

Informations avant la réalisation d'une hémorroïdectomie. (ou intervention de Milligan et Morgan)

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.

- Quel est le but de cette intervention ?

L'indication est le plus souvent portée en raison de l'importance des troubles entraînant une gêne dans la vie quotidienne, le volume des hémorroïdes (grade de la maladie hémorroïdaire), l'échec des méthodes de traitement non chirurgical, la présence d'autres anomalies de l'anus qui justifient un geste chirurgical (fissure anale ou marisque), ou parce que les crises sont fréquentes.

- En quoi consiste cette intervention ?

Cette intervention chirurgicale, réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, consiste à enlever les structures hémorroïdaires jusque dans la partie profonde de l'anus selon un procédé dit d'hémorroïdectomie pédiculaire. Cette méthode laisse en fin d'intervention plusieurs plaies entre lesquelles persistent des bandes de peau. Selon la répartition des hémorroïdes, le geste peut comporter une à quatre plaies. Il s'agit d'une méthode efficace, universellement pratiquée depuis de très nombreuses années.

- Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La durée d'hospitalisation est en moyenne comprise entre 1 (ambulatoire) et 3 jours. Durant cette période, l'équipe médicale vous aide à limiter la douleur qui est le principal inconvénient de l'intervention. Elle surveille la reprise de vos mictions (urine) et vous aide à comprendre les soins d'hygiène qui seront poursuivis à domicile. Les plaies cicatrisent en 3 à 8 semaines. L'arrêt de travail est habituellement de 2 à 4 semaines.

- À quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des douleurs post opératoires plus intenses que prévues peuvent imposer d'intensifier le traitement médicamenteux. Des difficultés à uriner sont observées dans 10% des cas. Une hémorragie postopératoire est possible, précoce mais aussi plus tardive, entre le 1er et le 20ème jour. Dans 2 à 3% des cas, elle nécessite une nouvelle chirurgie en urgence. Il est donc déconseillé de trop vous éloigner (voyage) pendant les trois premières semaines. La formation d'un « bouchon » malgré les laxatifs peut nécessiter un lavement évacuateur. Une infection locale est rare (< 2%), mais peut nécessiter une réintervention. Un retard de cicatrisation peut survenir au delà des 8 semaines classiques. Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles, voire des impériosités sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ils ne constituent pas des complications en tant que telles. Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale.

- À quelles complications à long terme expose cette intervention ?

Les troubles de la continence peuvent être favorisés par des anomalies préalables, secondaire notamment à des accouchements difficiles, à des troubles du transit 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. Ce trouble de la continence peut également être en rapport avec l'ablation des coussinets hémorroïdaires ou avec la modification de la zone sensible de l'anus.

Un rétrécissement cicatriciel du canal anal peut également survenir, source de difficulté d'évacuation et de douleurs. Des replis de peau (marisques) sont parfois observés et aucune garantie esthétique ne peut être donnée.

Pour en savoir plus : www.snfc.org.