

INFORMATIONS AVANT REALISATION D'UNE ANOPEXIE DE LONGO

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention.

Pourquoi l'anopexie ?

A côté de l'intervention classique qui consiste à retirer les hémorroïdes internes et externes, on dispose depuis plus de dix ans d'une autre intervention : l'anopexie. Son principe en est différent. On ne retire pas les hémorroïdes internes mais on les remonte dans le canal anal et on les y maintient en supprimant partiellement et en agrafant la muqueuse sus-jacente. Cette opération ne traite que les hémorroïdes internes qui ressortent et n'est donc pas utilisable chez tous les patients, notamment chez ceux qui souffrent aussi des hémorroïdes externes. Elle a été pratiquée sur un grand nombre de patients. La technique fait appel à un instrument à usage unique (pince-agrafeuse). Un bandeau de muqueuse est retiré avec une partie du tissu hémorroïdaire. Cette technique est également connue sous le nom « d'intervention de Longo ou d'hémorroïdopexie ». Quand elle est applicable, ses avantages sont : une diminution nette et démontrée de la douleur post-opératoire, l'absence de plaie cutanée, un séjour à l'hôpital plus court et des soins post-opératoires très réduits. La durée d'hospitalisation, adaptée à chaque situation, varie de 1 à 3 Jours en moyenne. L'intervention se déroule soit sous anesthésie générale soit sous anesthésie loco-régionale (rachi anesthésie pendant laquelle on anesthésie uniquement la partie inférieure du corps).

Après l'intervention ?

Les suites sont habituellement plus simples que pour la chirurgie classique.

Le transit peut reprendre rapidement. Une majoration d'un traitement laxatif peut s'avérer nécessaire. La période douloureuse est habituellement courte, bien contrôlée par des antalgiques simples. La reprise des activités normales est habituellement assez rapide (8 à 14 jours en moyenne).

Les complications précoces

Même bien conduite selon les recommandations de bonne pratique, l'anopexie peut s'associer à des complications; on peut ainsi observer dans les premiers jours :

- Une douleur inhabituellement forte: bien que souvent de courte durée, elle peut nécessiter le recours à des morphiniques.
- Une impossibilité de vider la vessie (rétention urinaire) dans 10 à 20 % des cas. Elle est le plus souvent liée à un phénomène réflexe. Elle se traite médicalement mais peut parfois nécessiter la pose temporaire d'une sonde dans l'urètre (le canal qui permet d'évacuer les urines).
- Un saignement précoce abondant imposant une reprise opératoire

Complications à moyen terme

- Une hémorragie secondaire rare (entre le 8ème et le 15ème jour) due à la chute du tissu cicatriciel. Elle nécessite le plus souvent une courte hospitalisation pour coaguler le vaisseau. Il est donc souhaitable de ne pas vous éloigner et vous abstenir de tout voyage en train ou en avion pendant une période de 2 semaines.

- Une constipation due à la formation d'un véritable "bouchon" de matières peut imposer le recours à un lavement.
- Une infection locale est très exceptionnelle et peut nécessiter une ré-intervention.

Complications à long terme

- Exceptionnellement, un rétrécissement anal peut apparaître
- Des troubles de la continence avec difficultés pour retenir les gaz ou les selles liquides, suintements, disparaissant en 3 à 4 semaines. L'incontinence vraie est exceptionnelle et doit faire suspecter une anomalie antérieure pré-existante démasquée par l'intervention (lésions du sphincter après accouchement difficile par exemple).
- Une sensation persistante de poussée ou de faux besoin. Cet inconfort régresse habituellement, mais demande quelquefois plusieurs semaines
- La survenue d'une fissure anale dans moins de 3% des cas
- La persistance de « marisques » (des excroissances de chair) est possible après cette opération.
- Une récurrence de la maladie hémorroïdaire : c'est une complication bénigne mais qui est cinq fois plus fréquente avec cette technique qu'avec la chirurgie classique. Elle reste accessible soit à la chirurgie classique, soit à un traitement instrumental.

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les risques de l'intervention décrite ci dessus, avoir pu poser toutes les questions nécessaires et accepte que le Dr..... pratique cette chirurgie.

Date :

Signature

*Si vous souhaitez plus d'information, veuillez consulter le site snfcp.org
Cette fiche a été réalisée en partenariat avec le CREGG et la SFCD :*

