

## Institut de proctologie Léopold Bellan

secretariatproctologie@ghpsj.fr

Vincent de PARADES Chef de Service  
Manuel AUBERT Chef de Service adjoint  
Leila ABBES  
Amine ALAM  
Amélie BARRÉ  
Paul BENFREDJ  
Cosmin CRISTEA  
Nadia FATHALLAH  
Katia FELLOUS  
Simon KURT  
Marie LAZARETH  
Nicolas LEMARCHAND

Elise POMMARET  
Anne-Laure RENTIEN  
Déborah ROLAND  
Eric SAFA FAR  
Maria SKOUFOU  
Audrey SOULABAILLE  
Lucas SPINDLER  
Léo VALDIGUIE  
Mathilde WISNIEWSKI

### **POUR ORGANISER VOTRE INTERVENTION VOUS POUVEZ CONTACTER LE SECRETARIAT DE PROGRAMMATION :**

- si vous avez consulté au centre de santé Marie-Thérèse au 01 44 12 71 96
- si vous avez consulté dans toutes autres structures au 01 44 12 72 51

POUR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT CONTACTER LE SECRETARIAT DE  
PROCTOLOGIE AU 01 44 12 72 45

## **HOSPITALISATION AMBULATOIRE**

### **LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES**

- Il est important de réaliser votre préadmission **avant** votre séjour à l'hôpital.  
Au moment de la programmation de votre intervention chirurgicale, ou lors de votre consultation d'anesthésie, vous devez nous communiquer votre carte d'identité, votre carte vitale et votre carte de mutuelle.  
Ces démarches administratives permettront à l'établissement d'anticiper votre hospitalisation auprès des organismes de prise en charge (sécurité sociale et mutuelle)

### **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 au 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.

## LA CONSULTATION INFIRMIERE

Une consultation infirmière peut vous être proposée avant votre intervention.

Elle a pour but de vous expliquer votre parcours ambulatoire, les soins à effectuer, ainsi que la thérapeutique à suivre à domicile.

## AVANT LE JOUR DE L'HOSPITALISATION

Vous serez contacté par SMS ou appels :

- un 1<sup>er</sup> SMS environ 14 jours avant l'intervention visant à vous demander de nous confirmer l'intervention prévue.
- un 2<sup>ème</sup> SMS au plus tard 48 heures avant visant à vous confirmer votre intervention.

En cas de modification de votre état de santé ou de votre traitement depuis la consultation d'anesthésie, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse, vous devez appeler le secrétariat d'anesthésie au 01 44 12 36 40 entre 8H et 17H.

- un 3<sup>ème</sup> SMS au plus tard la veille visant à vous confirmer l'heure de votre convocation

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

Vous ne devez pas consommer d'alcool pendant les 12 heures qui précèdent l'hospitalisation.

## LE JOUR DE L'HOSPITALISATION POUR L'OPÉRATION

- A votre domicile, vous prenez une douche avec un savon liquide doux (flacon neuf).
- Vous pouvez boire un bol de café sucré ou de thé sucré jusqu'à 2 heures avant votre heure de convocation.

Toutes boissons contenant du lait sont en revanche interdites.

Vous pouvez prendre un repas léger jusqu'à 6 heures avant votre heure de convocation.

- Seule exception, vous pouvez prendre avec une gorgée d'eau les médicaments prescrits ou autorisés lors de la consultation d'anesthésie.

- A l'hôpital, vous devez vous présenter directement dans l'unité d'hospitalisation ambulatoire située Porte 1 au 1<sup>er</sup> étage ; vous y serez accueilli par l'assistante médicale du service.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire est ouverte à partir de 7H15, sauf week-ends et jours fériés.

## LA SORTIE

Son horaire est déterminé par votre opérateur et/ou votre anesthésiste.

- L'infirmière vous remet vos papiers de sortie :

- votre compte-rendu opératoire,
- une prolongation d'arrêt de travail.

Vous devez 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. 162-4-1-1<sup>er</sup> 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.

- On vous donne également la date de la(es) consultation(s) postopératoire(s) avec votre opérateur et/ou une infirmière de la consultation.

Sinon, il faut prendre ce rendez-vous postopératoire

- soit sur place dans le service ou à la consultation.
- soit par téléphone au 01 44 12 80 00.

- **Votre sortie administrative sera réalisée par l'assistante médicale au sein du service**

- Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e).

Vous devez prévoir une personne valide et responsable pour venir vous chercher et rester auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie avec un téléphone disponible.

Si cette règle n'est pas respectée, l'opération peut être reportée.

- 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.

## APRÈS LA SORTIE

### Envoi SMS j+1

Plusieurs SMS vous seront envoyés le lendemain de votre intervention.

Ces SMS ont pour but de prendre de vos nouvelles.

Nous vous demanderons si tout va bien dans un premier temps, puis, en fonction de votre réponse, vous recevrez d'autres SMS concernant le suivi de la douleur, des saignements, et des nausées et vomissements.

Il est important d'y répondre.

Merci aussi de vous assurer que le numéro de téléphone indiqué dans le dossier est bien le votre et non celui d'un proche.

Les patients qui ne possèdent pas de portable seront contactés par téléphone au domicile.

### Nous vous conseillons de :

- dîner légèrement et évitez de fumer.
- vous abstenir de conduire, d'utiliser des appareils dangereux, et éviter de prendre des décisions importantes, familiales ou professionnelles, durant les 24 heures suivant l'opération.
- éviter la prise de médicaments autres que ceux éventuellement prescrits et de boissons alcoolisées jusqu'au lendemain de l'anesthésie.

### La douleur :

- elle est fréquente lors de la première nuit, revenant de façon rythmée.
- elle correspond à des contractures de l'appareil sphinctérien.
- vous devez donc prendre systématiquement les médicaments contre la douleur qui l'atténueront tout ou partie.
- cette douleur sera rapidement rythmée par le passage des selles dans les jours qui suivront l'opération.

### Nous vous conseillons également de :

- 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 au 01 44 12 72 45.
- 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 ou 01 44 12 67 16
  - une infirmière joignable 24H/24 au 01 44 12 36 00
- vous pouvez également vous présenter au :
  - Centre de consultations Marie-Thérèse (Accès par le Hall - 189 rue Raymond Losserand) 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 pourrons vous soulager.
- notre outil d'évaluation, l'échelle numérique (EN), 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 des Hôpitaux Paris Saint-Joseph & Marie-Lannelongue, les grands principes du traitement sont les suivants :
  - un traitement de fond par anti-inflammatoires non stéroïdiens associée 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. Cette hémorragie peut de manière exceptionnelle nécessiter une transfusion. 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 favorisant 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.