une crise, ils ont peu d'effet en prévention.

## **Traitement instrumental**

Injection sclérosante, Ligature élastique, Photocoagulation ,Cryothérapie.... Elles sont généralement pratiquées par les gastro-entérologues.

## **Traitement chirurgical**

Actuellement 3 techniques chirurgicales sont disponibles pour le traitement des hémorroïdes

### **HEMORROIDECTOMIE (opération de Milligan Morgan)**

C'est la technique la plus ancienne qui consiste à enlever les trois paquets hémorroïdaires principaux et à lier, à leur sommet, les vaisseaux qui les irriguent (pédicule vasculaire). La dissection part de la peau pour remonter à l'intérieur de l'anus, laissant en fin d'intervention 3 plaies plus ou moins larges. Entre les plaies le chirurgien va laisser des bandes de peaux et de muqueuse qui vont permettre la cicatrisation en 3 à 4 semaines. Du tissu hémorroïdaire est laissé en place au sein des zones non opérées (ponts). Cela explique pourquoi il persiste souvent un réseau d'hémorroïdes habituellement peu marquées lorsqu'on examine l'anus à distance de la chirurgie. Un petit nombre de sujets opérés des hémorroïdes selon cette technique peuvent voir réapparaître des signes plusieurs années après le geste (en règle générale, moins d'une personne sur cinq). Ces signes peuvent nécessiter la réalisation d'un traitement supplémentaire qui est effectué le plus habituellement en consultation (sclérose, ligature élastique).

### **HEMORROIDOPEXIE (opération de LONGO)**

L'originalité de l'opération de Longo est de ne pas enlever les hémorroïdes, mais d'empêcher les hémorroïdes internes de sortir par l'anus en les fixant dans le rectum et en réduisant leur volume. En pratique, cette intervention consiste à enlever un cylindre de la muqueuse du rectum juste au-dessus du canal anal (à l'intérieur du corps). Ceci est effectué en introduisant par l'anus une pince chirurgicale à usage unique qui coupe, enlève un morceau de la paroi du rectum, et "ressoude" le tout avec de minuscules agrafes métalliques.

La muqueuse du rectum ainsi raccourcie, "remonte" les hémorroïdes internes vers l'intérieur du rectum.

Ses avantages sont : une diminution nette et démontrée de la douleur post-opératoire, l'absence de plaie cutanée un séjour à l'hôpital plus court et des soins post-opératoires très réduits.

Cette intervention ne traite que les hémorroïdes internes qui peuvent sortir par l'anus, saigner et éventuellement faire mal. Elle n'est donc pas indiquée pour les personnes qui font des crises de thromboses au niveau de leurs hémorroïdes externes.

### **TRAITEMENT DES HEMORROIDES PAR LIGATURE DES ARTERES HEMORROIDAIRES SOUS DOPPLER**

Le traitement s'effectue en ambulatoire. Le patient est mis en position gynécologique. On utilise un appareil particulier 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.

- La sonde doppler permet de repérer l'artère hémorroïdaire, à son contact elle émet un bruit pulsatile caractéristique.
- Par la fenêtre située en regard, on réalise une ligature de cette artère par un fil résorbable
- Les artérioles et artères sont ainsi traitées de manière circulaire sur l'ensemble du canal anal. On réalise en moyenne 5 à 6 ligatures

Les ligatures étant réalisées au sein de la muqueuse rectale, elles ne sont pas trop douloureuses. Le patient peut reprendre le travail après quelques jours. Le traitement devient efficace au bout de 1 à 3 mois, parce qu'il faut laisser le temps nécessaire pour que l'effet de ligature des artères induise une diminution de la taille et de la fragilité des hémorroïdes. A une semaine de l'intervention, 76% des patients sont asymptomatiques, après un mois le taux de succès s'évalue à 82%.

Cette intervention est beaucoup moins douloureuse qu'une hémorroïdectomie classique, car elle n'engendre pas de plaie cutanée.

Le traitement est particulièrement efficace sur le saignement, il l'est moins sur le prolapsus (l'extériorisation des hémorroïdes). Ainsi, ce traitement s'adresse essentiellement aux hémorroïdes de grade 2 et 3, c'est à dire les hémorroïdes qui ne s'extériorisent qu'à la selle.

Si les indications sont bien posées, les résultats immédiats sont favorables.

## **EN PRATIQUE**

La consultation chirurgicale est indispensable pour confirmer la maladie hémorroïdaire, évaluer son stade et son retentissement sur votre vie quotidienne. Cette consultation permet également de rechercher des pathologies associées et des signes d'incontinence.

En fonction de ses constatations, le chirurgien vous proposera le traitement le mieux adapté à votre cas.

Des laxatifs vous seront généralement prescrits, à débiter 3 jours avant l'intervention pour faciliter les suites post-opératoires.

L'intervention se déroule soit sous anesthésie générale soit sous anesthésie loco-régionale (rachi anesthésie pendant laquelle on endort uniquement la partie inférieure du corps). Ce choix se discute avec le médecin anesthésiste lors de votre consultation de pré-anesthésie (sauf cas d'urgence) mais ne modifie en rien le geste opératoire lui-même.

La durée d'hospitalisation est généralement comprise entre 1 et 4 jours.

La douleur postopératoire est presque toujours très bien contrôlée par des médicaments anti-douleur sous forme de dérivés de la morphine et d'anti-inflammatoires qui vous sont délivrés suivant un protocole précis établi à l'avance. De plus une anesthésie locale d'action prolongée (12h) est souvent réalisée pendant l'intervention.

Des soins locaux pluri-quotidiens sont nécessaires après une hémorroïdectomie pour assurer de bonnes conditions de cicatrisation.

Pour l'intervention de Longo ou la ligature écho-guidée, en l'absence de plaie cutanée, il n'y a pas de soins particuliers.

Pour les 3 techniques, les laxatifs sont poursuivis en post-opératoire afin d'éviter toute constipation.

La durée de convalescence est de 1 à 4 semaines selon le type d'intervention.

Un rendez-vous de consultation vous sera donné systématiquement 2 à 4 semaines après l'intervention

## **COMPLICATIONS**

Des complications post-opératoires sont possibles, comme au cours de toute chirurgie anale.

Des troubles urinaires précoces (10 à 20 % des cas) marqués par une rétention d'urine le plus souvent liée à un phénomène réflexe. Elle se traite médicalement, mais peut parfois nécessiter la pose d'une sonde dans l'urètre (le canal qui permet d'évacuer les urines).

Une hémorragie précoce qui implique parfois un geste complémentaire par le médecin pour coaguler le vaisseau qui saigne.

Une hémorragie secondaire rare (<1 % des cas, entre le 8ème et le 15ème jour) due à la chute du tissu cicatriciel. Elle nécessite le plus souvent une courte hospitalisation pour coaguler le vaisseau, soit sous anesthésie locale, soit éventuellement sous anesthésie loco régionale ou anesthésie générale. Il est donc souhaitable de ne pas vous éloigner et vous abstenir de tout voyage en train ou en avion pendant une période de 2 semaines.

Une constipation qui peut nécessiter une majoration du traitement laxatif si la première selle n'est pas obtenue au plus tard le troisième jour post-opératoire. Parfois la formation d'un véritable "bouchon" de matières peut imposer le recours à un lavement.

Une infection locale est exceptionnelle et peu nécessiter de ré-intervenir.

Un retard de cicatrisation peut se produire. Les plaies cicatrisent habituellement en 3 à 4 semaines, mais des délais plus longs sont possibles (parfois de plusieurs mois) dans 10 à 20 % des cas.

Un rétrécissement anal (moins de 5 % des cas) peut apparaître exceptionnellement plus tardivement, habituellement traité par des soins locaux médicaux, mais qui dans de rares cas peut impliquer une correction sous forme d'un petit geste chirurgical réalisé le plus souvent sans qu'une hospitalisation soit nécessaire.

Les troubles de la continence avec difficulté pour retenir les gaz ou les selles liquides, suintements, disparaissent en 3 à 4 semaines. L'incontinence vraie est exceptionnelle et doit faire suspecter une anomalie antérieure pré existante démasquée par l'intervention (lésions du sphincter après accouchement difficile par exemple).

La récurrence est possible. Des petits saignements, le plus souvent en rapport avec un tissu cicatriciel fragile, peuvent survenir de même que des micro caillots.