

## Informations avant la réalisation d'une hémorroïdopexie par agrafage.

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

### Quel est le but de cette intervention ?

Les hémorroïdes sont constituées d'un tissu riche en vaisseaux sanguins et sont présentes chez tout individu à l'intérieur de l'anus (hémorroïdes internes) ou sous la peau de l'anus (hémorroïdes externes). On parle de maladie hémorroïdaire quand les hémorroïdes deviennent gênantes et sont à l'origine de symptômes comme une douleur, des saignements ou une extériorisation des hémorroïdes internes. Les premières étapes du traitement font appel soit à des médicaments soit à des gestes instrumentaux effectués en consultation. En cas d'échec ou de maladie d'emblée importante on peut envisager un traitement chirurgical.

Le principe de l'hémorroïdopexie par agrafage est de remonter les hémorroïdes dans le rectum en raccourcissant la muqueuse sus-jacente. Elle est pratiquée depuis de nombreuses années sur beaucoup de patients.

### En quoi consiste cette intervention ?

Cette opération ne traite que les hémorroïdes internes et n'est donc pas appropriée chez les patients qui souffrent aussi des hémorroïdes externes. La technique fait appel à un instrument à usage unique (pince-agrafeuse). Une collerette circulaire de muqueuse est retirée avec une partie du tissu hémorroïdaire. Cette technique est également connue sous le nom « d'intervention de Longo », nom du chirurgien qui l'a mise au point.

### Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou locorégionale. Les douleurs post-opératoires sont moindres qu'après une chirurgie classique, habituellement bien contrôlée par les antalgiques simples. Les soins locaux sont inexistant car la plaie est interne. Le transit reprend rapidement souvent aidé par un traitement laxatif. L'hospitalisation est le plus souvent en ambulatoire. La reprise des activités normales est habituellement assez rapide, de 8 à 14 jours en moyenne.

### À quelles complications expose cette intervention à court terme ?

- Une douleur inhabituellement forte, souvent de courte durée, nécessitant des antalgiques puissants
- Une impossibilité d'uriner dans 10 % des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire
- Un saignement précoce nécessitant une reprise opératoire
- Des complications exceptionnelles mais graves (hématome, perforation) nécessitant une réintervention en urgence et parfois une dérivation de l'intestin
- Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale

### À quelles complications expose cette intervention à moyen terme ?

- Une hémorragie secondaire nécessitant parfois une reprise opératoire en urgence. De ce fait, il faut vous abstenir de tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste
- Une constipation due à la formation d'un véritable "bouchon" de matières se traitant par des lavements
- Des difficultés pour retenir les gaz ou les selles liquides, des suintements, disparaissant en 3 à 4 semaines.
- Une infection locale exceptionnelle pouvant nécessiter une ré-intervention
- Une blessure du pénis du partenaire en cas de reprise de l'activité sexuelle anale avant la chute des agrafes

### À quelles complications expose cette intervention à long terme ?

- Des difficultés d'évacuation, parfois associées à un rétrécissement anal dans 4.5% des cas
- Une incontinence, exceptionnelle, faisant suspecter une anomalie pré existante comme une lésion du sphincter après accouchement difficile
- Une sensation persistante de poussée ou de faux besoin, voire de douleur pouvant persister plusieurs semaines
- Une fissure anale dans moins de 3% des cas
- Des replis de peau (marisques)
- Une récurrence de la maladie hémorroïdaire (échec de la technique) qui est cinq fois plus fréquente qu'après chirurgie classique. Elle reste accessible à un traitement instrumental ou chirurgical.

Pour en savoir plus : [www.snfcfp.org](http://www.snfcfp.org).