

Informations avant la réalisation d'une hémorroïdectomie partielle (un paquet hémorroïdaire).

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. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par votre praticien. N'hésitez pas à interroger celui-ci pour toute information complémentaire.

Les hémorroïdes sont des vaisseaux sanguins regroupés en 3 ou 4 paquets, présents chez tous les individus. Mais chez certaines personnes, elles sont fragiles ou volumineuses et entraînent des symptômes gênants qui peuvent justifier un traitement chirurgical. Dans votre cas une seule hémorroïde est volumineuse, douloureuse, gênante ou responsable de saignements.

Quel est le but de 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 (ou parce qu'ils sont inadaptés à votre situation), ou parce que les crises sont fréquentes. Une alternative maximale serait l'ablation de toutes les hémorroïdes, mais vos symptômes ou votre situation anatomique ne la justifie pas. Cette intervention va permettre de faire disparaître l'inconfort occasionné par ce paquet d'hémorroïdes. Vous ne devriez plus être gêné par d'éventuels saignements, douleurs, suintements, ou autres.

En quoi consiste cette intervention ?

Elle consiste à enlever sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale cette hémorroïde à l'origine de la gêne et à nouer l'artère correspondante. L'intervention est le plus souvent faite en ambulatoire (quelques heures d'hospitalisation).

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La plaie cicatrise habituellement en 3 à 6 semaines, mais il est possible d'observer des délais plus longs (10 à 20 %). L'arrêt de travail est en moyenne de 1 à 3 semaines.

À quelles complications à court terme expose cette intervention ?

Des douleurs post opératoires plus intenses que prévues peuvent imposer d'intensifier le traitement médicamenteux. Des difficultés à uriner sont rarement observées. Une hémorragie postopératoire est possible, précoce mais aussi plus tardive, entre le 1er et le 20ème jour. Dans 2 à 3% des cas, elle nécessite une nouvelle chirurgie en urgence. Il est donc déconseillé de trop vous éloigner (voyage) pendant les trois 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 de 8 semaines. Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent et les difficultés à distinguer gaz et selles, voire des impériosités peuvent se voir tant que la plaie n'est pas cicatrisée. Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale.

À quelles complications à long terme expose cette intervention ?

Les échecs peuvent être dus aux autres hémorroïdes laissées en place, ils sont assez rares. Une infection de la plaie est exceptionnelle, se manifestant sous forme d'abcès ou de fistule. Une incontinence est exceptionnelle, mais peut être observée en cas d'anomalies préalables à l'intervention (lésions du sphincter après accouchements difficiles, anomalies de la statique du périnée).

Pour en savoir plus : www.snfc.org.



fiche SNFCP (2014, révision Avril 2017)

