



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

Institut de proctologie Léopold Bellan

Pôle spécialités chirurgicales

iplb@hpsj.fr

Institut de Proctologie Léopold Bellan

Docteur Vincent de PARADES Chef de Service
Docteur Nicolas LEMARCHAND
Docteur Paul BENFREDJ
Docteur Denis SOUDAN
Docteur Katia FELLOUS
Docteur Manuel AUBERT
Docteur Hélène PILLANT-LE MOULT
Docteur Elise POMMARET
Docteur Benoît MORY
Docteur Samy SULTAN
Docteur Nadia FATHALLAH
Docteur Eric SAFA FAR

POUR PRENDRE VOTRE RENDEZ-VOUS OPERATOIRE VOUS POUVEZ

- _ Vous adresser aux secrétaires de la consultation aujourd'hui
- _ Téléphoner au 01 44 12 71 96

HOSPITALISATION CLASSIQUE

LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES

- _ Il est important de réaliser votre pré-admission avant votre séjour à l'hôpital.
- _ Le bureau des admissions se trouve au RDC de la porte 1 de la galerie Sainte-Geneviève.
- Il est ouvert :
 - lundi au vendredi : 8H15 à 18H,
 - samedi : 8H à 16H,
 - dimanche et jours fériés : 12H30 à 16H.

LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

- _ Elle est obligatoire et sans cette consultation l'opération n'est pas possible sur le plan médico-légal.
 - _ Elle doit avoir lieu au plus tard 48 heures et ou plus tôt un mois avant votre opération.
 - _ Il faudra apporter avec vous :
 - les examens de sang les plus récents,
 - tous les documents médicaux vous concernant (examens de laboratoire, radiographie pulmonaire; électrocardiogramme, etc.),
 - votre carte de groupe sanguin si vous en avez une,
 - vos dernières ordonnances si vous suivez un traitement et
 - la liste des médicaments auxquels vous êtes allergiques.
 - _ Cette consultation est importante car elle permettra aussi de déterminer le type d'anesthésie générale ou rachianesthésie, les précautions à prendre pendant votre anesthésie et dans les suites opératoires, si vous présentez des maladies particulières.
- A noter que le choix entre ces différentes modalités d'anesthésie ne modifie ni le geste opératoire, ni le résultat.

LE JOUR DE VOTRE ENTREE

_ Vous vous présentez au service des admissions :

- la veille, à 15H, pour une opération le lendemain matin ;
- le jour même, à midi, pour une opération l'après-midi.

Un dossier vous est remis comportant les fiches d'admissions et les étiquettes d'identification destinées aux infirmières.

On vous remet également un « livret d'accueil » comportant des informations complémentaires de celles délivrées dans ce feuillet.

_ N'oubliez pas d'apporter avec vous :

- vos examens de laboratoire et éventuellement radiologiques.
- votre carte de groupe sanguin.
- votre ordonnance ou la liste des médicaments si vous en prenez.
- vos affaires de toilette (savon, gants et serviettes).
- des boules Quiès si vous avez le sommeil léger.
- du linge dont plusieurs slips (jetables ou les plus anciens car ils risquent d'être tachés par les produits antiseptiques locaux).

_ Dans chaque chambre, une affiche « Prestations patients » vous informe de divers points comme la connexion WIFI, la télévision, la bibliothèque, le coiffeur, etc...

PREPARATIFS PREOPERATOIRES

_ Un des anesthésistes de l'hôpital passe vous voir dans votre chambre pour se renseigner sur d'éventuel(s) changement(s) depuis la consultation d'anesthésie préopératoire.

_ Aucune préparation colique n'est nécessaire à ce genre d'opération sauf cas particulier.

_ Le rasage du site opératoire est rarement nécessaire et, de toute façon, vous ne devez pas le faire par vous-même (le cas échéant, c'est l'infirmière qui s'en occupe).

_ Vous prenez une douche avec un produit antiseptique moussant (Bétadine® scrub ou Hibiscrub® par exemple) la veille au soir et le matin avant l'arrivée au bloc opératoire, en respectant sur les points suivants :

- curer les ongles ;
- mouiller le corps et les cheveux et ce jusqu'à ce que la mousse devienne blanche ;
- insister sur les aisselles, le nombril, le pli de l'aîne, les pieds, la région génitale, puis la région anale.
- rincer abondamment de haut en bas ;
- sécher avec une serviette propre ;
- ne remettre qu'une tenue de bloc opératoire fournie par l'infirmière.

_ En cas d'opération prévue :

- le matin, un dîner léger vous est servi vers 19 heures et vous devez rester strictement à jeun à partir de minuit.
- l'après-midi, il est possible de prendre un petit-déjeuner mais vous devez rester strictement à jeun à partir de 6H30.

Rester strictement à jeun signifie : pas d'eau, pas d'aliment, pas de chewing-gum, pas de cigarette, pas de vapotage.

LE JOUR DE VOTRE OPERATION

_ Après avoir pris votre douche, vous vous habillez avec la tenue de bloc que l'on vous fournit (il n'est pas possible de revêtir ses effets personnels pour des raisons évidentes d'asepsie et de risque de transmission d'infection nosocomiale).

_ Il ne faut pas vous maquiller et/ou vous vernir les ongles car cela risque de perturber ou d'empêcher le bon fonctionnement des appareils de surveillance au bloc opératoire.

_ Il faut retirer les faux ongles, les piercings et/ou les bijoux, y compris votre alliance, que vous pouvez déposer dans un coffre fort qui sera mis à votre disposition.

Idem pour les lentilles de contacts et les prothèses mobiles dentaire, auditive ou autre qui risquent d'être endommagées lors de votre passage au bloc.

_ L'infirmière vous donne une prémédication pour vous décontracter et vous préparer à l'opération.

_ A votre retour du bloc opératoire, il vous est strictement interdit de vous lever, de boire et de manger avant autorisation de l'infirmière, et vous disposez d'une sonnette pour appeler l'infirmière en cas de besoin.

_ Une surveillance postopératoire est assurée par les infirmières, un médecin urgentiste étant présent dans l'hôpital 24H/24 et un proctologue et un anesthésiste étant d'astreinte.

VOTRE HOSPITALISATION

- _ Sa durée varie selon l'opération et les suites opératoires.
- _ Les soins locaux sont dispensés par les infirmières le matin, si besoin l'après-midi.
- _ Les pansements ont pour but de protéger la plaie, d'aider à la cicatrisation et de participer à votre confort.
- _ Les visites médicales :
 - un médecin du service passe vous voir, tous les jours, y compris le samedi et le dimanche.
 - ce médecin n'est pas nécessairement votre opérateur mais, dans la mesure du possible, ce dernier passe vous voir au moins une fois pendant votre séjour.
 - lors des visites médicales et des soins infirmiers, vous êtes priés de rester dans votre chambre ou de prévenir l'infirmière de votre absence avant leur délivrance.
- _ Une contre-visite est assurée en fin d'après midi par un médecin du service qui réajuste éventuellement les traitements.
- _ Si besoin, le chef de service, le Docteur Vincent de Parades (01 44 12 77 24), reçoit les familles sur rendez-vous.
- _ Le médecin conciliateur du service, le Docteur Manuel Aubert (01 44 12 78 13), est également à votre disposition.

LA SORTIE

- _ Elle est décidée par le médecin qui fait la visite.
 - _ Elle s'effectue en fin de matinée, à partir de 10H, après le petit-déjeuner, la visite du médecin et la douche.
 - _ Toutes sommes dues (forfait journalier, ticket modérateur, téléphone, chambre particulière, etc...) doivent être réglées le jour de la sortie.
 - _ Si les sorties ont lieu les dimanches et jours fériés, les formalités administratives s'effectuent la veille.
 - _ L'infirmière prodigue les soins locaux et vous remet vos papiers de sortie :
 - une prolongation d'arrêt de travail.Vous devrez envoyer les deux premiers exemplaires complétés au médecin conseil de votre centre de paiement (en effet il est obligatoire de préciser la raison de votre arrêt en application des articles L. 162-4-1-1er alinéa et D 615-23 du code de la sécurité sociale), le dernier à votre employeur ou à votre centre d'Assedic avec dans les deux cas un exemplaire de votre bulletin de situation qui vous sera délivré aux admissions lors de vos démarches de sortie.
 - une ordonnance avec toutes les instructions relatives aux soins locaux et au traitement de la douleur.
 - vos examens de laboratoire.
 - votre carte de groupe sanguin.
 - éventuellement, vos autres documents.
- _ Nous vous remercions de remplir le questionnaire de satisfaction dont le contenu nous permet d'améliorer la qualité des soins et des prestations.
- _ Dès que la date de votre sortie est fixée, on vous donne la date de la(es) consultation(s) postopératoire(s) avec votre opérateur. Sinon, il faut prendre ce rendez-vous postopératoire
 - soit sur place dans le service ou à la consultation.
 - soit par téléphone au 01 40 12 80 00.
- _ Il est préférable d'être raccompagné par un proche.

APRES LA SORTIE

- _ **Nous vous conseillons de :**
 - éviter la conduite automobile durant les 24 heures suivant l'opération.
 - vous reposer.
 - vous asseoir et marcher comme d'habitude.
 - prendre le traitement prescrit (afin de bien soulager les éventuelles douleurs).
 - éviter tout autre traitement sans avis médical (par exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués et les antibiotiques le plus souvent inutiles en cas d'abcès).
 - faire les soins locaux prescrits (afin d'obtenir une bonne cicatrisation).
 - vous laver le corps en prenant des douches sans prendre de précaution particulière.
 - boire et manger de façon normale et équilibrée (aucun régime alimentaire n'est recommandé, rien n'est contre-indiqué et ce sont les laxatifs qui luttent le mieux contre la constipation).
 - pratiquer le sport avec modération et éviter les efforts violents susceptibles de faire saigner les plaies

- éviter de vous baigner, notamment en piscine, jusqu'à l'autorisation de votre médecin.
- rester en région parisienne durant les 20 premiers jours postopératoires car, en cas de souci, vous avez ainsi la possibilité de venir immédiatement consulter à l'hôpital et ce 24H/24.

— L'arrêt de travail :

- sa durée est variable selon le type d'opération et le métier.
- il est souvent indispensable en raison de la fatigue, des douleurs, des éventuels effets indésirables des traitements contre la douleur et des contraintes liées aux soins locaux.
- en pratique, vous quittez l'hôpital avec un bon d'arrêt de travail d'une à deux semaines.
- si besoin, cet arrêt est prolongé au fur et à mesure des consultations postopératoires.

— Les soins locaux :

- ils sont indispensables pour la bonne marche de la cicatrisation.
- ils sont réalisés le matin, le soir, après les selles et à chaque fois que l'anus est souillé.
- ils nécessitent un bidet ou une douche, la position accroupie étant idéale car elle permet de bien écarter et ainsi exposer les plaies.
- ils reposent essentiellement sur :
 - le lavage local par un antiseptique ou un savon doux ;
 - le rinçage soigneux avec de l'eau du robinet ;
 - le séchage doux par tamponnement avec des compresses ou un linge propre ;
 - l'éventuelle application d'une crème prescrite par votre opérateur ;
 - le recouvrement par des compresses et un pansement large, dit « américain », afin d'absorber les suintements et ainsi protéger vos vêtements.
- ils sont contraignants dans la vie quotidienne mais en général indolores.
- dans la majorité des cas, vous pouvez les faire vous-même.

Une infirmière n'est indispensable qu'en cas de plaie profonde (fistules complexes par exemple) ou étendue (maladie de Verneuil) ainsi qu'après exérèse de sinus pilonidal.

- nous utilisons parfois une mèche résorbable hémostatique placée dans le canal anal en fin d'opération afin d'éviter un saignement postopératoire précoce ; il ne faut pas vous en inquiéter, ni rechercher à la retirer, son évacuation se faisant en général de façon spontanée avec les premières selles.
- dans le même ordre d'idée, nous utilisons des fils résorbables, c'est-à-dire qu'ils s'autodétruisent au contact des liquides biologiques de façon spontanée ; il est donc inutile de les faire retirer, il ne faut pas s'inquiéter de la présence d'un bout de fil dans le pansement et/ou dans les selles ou en cas de fil palpable au bord de l'anus et il ne faut surtout pas les couper, ni tirer dessus.

A ce propos, ni les soins locaux, ni les efforts de poussée lors de la défécation ne risquent de faire « sauter » des points de suture et ainsi détériorer le résultat de l'opération.

- en cas de compresse adhérent à la plaie, il est déconseillé de tirer avec force en raison du risque de douleur et/ou de saignement ; le simple fait de mouiller avec un jet d'eau suffit à obtenir le décollement de la compresse.

— En cas de problème :

- si vous souhaitez prendre et/ou modifier un rendez-vous de consultation, vous devez appeler au 01 44 12 80 00.
- si vous souhaitez joindre votre opérateur, vous pouvez appeler le standard du Groupe Hospitalier au 01 44 12 33 33 ou le secrétariat de programmation au 01 44 12 71 96.
- si vous avez un problème qui vous semble urgent, vous pouvez appeler :
 - un interne du service joignable aux heures ouvrables au 01 44 12 67 04 ;
 - une infirmière du service joignable 24H/24 au 01 44 12 34 34.
- vous pouvez également vous présenter au :
 - centre de consultations Marie-Thérèse (RDC de la porte 3 de la galerie Sainte-Geneviève) entre :
 - 9H et 18H30 du lundi au vendredi et
 - 9H et 12H le samedi
 - service d'accueil des urgences le reste du temps (01 44 12 34 58).
- les principaux problèmes auxquels vous pouvez être confronté sont :
 - une rétention d'urine persistante et douloureuse ;
 - une douleur non contrôlée par le traitement prescrit ;
 - un saignement anormalement abondant en quantité et/ou en durée ;

- une fièvre persistante supérieure à 38° ;
- une constipation persistante malgré le traitement prescrit.

Dans tous les cas, des médecins sont présents 24H/24 au sein du Groupe Hospitalier et un proctologue d'astreinte peut se déplacer à tout moment.

_ Soutien du Service de Proctologie et du Groupe Hospitalier :

- si vous souhaitez nous aider à améliorer notre action de soins et à développer la recherche, vous avez la possibilité de nous soutenir sous la forme d'un don par chèque à la Fondation Hôpital Saint-Joseph.
- il faut alors nous le remettre ou l'adresser à la Fondation Hôpital Saint-Joseph / Direction Générale au 185 rue Raymond Losserand 75674 Paris cedex 14.
- vous recevrez ensuite un reçu fiscal vous permettant de déduire le montant de ce chèque de votre impôt sur le revenu.

DANS LES SUITES DE TOUTES LES OPERATIONS

Les informations suivantes sont non spécifiques mais votre opérateur vous remettra également une fiche d'information directement liée à l'opération dont vous allez bénéficier.

_ La douleur :

- la douleur postopératoire survient surtout lors de la selle.
 - elle relève de mécanismes multiples : irritation des plaies, macération de la peau, spasmes du sphincter anal, « bouchon » rectal, rétention d'urine, etc...
 - son intensité est variable selon le type d'opération :
 - surtout marquée après hémorroïdectomie des trois paquets ;
 - moins importante que la douleur ressentie en préopératoire en cas de fissure anale ;
 - variable après électrocoagulation de condylomes, dépendant notamment du nombre de condylomes et de leur localisation ;
 - en général modérée et aisément contrôlée par les antalgiques après exérèse de marisque ou de papille, hémorroïdectomie d'un seul paquet, chirurgie de fistules, anopexie selon la technique de Longo, ligatures artérielles sous contrôle doppler avec ou sans mucopexie, techniques laser, exérèse de sinus pilonidal ou de maladie de Verneuil.
 - cependant, elle est également variable en fonction des émotions, des expériences, de l'éducation, de la culture, de l'entourage, etc...
 - de fait, pour une opération donnée, à soulagement identique, la consommation en antalgiques peut varier d'un facteur de 1 à 5.
 - dans le souci de prévoir le niveau de la douleur perçue et la consommation en antalgiques, l'évaluation de votre douleur est indispensable de même que celle de l'efficacité thérapeutique : plus vous nous donnerez d'informations sur votre douleur, mieux nous pourrions vous soulager.
 - notre outil d'évaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA), vous sera présenté et restera le même pendant toute l'hospitalisation.
- C'est l'outil de référence le plus utilisé pour évaluer la douleur postopératoire.
- La graduation est exprimée de 0 à 10.
- le traitement de la douleur repose sur les principaux médicaments suivants :
 - les analgésiques non morphiniques :
 - _ paracétamol.
 - _ paracétamol codéiné.
 - _ tramadol.
 - les analgésiques morphiniques :
 - _ la morphine reste le produit de référence pour l'analgésie postopératoire.
 - _ son action est dépendante de la dose.
 - _ elle est efficace avec cependant une grande variabilité interindividuelle.
 - _ elle n'induit *pas de dépendance*.
 - _ elle ne signifie pas que vous êtes à un stade avancé d'une maladie.
 - _ elle est utilisée *dans les douleurs fortes*.
 - _ elle est parfois mal tolérée.

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
 - les myorelaxants.
 - les laxatifs.
 - les topiques.
- au sein du Groupe Hospitalier Saint-Joseph, les grands principes du traitement sont les suivants :
- un traitement de fond par anti-inflammatoires non stéroïdiens associés à du paracétamol codéiné et/ou du tramadol constitue le traitement de base ;
 - la prise d'un antalgique complémentaire est indiquée en cas pic douloureux :
 - un comprimé de paracétamol si EVA < 3
 - un comprimé de tramadol si EVA entre 3 et 6
 - de la morphine injectable en cas d'EVA > 6
 - il faut essayer de prévenir certains pics douloureux par la prise d'un comprimé de tramadol, par exemple une demi heure avant d'aller à la selle ;
 - la prise de myorelaxants, de laxatifs et de topiques ainsi que la réalisation des soins locaux sont un traitement d'appoint des antalgiques sus-cités.
- ce traitement est maintenu au retour à la maison et ce jusqu'à la première consultation postopératoire.
- les doses maximales par 24 heures sont indiquées sur l'ordonnance et doivent être respectées afin d'éviter les effets secondaires des médicaments.

La rétention d'urine :

- elle peut survenir dans les suites immédiates de l'opération.
- sa fréquence est variable mais elle survient dans moins de 10 % des cas.
- elle est notamment favorisée par l'absence de miction avant l'opération, un adénome prostatique parfois méconnu, l'administration de morphine, une rachianesthésie, la chirurgie hémorroïdaire, une douleur post-opératoire mal contrôlée, etc.
- elle est souvent résolutive de façon spontanée mais peut se traiter par des médicaments et peut parfois nécessiter un sondage évacuateur.

La fatigue :

- elle est en fait davantage une conséquence qu'une complication car elle est quasi constante mais de durée variable (2 à 4 semaines) en fonction notamment du type d'opération (maximale après hémorroïdectomie).
- elle n'est pas secondaire à l'anesthésie mais plutôt aux douleurs postopératoires, au stress, au rythme de vie de l'hôpital qui perturbe souvent les habitudes, aux médicaments administrés, etc...

L'hémorragie :

- elle survient dans moins de 8 % des cas (plus fréquente après chirurgie hémorroïdaire et/ou en cas de prise de médicaments antiagrégants ou anticoagulants).
 - elle peut survenir jusqu'au vingtième jour postopératoire (taux maximal à J10).
 - elle se manifeste sous la forme soit d'évacuations répétées et exclusivement constituées de sang avec des caillots, soit de sang qui coule tout seul dans le pansement.
 - elle s'arrête le plus souvent de façon spontanée mais un geste d'hémostase soit sous anesthésie locale, soit sous anesthésie générale, est parfois nécessaire.
- C'est la raison pour laquelle il ne faut pas s'éloigner durant les 20 jours qui suivent l'opération.
- En particulier, tout voyage en avion est formellement déconseillé.
- par contre, la présence intermittente de gouttes de sang sur le papier, dans les pansements ou sur les selles est banale et peut survenir à tout moment, notamment en cas de selles dures.

La constipation :

- la première selle survient en règle entre le premier et le troisième jour postopératoire.
- en cas de retard à l'évacuation durant l'hospitalisation, le traitement peut reposer sur la prise d'un ou de deux litres de macrogol et/ou l'administration de suppositoires et/ou de lavements.
- des laxatifs sont ensuite le plus souvent prescrits car les douleurs, la crainte d'aller à la selle et l'alitement sont autant de facteurs favorisants de constipation.
- la dose des laxatifs doit être adaptée au résultat obtenu.
- en cas de diarrhée, ils doivent être temporairement arrêtés et il est déconseillé de prendre un « ralentisseur du transit (lopéramide, etc...) en raison du risque de « bouchon » (fécalome) de matières.

- le bouchon se manifeste en général par une sensation de corps étranger +/- douloureuse, des envies d'évacuer difficiles à satisfaire et/ou des selles répétées avec des suintements fécaux intermittents.

Son traitement repose sur l'administration de suppositoires et/ou de lavements qui ne sont ni douloureux, ni dangereux s'ils sont réalisés avec douceur.

— L'infection locale :

- elle est exceptionnelle car les plaies sont volontairement laissées ouvertes, leur cicatrisation se faisant donc à « ciel ouvert ».
- un abcès postopératoire est cependant toujours possible et se manifeste alors par une tuméfaction douloureuse.
- une fièvre persistante et supérieure à 38° est rare et doit vous inciter à consulter.

— Le suintement des plaies :

- il est banal et quasiment constant, plus ou moins important selon les opérations.
- il ne traduit pas obligatoirement une surinfection des plaies.
- il s'atténue progressivement et disparaît complètement quand la cicatrisation est terminée.

— Le retard de cicatrisation :

- les délais de cicatrisation sont variables en fonction de l'opération :
 - 4 à 6 semaines après exérèse de marisque ou de papille, électrocoagulation de condylomes.
 - 4 à 8 après exérèse de maladie de Verneuil.
 - 6 à 8 semaines après hémorroïdectomie, fissurectomie avec ou sans anoplastie, mise à plat de fistule anale.
 - 8 à 12 semaines après exérèse d'un sinus pilonidal.
- la cicatrisation peut-être cependant plus longue sans que cela soit vraiment anormal et des retards de cicatrisation pouvant atteindre une année existent sans que l'on n'en connaisse les causes.
- dans la majorité des cas, ces retards de cicatrisation sont indolores et sans gravité.
- enfin, ce problème ne se pose pas après certaines opérations dont les plaies postopératoires sont minimales ou inexistantes (anopexie selon la technique de Longo, ligatures artérielles sous contrôle doppler avec mucopexie, injection de colle biologique, traitement des hémorroïdes ou des fistules par laser, etc...).

— L'incontinence anale :

- il arrive que, pendant la cicatrisation, elle se manifeste par des selles impérieuses, mais cette incontinence anale disparaît lorsque la cicatrisation est terminée.
 - des suintements fécaux intermittents associés à une sensation de corps étranger +/- douloureuse, des envies d'évacuer difficiles à satisfaire et/ou des selles répétées, s'expliquent en général par un « bouchon » (fécalome) de matières qu'il convient de traiter par l'administration de suppositoires et/ou de lavements.
 - une perte du contrôle des gaz ou de petites fuites de matières est également possible et peut persister après la cicatrisation.
 - c'est une situation rare qu'il faut surtout redouter après mise à plat de fistule anale, à plus forte raison si coexistent d'autres facteurs de risque d'incontinence tels que : diarrhée chronique, colopathie fonctionnelle, antécédent d'accouchement difficile, opération proctologique préalable, etc...
 - pour les autres opérations, cela s'observe surtout lorsqu'il y avait un déficit préalable de la continence.
- La difficulté tient ici à ce que ce déficit préexistant peut n'être pas apparent et se démasquer au décours de l'opération (les hémorroïdes assureraient 10 % de la continence fine).
- de même, à ce sujet, il faut rappeler que les hémorroïdes ne peuvent en aucun cas être responsables de constipation et que souvent des difficultés à vider correctement son rectum (responsable alors de suintements) sont mis, à tort, sur le compte des hémorroïdes avant l'opération et de ce fait passent au premier plan après la cicatrisation.

— Le rétrécissement du canal anal :

- il est fréquent d'avoir une impression de rétrécissement avec des selles plus petites qu'avant l'opération alors qu'il n'y a pas de vrai rétrécissement du canal anal. Cela s'explique notamment par une contracture du sphincter anal. Cette sensation disparaît avec le temps.
- le vrai rétrécissement est très rare et survient surtout après l'hémorroïdectomie des trois paquets et après anopexie selon la technique de Longo.
- sa prévention repose sur l'administration de suppositoires, voire par des touchers anaux faits par vous-même de façon quotidienne et ce jusqu'à cicatrisation complète.
- lorsqu'il est serré et très gênant, un nouveau geste chirurgical, assez simple, permet de le soulager aisément mais ce cas de figure est exceptionnel.

— La récurrence de la pathologie :

- elle est rare après hémorroïdectomie des trois paquets, mise à plat des fistules anales et exérèse de sinus pilonidal.
- elle est possible après fissurectomie, avec ou sans anoplastie, et alors favorisée avant tout par la constipation.
- elle est également possible après les techniques d'épargne sphinctérienne des fistules (injection de colle biologique, lambeau d'abaissement, laser, LIFT, etc...), après hémorroïdectomie d'un seul paquet et après les techniques mini-invasives de chirurgie hémorroïdaire (anopexie selon Longo, ligatures artérielles sous contrôle doppler avec mucopexie, laser).
- elle est fréquente après électrocoagulation de condylomes et après exérèse de maladie de Verneuil, la chirurgie ne pouvant prétendre guérir l'infection par les papillomavirus ou la maladie de Verneuil.
- à propos de la pathologie hémorroïdaire, à noter les deux points suivants :
 - une réaction hémorroïdaire, sous la forme d'une petite tuméfaction douloureuse située au bord de l'anus (thrombose), n'est pas rare mais est sans gravité aucune et guérit toujours de façon spontanée.
 - lors de la cicatrisation, des replis de peau appelés marisques se forment parfois au bord des plaies. Ces marisques ne sont pas des hémorroïdes et il est possible d'en assurer l'exérèse sous anesthésie locale, lors de la consultation, si elles ont gênantes ou inesthétiques.