



CENTRE DE CHIRURGIE
WESTMOUNT SQUARE

HÉMORROÏDECTOMIE CHIRURGICALE SUITES OPÉRATOIRES:

La douleur est le principal désagrément de l'opération.

Cette opération a la fâcheuse réputation d'être très douloureuse.

Toutefois, une infiltration d'anesthésique local de durée prolongée faite au cours de l'opération permet de largement diminuer la douleur au réveil et durant la première journée.

De plus, les médicaments **anti-douleurs** (la morphine et ses dérivés), **l'antibiotique** prescrit (métronidazole) et les **anti-inflammatoires** sont largement utilisés et permettent le plus souvent de bien contrôler la douleur. Souvent il ne s'agit pas d'une douleur continue, mais de pics transitoires au moment des selles ou des soins post opératoires. Ceci explique pourquoi, malgré l'amélioration de la prise en charge de la douleur, il n'est pas possible de rendre cette intervention strictement indolore.

Un autre outil contre la douleur est **l'onguent de nifédipine**, prescrit avec vos prescriptions de départ. Cet onguent est très utile pour le soulagement de la douleur. En effet, la douleur post-opératoire est grandement reliée au spasme du sphincter anal interne. Cet onguent, appliqué **à l'intérieur du rectum avec le doigt**, à raison de 2-3 fois par jour, permet le relâchement du spasme du sphincter et donc, le soulagement de la douleur.

La prévention de la constipation est capitale.

La première selle, souvent redoutée, sera facilitée par la prescription systématique d'émollients doux. Lorsque la première selle tarde trop, un bouchon de selles, appelé fécalome peut se produire. On veut à tout prix ici ne pas créer de fécalome. S'il survient tout de même, on évacuation peut être facilitée par l'administration d'un lavement évacuateur destiné à ramollir les selles. La survenue d'un fécalome peut se manifester par des signes trompeurs (douleur en augmentation, émissions incessantes de matières liquides, pseudo-incontinence). Il ne faut surtout pas arrêter les émollients, il est même recommandé d'augmenter leur quantité, une infirmière de la clinique pourra vous orienter pour ceci.

Les soins post-opératoires sont simples.

À votre sortie, vous pourrez les pratiquer vous-même. Un lavage des plaies au moyen de bains de siège ou à la douchette, avec un savon doux devra être réalisé 2 fois par jour et après chaque selle (le papier toilette devant être évité).

Les plaies, qui n'ont pas besoin d'être désinfectées, seront éventuellement recouvertes d'onguent antibiotiques en vente libre. Il est normal que ces plaies suintent. L'écoulement peut être coloré (jaune, vert, marron) et ne doit pas être confondu avec du pus.

Du sang peut s'observer sur les pansements ou sur les selles. L'infection des plaies opératoires est possible, mais elle est finalement très rare malgré que les selles passent par cette région.

La cicatrisation est longue.

Elle dure en moyenne 6 semaines. Des démangeaisons sont fréquentes pendant cette période. Des retard de cicatrisation sont possibles (plus de 8 semaines dans 2,7% des cas et parfois plusieurs mois). La douleur, l'inconfort et les soins post-opératoires expliquent qu'un arrêt de travail d'en moyenne 4 semaines sont à prévoir après l'opération.

Quelles sont les complications possibles

Il existe des complications urinaires, précoces, survenant au cours des premiers jours post-opératoires chez 10 à 20% des opérés. Elles sont plus fréquentes chez l'homme.

Il s'agit de difficultés à uriner d'origine réflexe avec au maximum une rétention d'urine qui peut nécessiter la mise en place temporaire d'une sonde urinaire dans moins de 2% des cas. Une rétention aiguë d'urine peut aussi être secondaire à un fécalome.

Les hémorragies post-opératoires peuvent survenir durant les 3 premières semaines après l'opération, par saignement d'un petit vaisseau au niveau d'une plaie, notamment au moment où les « croutes » tombent vers 7 – 10 jours, on appelle cela la « chute d'escarre ». Un traitement local peut suffire (pansement compressif par exemple) mais rarement, il est nécessaire d'effectuer un geste chirurgical complémentaire pour arrêter le saignement. Ce risque explique pourquoi il est vivement conseillé de s'abstenir de voyager loin d'un centre de santé et de prendre l'avion dans les 21 jours suivant l'opération.

Le rétrécissement anal, ou sténose, concerne moins de 5% des opérés. Il peut être traité par dilatation ou nécessiter un geste chirurgical complémentaire.

Les troubles de la continence (difficultés à retenir les gaz ou les matières) ont une fréquence mal évaluée. Très souvent ils sont transitoires, dus aux plaies et à la prise de laxatifs, mais ils régressent ou s'améliorent après cicatrisation. Les mécanismes de ces troubles, quand ils persistent après la cicatrisation, sont : la suppression des coussinets hémorroïdaires eux-mêmes (les hémorroïdes ont une utilité dans la continence et participent pour 10% au tonus sphinctérien de base), d'éventuelles lésions traumatiques des sphincters.

L'infection, avec formation d'un abcès nécessitant de ré-intervenir, est exceptionnelle.

Un suivi post-opératoire est nécessaire après 6 semaines, afin de diriger la cicatrisation et de dépister la survenue d'un rétrécissement par la pratique d'un toucher rectal. L'agente de Dr Doyon communiquera avec vous pour un rendez-vous de suivi sans frais.

Si quoi que ce soit sur votre état de santé vous inquiète, vous pouvez rejoindre votre infirmière du centre de chirurgie au numéro suivant :

(514) 931-5055

Votre chirurgienne, Caroline Doyon

