



Le traitement chirurgical des hémorroïdes

Dans le service, repose sur deux techniques : essentiellement sur l'hémorroïdectomie dite de Bellan qui consiste à associer à la technique de Milligan-Morgan, une anoplastie au pôle postérieur et un nettoyage des pont cutané-muqueux. Et plus rarement sur l'anopexie de Longo.

1. L'hémorroïdectomie dite de Bellan dont nous vous exposons les modalités.

1.1. Pose des pinces:

Pose d'un premier jeu de trois pinces de Kocher, sur la marge anale, légèrement en dehors de la ligne ano-périnéale, sur le sommet des paquets hémorroïdaires, respectivement à 3 h, 8 h, 11h en position gynécologique. Les deux aides, tirant légèrement sur les pinces dans leur axe, amorcent l'éversion du canal anal.

Pose du deuxième jeu de trois pinces au-dessus et dans l'axe des précédentes, au niveau de la ligne pectinée.

Souvent l'on place une troisième pince de Rankin en muqueuse rectale à droite et à gauche. Ceci permet une bonne exposition du canal anal afin de réaliser :

1.2. l'anoplastie sans leïomyotomie

En effet une étude effectuée dans le service a montré que la sphinctérotomie n'apportait aucun bénéfice en terme de douleurs post-opératoires ou de cicatrisation :

- Infiltration anesthésique de xylocaine à 1 % adrénalinée du raphé postérieur et des tissus sous cutanés pour parfaire le relâchement anal, dissocier les plans anatomiques et limiter le saignement

- Incision cutanée de chaque côté d'une pince de Chaput, mise en place au milieu du pôle postérieur du canal anal. De cette incision doit partir la section au bistouri à lame d'un triangle de peau à base postérieure, destiné à assurer le drainage

- Une pince d'Ombredanne est placée au bord inférieur de ce lambeau qui est disséqué, d'arrière en avant, sans entamer les fibres du faisceau sous cutané du sphincter, pose de la pince d'ombredanne jusqu'à la ligne pectinée :

On reconnaît en avant les fibres transversales nacrées du sphincter interne, formant la barre de Blaisdell, bridant l'écartement des lèvres de la plaie

- Exérèse du lambeau cutané-muqueux postérieur : poursuite de la dissection de la muqueuse anale en arrière vers la zone sus pectinée jusqu'à la muqueuse rectale rose puis on sectionne ensuite le lambeau ainsi disséqué. L'hémostase est faite au bistouri électrique.

- Suture de la muqueuse rectale au sphincter. On fixe par deux pinces de Chaput-Mayo la muqueuse rectale ainsi décollée qui s'abaisse facilement.

On suture ensuite la muqueuse rectale, par trois points séparés de Vicryl 2-0, au sphincter interne, au-dessous de la ligne pectinée.

1.3. L'hémorroïdectomie :

Cette technique dite de Milligan et Morgan permet d'exciser les trois paquets principaux, et comporte de plus la dissection de toute la partie cutanée de l'hémorroïde de façon que la ligature ne prenne ni la peau ni le muscle.

Les pédicules hémorroïdaires sont liés à l'extrémité supérieure du canal haut, de telle manière que la muqueuse intercalaire est sauvegardée et, de ce fait, la perméabilité anale garantie.

- Pose du troisième jeu de pinces, type Rankin dans l'axe des deux autres, sur la muqueuse rectale, à la limite supérieure hémorroïdaire. Les aides tirant légèrement présentent un triangle de muqueuse rectale, dont les pinces occupent les sommets, dit «triangle d'exposition».
Mise en place d'une pince de Chaput-Mayo pour préserver un pont cutanéomuqueux.

- Infiltration des paquets hémorroïdaires avec une solution à 1 % de Xylocaïne Adrénalinée.

- Dissection des trois paquets hémorroïdaires : les trois pinces reposant dans la paume gauche, l'index introduit dans l'anus prend appui au-dessus du bec de la pince la plus interne, assurant une traction et une légère luxation des pinces chassant vers l'extérieur le sphincter externe, le début de la dissection débute par un premier coup de ciseaux dont la pointe est dirigée vers l'extrémité de la deuxième pince de Kocher, de la plaie ainsi obtenue on dissèque le paquet hémorroïdaire, le dernier coup de ciseaux se dirigeant perpendiculairement vers la pointe de la deuxième pince de Kocher dessinant, ainsi une plaie triangulaire dont le sommet interne répond à la deuxième pince et dans laquelle on reconnaît les fibres blanc nacré du sphincter interne.

- On libère ainsi le bord inférieur du sphincter interne jusqu'au ligament de Parks qu'on sectionne partiellement. La peau doit avoir été sectionnée jusqu'à la ligne pectinée

- Ligature du pédicule hémorroïdaire : on lie le pédicule au vicryl en enfonçant l'aiguille au ras du sphincter interne en la faisant ressortir immédiatement au-dessus du bec de la dernière pince.

- Ligature en noeud double après présentation du triangle d'exposition pour éviter un rétrécissement. Dissection des deux autres paquets de 8 h et 11 h dans les mêmes conditions.

- Section des paquets hémorroïdaires, en ménageant une bonne collerette évitant un glissement de la ligature et le risque d'une hémorragie post-opératoire précoce.

- Curage des ponts : séparant chacune des trois plaies par des ponts cutanéomuqueux qui vont permettre de conserver une sensibilité au canal anal. Ils sous-tendent cependant des hémorroïdes résiduelles qui doivent être excisées. Chaque pont est tendu par une pince d'Ombredanne placée à distance sur la peau.

- Les bords des ponts sont éversés un à un par une pince de Chaput-Mayo, exposant les petites thromboses résiduelles éparses sous la peau et la muqueuse.

- On les excise au ciseau de Metzenbaum en respectant l'intégrité du pont.
Si celui-ci est trop distendu, on peut le sectionner et le reconstruire en suturant bout à bout au vicryl 2-0, évitant ainsi une marisque.

- On régularise si besoin les plaies. Section des fils, et on obtient un aspect terminal en feuilles de trèfle. Fin d'intervention

Il est important de souligner que l'instrument utilisé n'a que peu d'importance : si ce n'est que le bistouri électrique doit être proscrit dans la dissection des paquets car il entraîne des nécroses des ponts cutanéomuqueux, responsables d'un nombre plus important de sténose et de problème de continence.

Enfin le Laser CO 2 ou Yag donnent des résultats équivalents en terme de confort et de complications lorsqu'il est comparé aux ciseaux.

1.4. Les suites opératoires :

1.4.1. Immédiates:

Il faudra dès les premiers jours :

- lutter contre la douleur :

L'hémorroïdectomie se classe dans la catégorie forte au même titre que la chirurgie abdominale sus et sous mésocolique, la chirurgie vasculaire et rénale, articulaire (sauf hanche) et rachidienne. Elle est considérée comme plus douloureuse que la chirurgie herniaire ou thyroïdienne et provoque des douleurs aussi intenses mais plus prolongées qu'une hystérectomie.

Dans une enquête effectuée dans le service en 2000, 62% des patients définissaient leur douleur post-opératoire comme intense.

C'est pourquoi dans le service, sont prescrit systématiquement :

un anti-inflammatoire non stéroïdien (Kétoprofène) et un antalgique d'action prolongé (Tramadol 150).

Un carnet d'évolution de la douleur permet de compléter le traitement, selon l'échelle de l'OMS, en fonction de l'évaluation de la douleur (EVA) , à chaque épisode douloureux :

EVA inférieure à 3 = prescription de Paracétamol.

De 30 à 60mm = prescription de Tramadol 50.

EVA supérieure à 6 = morphine en injection sous cutanée ou per os.

- lutter contre l'infection:

Comme l'hémorroïdectomie est considérée comme une chirurgie « propre-contaminée », une antibiothérapie prophylactique est prescrite et comprend du Metronidazole (500 mg) et l'Amoxicilline (1 g) ou en cas d'allergie aux pénicillines Roxithromycine (200 mg) per os en préopératoire (une à deux heures avant l'intervention).

Les complications infectieuses sont rares :

Un clocher thermique à 39° le lendemain ou le surlendemain de l'intervention est possible et cède spontanément après la première selle. Elles peuvent être l'expression d'une bactériémie passagère et justifient par sécurité une antibiothérapie souvent inutile car la fièvre tombe spontanément dès le lendemain.

D'exceptionnels cas d'infection locale ont été décrits. Il impose généralement de réintervenir.

- assurer rapidement un transit intestinal normal, par la prescription systématique de deux laxatifs de famille différente : l'huile de paraffine, les Mucilages, les Macrogol, le Lactulose.

En cas de constipation opiniâtre, la prescription d'un ou de deux litres de Polyéthylène glycol dilué sera nécessaire de même qu'un lavement à base de gomme de Sterculia, en cas de fécalome.

- garantir la propreté des plaies opératoires par des soins locaux biquotidiens à la Povidone Iodée ou à la Chlorexidine et l'application d'une pommade type Trolamine.

- combattre la rétention urinaire par la prescription préventive d'Alfuzosine, pendant les douze à vingt-quatre premières heures. Un sondage urinaire est cependant parfois nécessaire. Cette rétention révèle parfois une hypertrophie prostatique ou une maladie du col utérin ignoré précédemment.

- dépister une hémorragie évidente, la réintervention s'impose d'autant plus rapidement que le saignement est d'apparition plus précoce.

- permettre une parfaite cicatrisation par le toucher anorectal quotidien à partir du deuxième jour post-opératoire. Ce geste est utile pour empêcher le cloisonnement des plaies qui pourraient nuire à leur drainage ou à la perméabilité normale de l'anus. On apprendra au malade à le pratiquer lui-même jusqu'à cicatrisation complète.

1.4.2. A distance :

- La cicatrisation demande en moyenne 6 semaines :

Les douleurs sont surtout importantes lors de la selle et du toucher rectal quotidien et la position assise qui est inconfortable.

Il faudra donc en moyenne prévoir un arrêt de travail de quatre semaines.

Parfois, lors de la cicatrisation, les ponts séparant les quatre plaies de l'hémorroïdectomie s'accolent et forment des replis de peau appelés marisques. Ses 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.

- Le rétrécissement :

Très rare, il impose un nouveau geste chirurgical, s'il est très serré.

Sa prévention est assurée par un toucher rectal quotidien fait par le médecin pendant l'hospitalisation puis par le patient (ou plus rarement par une infirmière à domicile, en effet par expérience le toucher est mieux accepté lorsqu'il est fait par le patient qui est plus détendu) jusqu'à la cicatrisation.

A noter que le patient ressent parfois une sensation de rétrécissement, de selles plus petites qu'avant l'opération alors que la souplesse des plaies opératoires est normale. Cette sensation disparaît avec le temps et survient surtout lorsque l'intervention était nécessaire en raison de prolapsus hémorroïdaire permanent.

- Les troubles de la continence :

La manifestation en est une perte du contrôle des gaz ou de petites fuites de matières (soiling).

Ils s'observent surtout lorsque existe 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'intervention (les hémorroïdes assurent 10 à 15% de la continence).

De même à ce sujet, il faut également rappeler que les hémorroïdes ne peuvent en aucun cas être responsable de constipation et que souvent des difficultés à vider correctement son rectum (responsable alors de soiling) sont mis, à tort, sur le compte des hémorroïdes avant l'intervention et de ce fait passent au premier plan après la cicatrisation.

- La récurrence :

Exceptionnelle, elle peut se traduire par la réapparition de saignement (en fait le plus souvent en rapport avec une cicatrisation fragile) que l'on peut traiter par des scléroses hémorroïdaire ou des photocoagulation à l'infra-rouge ou par la survenue de petites thromboses.

Il est rarissime que l'on soit amené à ré-intervenir (0,5%) en raison de la réapparition d'un prolapsus et souvent dans ces cas, il existe également un discret prolapsus muqueux rectal surajouté.

1.5. Indications de l'hémorroïdectomie dite de bellan

Il faut d'emblée insister sur deux points :

En premier lieu, les manifestations de la maladie hémorroïdaire ne sont pas seulement liées au volume de celle-ci et il faut savoir que les hémorroïdes non compliquées ne sont responsables que de rectorragies et éventuellement d'un prurit avec suintement en cas de prolapsus permanent. La notion d'anite hémorroïdaire est donc illusoire et il est préférable de parler de thrombose interne. En effet les accidents de thrombose sont les seules manifestations douloureuses de la maladie hémorroïdaire et sont totalement indépendants du volume des hémorroïdes internes.

En second lieu, il n'existe pas actuellement de nouveau traitement des hémorroïdes.

Les indications de l'hémorroïdectomie de bellan sont en fonction de la symptomatologie de la maladie hémorroïdaire (entre parenthèse les chiffres d'une étude effectuée dans le service correspondant aux pourcentages d'intervention en fonction de l'indication opératoire) :

1.5.1. En cas de prolapsus :

Il est admis actuellement que les hémorroïdes prolabées en permanence (28,30%) et des hémorroïdes prolabées pouvant être réduites manuellement (19,70%) sont des indications à l'hémorroïdectomie. Il n'est pas rare de voir la première fois des patients à ce stade, ce qui souligne bien que la maladie hémorroïdaire n'est pas douloureuse et qu'elle s'installe le plus souvent progressivement et à bas bruit.

Cependant, devant l'échec des traitements instrumentaux, l'hémorroïdectomie doit être proposée en cas d'hémorroïdes prolabées réductibles spontanément (9,00%) et en cas de prolapsus d'un seul paquet (6,70%).

Ainsi l'on peut constater que dans notre service, une hémorroïdectomie est réalisée dans 63,70% des cas en raison du volume hémorroïdaire. Si le prolapsus est donc la cause principale d'hémorroïdectomie, il ne représente pas la seule indication de la chirurgie.

1.5.2. En cas de rectorragies :

En l'absence de prolapsus irréductible, la rectorragie hémorroïdaire est la seule indication des techniques instrumentales.

Le choix de la technique est fonction des écoles :

Sclérose hémorroïdaire à la Quinine-Urée.

Photocoagulation à l'infra-rouge

Ligature élastique.

En sachant qu'aucune de ces techniques n'a fait la preuve de sa supériorité.

Ces hémorroïdes deviennent chirurgicales (25%) en cas d'échec du traitement, quelque soit le volume des hémorroïdes internes. Il est en effet tout à fait inutile de répéter les séances. Car l'effet de ces techniques sera de moins en moins durable et efficace.

Reste à évoquer l'anémie hémorroïdaire : les rectorragies entraînent une anémie.

Il s'agit d'une situation rare mais non exceptionnelle.

Dans ces cas :

Il paraît illusoire de proposer un traitement instrumental, en effet dans cette circonstance, il s'agit d'une fragilité excessive de la muqueuse hémorroïdaire qui est fragile et saigne au moindre contact.

Il faut donc proposer d'emblée l'hémorroïdectomie (1%) quelque soit le volume des hémorroïdes. Elles sont souvent d'ailleurs rarement volumineuses dans cette circonstance.

1.5.3. Enfin reste à évoquer le seul accident douloureux de la maladie hémorroïdaire, la thrombose :

Les thromboses externes sont le plus souvent traitées par excision sous anesthésie locale.

Mais il ne faut pas hésiter à proposer une intervention (5,50%) lorsque ces crises sont fréquentes, rapprochées et de ce fait invalidantes.

Enfin l'accident le plus important reste la polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et oedémateuse improprement appelée étranglement hémorroïdaire : qui peut intéresser un ou plusieurs paquets hémorroïdaires, au maximum circulaire.

Il s'agit de l'indication de choix du traitement purement médical (ce traitement associe, per os un phlébotonique fortement dosé, et un anti-inflammatoire non stéroïdien et localement un dermocorticoïde et un suppositoire à base d'hydrocortisone).

Mais dans ce cas également il ne faut pas hésiter à intervenir en cas d'échec de la thérapeutique ou lorsque cette polythrombose est en voie de sphacèle :

Il s'agit donc bien pour nous d'une des deux indications de l'hémorroïdectomie en urgence et non pas d'une contre-indication.

En effet l'intervention (4,80%) dans cette situation ne présente aucune difficulté particulière. Elle permet de soulager rapidement le patient et ses suites sont simples

En conclusion, Il faut bien reconnaître que l'hémorroïdectomie est une intervention douloureuse, entraînant de ce fait une incapacité encore trop longue.

Mais hormis les cas d'anémie sévère ou de polythrombose hémorroïdaire en voie de nécrose, le patient peut décider la date de son intervention.

La maladie hémorroïdaire est certes une pathologie parfois très invalidante mais jamais mortelle.

Mais précisons, tout de même, que dans toutes les études effectuées dans le service, le taux de satisfaction des patients après l'opération n'a jamais été inférieur à 96%.

2. L'anopexie de Longo :

En réalisant l'exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale corrige le prolapsus muco-hémorroïdaire sans réaliser l'ablation du tissu hémorroïdaire dans une zone de sensibilité réduite.

Elle est effectuée à l'aide d'une pince mécanique introduite par voie anale.

2.1. On réalise une bourse avec un fil de Prolène

Dans notre service, cette bourse est volontairement faite base, au sommet des paquets hémorroïdaires et non pas 2 cm au dessus du sommet des hémorroïdes internes comme proposé par

le Dr Longo, en effet même si les suites sont un peu plus douloureuses, le fait d'emporter la partie haute des paquets hémorroïdaires permet un meilleur résultat, à notre avis.

Debut de la confection de la bourse

- On prendra soin de réaliser consciencieusement une bourse strictement muqueuse et sous muqueuse en respectant scrupuleusement la couche musculaire et le sphincter anal interne. Les points seront suffisamment rapprochés, sans espace entre les prises afin d'obtenir une collerette complète. Pour éviter de vriller la muqueuse rectale, il faut entre chaque quadrant penser à retirer l'anuscope fénêtré.

Bourse complete

- Une agrafeuse circulaire de 33 mm de diamètre (pince PPH 03 Ethicon Endosurgery).

Est introduite en position d'ouverture maximum.

La tête de l'enclume est poussée au delà de la bourse avec une orientation parfaitement perpendiculaire par rapport au canal anal.

La bourse sera serrée au sommet de la tige de l'enclume, l'agrafeuse sera ensuite refermée à fond (vérifier l'indicateur visuel de la pince).

- L'agrafeuse est ensuite refermée jusqu'à ce que le chirurgien ne puisse plus tourner la molette.

Une fois la sécurité désarmée l'agrafage a lieu, la sécurité est remise en place, la molette est ouverte de 3/4 de tour puis retirée du canal anal.

Une collerette composée de muqueuse et sous muqueuse rectale est ensuite sortie du corps de l'agrafeuse.

Il faudra vérifier : que l'hémostase est parfaite, que la suture est complète.

Si nécessaire de faire, il faut faire un ou des points en X au Vicryl 2-0.

2.2. Les suites de l'anopexie :

On constate une amélioration immédiate des symptômes, avec une remontée des paquets hémorroïdaires dans leur position anatomique d'origine.

2.2.1. Immédiates :

Peuvent être douloureuse à type de pesanteur rectal : surtout quand la bourse est faite basse comme nous le préconisons.

Mais la prescription d'antalgiques type Tramadol LP 150, un comprimé matin et soir avec du Paracétamol-Codéiné à la demande, permet de juguler la douleur.

Les complications immédiates sont :

La rectorragie et nécessite une reprise sous anesthésie générale pour hémostase, le plus souvent.

Les risques infectieux sont prévenus par une antibiothérapie prophylactique par l'injection intraveineuse d'un gramme de Metronidazole dès le début de l'intervention.

Les hémorroïdes internes laissées en place par la technique peuvent se thromboser et rester :

En place, ainsi dans notre expérience, une volumineuse thrombose interne non extériorisée hyperplasique évoquant cliniquement un abcès intra-mural a été découverte, lors de la reprise sous anesthésie générale.

Soient s'extérioriser, le traitement médical classique (phlébotropes à fortes doses, anti-inflammatoires non stéroïdiens, localement suppositoires à base d'hydrocortisone et dermocorticoïdes et antalgiques) permet le plus souvent d'éviter l'intervention.

Exceptionnellement et surtout si la bourse est basse, une fissure anale, qui nécessite parfois une intervention lorsque le traitement médical ne permet pas sa cicatrisation (A noter que l'abaissement de la muqueuse rectale lors de l'anoplastie est difficile).

2.2.2. A distance peuvent apparaître :

Une sténose au niveau de la suture et qui nécessite en règle à une dilatation par bougie, sous anesthésie générale.

Des fistules rectovaginales ont été décrites, mais elles sont uniquement dues à une mauvaise pratique de la technique. En effet elles peuvent et doivent être évitées, soit par la confection d'une bourse

basse et surtout en vérifiant que la musculature n'est pas comprise dans la bourse lors du serrage de la pince par un toucher vaginal.

2.3. L'indication de l'anopexie de Longo est le prolapsus hémorroïdaire :

En effet cette technique ne nous paraît pas indiquée :

Lors d'association avec d'autres lésions proctologiques puisque le tissu hémorroïdaire est préservé par cette technique : fissure anale, fistule anale, marisques volumineuses.

Pour des raisons techniques : en cas d'anus étroit rendant impossible l'introduction de la pince.

2.4. Avantages de l'anopexie de Longo :

Comme il n'y a pas d'exérèse du tissu hémorroïdaire et donc pas de plaies opératoires :

Il n'y a pas de délai de cicatrisation et de ce fait la durée d'arrêt de travail est significativement plus courte (au maximum deux semaines).

Les suites immédiates sont moins douloureuses.

Il n'y a pas théoriquement de retentissement sur la continence anale.

2.5. Inconvénients de l'anopexie de Longo :

Ses résultats à long terme ne sont pas encore validés.

Enfin nous avons vu que cette technique n'était pas toujours possible.

A noter qu'il est toujours possible de faire une hémorroïdectomie dite de Bellan, après une anopexie de Longo.

En conclusion : le traitement chirurgical des hémorroïdes est possible, ses résultats sont bons même si l'hémorroïdectomie dite de Bellan a des suites plus douloureuses et une cicatrisation plus longue. Le choix de la technique, lorsque l'anopexie de Longo est possible est du ressort exclusif du patient.