

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

INFORMATIONS AVANT LA RÉALISATION D'UNE HÉMORROÏDECTOMIE DITE MILLIGAN MORGAN

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. N'hésitez pas à interroger votre colo-proctologue ou votre chirurgien, le Dr pour toute information complémentaire (Tel :).

POURQUOI AVOIR CHOISI 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 justifient un geste chirurgical (fissure anale ou marisque). Les alternatives chirurgicales à l'hémorroïdectomie ont dû être évoquées avec votre médecin mais n'ont pas été retenues en accord avec vous. Neuf personnes opérées selon ce procédé sur dix en sont satisfaites.

EN QUOI CONSISTE CETTE INTERVENTION ?

Cette intervention chirurgicale 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. Réalisé sous anesthésie générale ou rachianesthésie, l'intervention dure en moyenne trente minutes. Quel que soit le mode d'anesthésie, l'intervention est réalisée de la même façon. 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 2 et 4 jours. Durant cette période, l'équipe médicale veille à limiter la douleur qui est le principal inconvénient de l'intervention.

Elle surveille la reprise de vos mictions (urine) et de votre transit intestinal. Des soins locaux simples sont nécessaires dans les suites opératoires et seront poursuivis à domicile. Les plaies cicatrisent en 3 à 6 semaines. L'arrêt de travail est habituellement de 3 à 4 semaines.

À QUELLES COMPLICATIONS À COURT TERME EXPOSE CETTE INTERVENTION ?

Des douleurs postopératoires plus intenses que prévues peuvent imposer d'intensifier le traitement médicamenteux. Plus spécifiquement, des difficultés à uriner sont observées dans 10 à 20% des cas. Une hémorragie postopératoire est possible, précoce mais aussi plus tardive, entre le 5^{ème} et le 12^{ème} jour. Dans 2% des cas, elle nécessite une nouvelle chirurgie en urgence. Il est donc déconseillé de trop vous éloigner pendant les deux 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 ré-intervention. Un retard de cicatrisation peut survenir, au-delà des 6 semaines classiques, dans 10 à 20% des cas.

Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ils ne constituent pas des complications en tant que telles.

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 (marisque) et une cicatrisation disgracieuse sont parfois observés.



Pour en savoir plus : www.snfcop.org.