

Traitements chirurgicaux de la maladie hémorroïdaire : de l'hémorroïdectomie à la thermofusion

Surgical treatments for haemorrhoidal disease: from haemorrhoidectomy to thermofusion

Béatrice VINSON-BONNET

Résumé

La chirurgie hémorroïdaire vient après l'échec de la prise en charge médicale des troubles du transit et du traitement par infra-rouge ou ligature élastique.

L'hémorroïdectomie, (Milligan et Morgan, 1937) est restée longtemps le seul traitement chirurgical. Les douleurs post opératoires précoces et post-défécatoires sont un frein majeur à cette intervention. Depuis 2000 la réalisation d'un bloc pudendal contrôle la douleur post opératoire sur plus de 12 heures et permet une prise en charge ambulatoire.

La chirurgie a évolué vers la correction des symptômes hémorroïdaires internes : saignements défécatoires et procidence hémorroïdaire post défécatoire. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients. Les interventions dites mini-invasives ont comme principe de réduire le flux sanguin vers les hémorroïdes et de « lifter » les paquets hémorroïdaires dans le canal anal. Il s'agit de l'hémorroïdopexie circulaire par agrafage (intervention de Longo 2000), des ligatures artérielles guidées par Doppler avec mucopexie (DGHAL 2005) et de la thermofusion hémorroïdaire interne. Les suites sont moins douloureuses notamment au passage des selles. La reprise d'une vie normale est possible en quelques jours au lieu de 3 semaines après hémorroïdectomie. Dans les centres « experts », la morbidité post-opératoire est équivalente pour toutes les techniques. Si les hémorroïdes internes sont extériorisées en permanence ou si les hémorroïdes externes ont été compliquées de thrombose, il n'y a pas d'alternative à l'hémorroïdectomie. Le risque de récurrence est très faible après hémorroïdectomie mais le rétrécissement cicatriciel de l'anus est une complication rare et sérieuse. Après techniques mini-invasives, le taux de récurrence est de 20% à 2 ans.

Béatrice Vinson-Bonnet

Service de chirurgie viscérale, CHI Poissy-Saint Germain.

Mots clés

- hémorroïdectomie
- l'hémorroïdopexie circulaire par agrafage
- ligature artérielle guidée par Doppler
- mucopexie hémorroïdaire
- thermocoagulation hémorroïdaire

Abstract

Hemorrhoidal surgery comes after the failure of medical management of transit disorders and treatment by photocoagulation and rubber band ligation. Hemorrhoidectomy (Milligan and Morgan, 1937) remained the only surgical treatment for a long time. Early postoperative and post-defecatory pain are a major obstacle to this procedure. Since 2000, the use of pudendal block allows control of postoperative pain for more than 12 hours and allows ambulatory surgery.

Surgery has evolved to correct internal hemorrhoidal symptoms: defecatory bleeding and post-defecatory hemorrhoidal prolapse. The goal is to improve patients' quality of life. Minimally invasive procedures are based on the principle of reducing blood flow to the hemorrhoids and "lifting" the hemorrhoidal clusters in the anal canal. These include stappled hemorrhoidopexy (Longo procedure 2000), Doppler-guided arterial ligation with mucopexy (DGHAL 2005), and internal hemorrhoidal thermofusion. The aftermath is less painful, particularly during the first defecation. A return to normal life is possible within a few days instead of three weeks after hemorrhoidectomy. In "expert" centers, postoperative morbidity is equivalent for all techniques. If internal hemorrhoids are permanently exteriorized or if external hemorrhoids have been complicated by thrombosis, there is no alternative to hemorrhoidectomy. The risk of recurrence is very low after hemorrhoidectomy, but scar shrinkage of the anus is a rare and serious complication. After minimally invasive techniques,

the recurrence rate is 20% at 2 years.

Keywords

- hemorrhoidectomy
- stapled hemorrhoidopexy
- Doppler guided hemorrhoidal artery ligation
- hemorrhoidal mucopexy
- hemorrhoidal thermocoagulation.