

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE SELON LA TECHNIQUE DE MILLIGAN ET MORGAN – A PROPOS DE 56 CAS

ELE N.¹, OKIEMY G.², CHOCOLAT R.¹, IBAMBA IKASSI A¹, NOTE MADZELE M.¹, MASSENGO R.¹

1. Service de chirurgie digestive 2. Service de chirurgie Polyvalente, CHU- Brazzaville

BP : 13541 Brazzaville (Congo) **E-Mail : chirurgiedigestivechu@yahoo.fr**

Résumé :

Objectif : Analyser les résultats du traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon le technique de Milligan et Morgan.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie digestive du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

De Mars 1992 à février 2002, soit 10 ans, 56 patients qui présentaient une maladie hémorroïdaire ont subi une hémorroïdectomie pédiculaire de type Milligan et Morgan. Le diagnostic de la maladie hémorroïdaire a été établi sur les arguments cliniques et endoscopiques à la recherche de lésions associées.

Résultats : Notre série comportait 36 hommes (64,28%) et 20 femmes (35,72%).

L'âge moyen de nos patients était de 36 ans (extrêmes : 18 et 62 ans).

Les suites opératoires ont été simples dans 52 cas et compliquées dans 4 cas, dont 2 cas de suintement anal avec une incontinence transitoire au gaz et 2 cas de sténose post-opératoire.

La mortalité a été nulle. La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 5 jours (extrêmes : 6 et 11 jours). Il n'y a pas eu de reprise opératoire.

Sur le plan fonctionnel, il y a eu une disparition des douleurs, des rectorragies et du prolapsus.

Conclusion : L'hémorroïdectomie pédiculaire de Milligan et Morgan. est une intervention bien codifiée, et qui donne de bons résultats.

Mots clés : Maladie hémorroïdaire – hémorroïdes – hémorroïdectomie pédiculaire de Milligan et Morgan.

Abstract

Results from surgical treatment of the haemorrhoid disease according to Milligan and Morgan technique about 56 cases.

Aim of the study : to study the results of the surgical treatment of haemorrhoid disease according to Milligan and Morgan technique.

Material and Method : It is about a retrospective study in the unit of the digestive surgery of the teaching hospital of Brazzaville.

From March 1992 to February 2002, 56 patients who had hemorrhoid disease have undergone a pedicular hemorrhoidectomy of Milligan et Morgan. type.

The diagnosis of the hemorrhoid has been established from the clinical and endoscopic elements in the search of associated lesions.

Results : There were 36 men (64, 28%) and 20 women (35,72). The average age of our patients was 36 years old (extremes: 18 and 62 years old).

Post surgical effects have been simple in 52 cases and complicated in 4 cases. 2 cases of anal oozing with an occasional incontinence of having wind and 2 cases of post surgical stenosis.

No death has been noticed.

The average time spent in hospital was five days. (Extremes: 6 and 11 days).

There was no case of surgical resumption. At the functional level was the disappearance of pains, hemorrhoid and prolapse.

Conclusion : The pedicular haemorrhoidectomy of Milligan and Morgan is a well codified surgery where good results are provided.

Key Words : Haemorrhoid disease - Hemorrhoid - pedicular Hemorrhoidectomy of Milligan and Morgan.

Introduction

Les hémorroïdes sont des structures anatomiques vasculaires normales présentes au niveau du canal anal dès la vie embryonnaire [1]. Sous l'action de plusieurs facteurs, ces hémorroïdes peuvent donner lieu à des manifestations cliniques, c'est la maladie hémorroïdaire, caractérisée essentiellement par des douleurs, des rectorragies et des prolapsus.

Dans le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire, l'objectif thérapeutique est de diminuer l'apport de sang artériel dans les hémorroïdes afin de les faire disparaître. Parmi les modalités thérapeutiques proposées, l'hémorroïdectomie pédiculaire selon Milligan et Morgan [2] offre des meilleures garanties.

A partir de 56 cas opérés selon cette technique, nous rapportons notre expérience dans le traitement de cette affection.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 10 ans de mars 1992 à février 2002.

56 patients ont été opérés dans le Service pour maladie hémorroïdaire.

Le diagnostic de la maladie hémorroïdaire avait été un diagnostic d'exclusion, qui reposait sur la symptomatologie clinique, confirmé par l'endoscopie digestive basse.

La durée des symptômes préopératoires variait entre 3 et 5 ans.

L'intervention de Milligan et Morgan [2] est une hémorroïdectomie pédiculaire ouverte, qui consiste à faire l'exérèse des hémorroïdes par paquet séparé, après ligature des branches terminales de l'artère rectale supérieure.

Le principe de base consiste à mettre en place 3 jeux de pinces sur la marge anale, sur la ligne pectinée, et sur la muqueuse rectale basse, respectivement sur les hémorroïdes de 3, 8 et 11 heures.

L'extériorisation des paquets hémorroïdaires par traction douce des pinces, nous a permis de mettre en évidence le triangle d'exposition.

Nous avons par la suite ligaturé chaque paquet hémorroïdaire en zone muqueuse rectale basse, et procédé à la section.

L'intervention a toujours été réalisée sous antibioprophylaxie périopératoire systématique suivie des bains de siège à la polyvidone iodée avec administration de suppositoires à base de carraghenates, de dioxyde de titane, d'oxyde de zinc et de lidocaïne.

Des touchers rectaux biquotidiens ont été indiqués à tous nos patients dès le lendemain de l'intervention ; la prise d'une cuillère à soupe d'huile de paraffine par jour a facilité la reprise du transit.

La cicatrisation des plaies anales demandant en moyenne quatre à six semaines, nous avons revu régulièrement nos patients une fois par semaine, pendant toute la période de cicatrisation afin de vérifier l'état de la plaie et de réaliser un toucher rectal de contrôle.

Les résultats du traitement chirurgical ont été jugés sur la disparition des symptômes cliniques, à savoir les douleurs, les rectorragies et les prolapsus.

Le recul moyen de l'étude a été de 2 ans (extrêmes 1 et 3 ans).

Résultats

Notre série comportait 36 hommes (64,28%) et 20 femmes (35,72%). L'âge moyen des patients était de 36 ans avec des extrêmes de 18 et 62 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 28 à 50 ans dans 38 cas (67,85%).

Parmi les symptômes rencontrés, nous avons retrouvé : 56 cas de douleurs, 52 cas de rectorragies, 56 cas de prolapsus et 2 cas d'hémorroïdes associés à une fissure anale.

L'endoscopie digestive basse avait exclu la présence de lésion organique associée et confirmé la présence d'hémorroïdes.

Selon la classification de GOLIGHER [3], nous avons retrouvé :

des hémorroïdes de grade 1 (0 cas) : Hémorroïdes internes non procidentes (visibles, à l'anuscopie, lors des efforts de poussée);

des hémorroïdes de grade 2 (0 cas) : Hémorroïdes s'extériorisant et se réintégrant spontanément lors de la défécation;

des hémorroïdes de grade 3 (20 cas 35,72%) : Hémorroïdes se prolabant lors de la défécation, à l'effort et nécessitant une réintégration manuelle;

des hémorroïdes de grade 4 (36 cas. 64,28%) : Hémorroïdes prolabés en permanence et ne pouvant pas se réintégrer manuellement.

Les suites opératoires ont été simples dans 52 cas (92,85%), nous avons obtenu une disparition des douleurs, des rectorragies et des prolapsus, et une cicatrisation des plaies dans un délai moyen de 4 semaines (extrêmes 3 à 6 semaines).

Les suites opératoires se sont compliquées dans 4 cas (7,15%). Dans 2 cas, nous avons eu une incontinence transitoire aux gaz associée à un suintement, et dans les 2 autres cas une sténose anale.

Les 2 cas de suintement anal étaient en rapport avec une cicatrisation incomplète due à un bourgeonnement excessif, ils ont été traités au nitrate d'argent. Quant aux 2 cas de sténose, ils ont été traités par des dilatations anales digitales avec une évolution favorable.

Il n'y a pas eu de reprise opératoire.

La durée moyenne de séjour hospitalier a été de 5 jours (extrêmes de 6 à 11 jours).

La mortalité opératoire a été nulle.

Discussion.

Sur les symptômes rencontrés dans notre série, tous les 56 patients opérés présentaient un prolapsus hémorroïdaire de grade 3 et 4, selon la classification de Goligher [3]. Le prolapsus représente la principale manifestation de la maladie hémorroïdaire interne, dû à une élévation des éléments musculo-ligamentaires de soutien.

La classification des hémorroïdes en grade bien que n'étant pas admise à l'unanimité, car elle ne prend pas en compte l'ensemble des manifestations cliniques de la maladie hémorroïdaire comme les thromboses, est cependant valable pour établir le protocole thérapeutique chirurgical.

Le traitement chirurgical est indiqué pour les hémorroïdes de grade 3 et 4 [4,5], ce qui était le cas dans notre série.

Dans notre étude, 52 patients présentaient des rectorragies, qui sont une manifestation de la maladie hémorroïdaire interne. Les rectorragies sont dues à une perturbation de la microcirculation précapillaire dans le tissu hémorroïdaire, dont la régulation est assurée par les sphincters précapillaires [4, 5,6], ce qui explique la théorie vasculaire de la maladie hémorroïdaire. Quant à la douleur hémorroïdaire retrouvée chez nos 56 patients, elle était due à une crise fluxionnaire dans 38 cas, et dans les 18 cas restants, à la formation de thromboses hémorroïdaires externes qui s'étaient résorbés après plusieurs jours d'évolution sous traitement médical.

Sur le plan technique, l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan a été le traitement de choix de tous nos patients. Les données de la littérature font apparaître que l'hémorroïdectomie pédiculaire est l'intervention la plus utilisée par la plupart des auteurs [7], car elle répond à la totalité des situations anatomiques. L'un des temps essentiels de cette technique est la mise en évidence du triangle d'exposition, qui permet d'assurer la perméabilité anale au moment de la ligature des paquets hémorroïdaires [4, 5,6].

Lors de la ligature transfixiante du paquet hémorroïdaire, il faut mordre un peu sur le

sphincter interne afin d'éviter l'ascension du moignon [4,8]. Dans notre série nous avons eu 2 cas d'hémorroïdes associés à une fissure de la commissure anale postérieure. Nous avons d'abord commencé par traiter la fissure, puis ensuite les hémorroïdes dans le même temps opératoire. A la fin de l'intervention nous avons obtenu un trèfle à quatre feuilles avec quatre ponts cutanéomuqueux.

Deux inconvénients ont été reprochés à la technique de Milligan et Morgan : le risque de récurrence, quand l'exérèse hémorroïdaire est incomplète, et surtout la sténose par excision muqueuse excessive.

Afin de pallier ses inconvénients, l'hémorroïdectomie pédiculaire de Milligan et Morgan peut être complétée par une dissection sous cutanéomuqueuse des ponts [4,6]. Lorsqu'ils sont trop lâches on peut les raccourcir ou les fixer par des points rentrants, ou encore les sectionner, puis les refixer sur la muqueuse rectale [4,6]

Certains auteurs remplacent la ligature des paquets hémorroïdaire par la section au bistouri électrique sans ligature pédiculaire [7,9]. Cette technique s'accompagne d'une moindre consommation d'analgésiques dans les 7 premiers jours post opératoires sans différences significatives concernant les complications précoces, le saignement et la sténose [7]. L'intervention de Milligan et Morgan avec ou sans anoplastie a la préférence de la majorité des proctologues Français. Il s'agit d'une opération sûre avec un taux de récurrence d'environ 2% à 5 ans [4]. Cette intervention est certes douloureuse mais elle donne peu de complications : hémorragie par chute d'escarres dans 1%, hypocontinence aux gaz dans 2,3% et de suintements anaux dans 4% [4].

L'hémorroïdectomie pédiculaire peut être réalisée à plaies fermées, c'est la technique de Fergusson [10,11], très utilisée aux États-Unis et en Australie. Après résection pédiculaire la totalité des plaies muqueuses et cutanées est suturée par un sujet. En fin d'intervention, l'aspect final est celui de trois cicatrices radiées, convergentes dans le canal anal. Les suites opératoires sont aussi douloureuses que dans les hémorroïdectomies ouvertes, mais avec un temps de cicatrisation réduit de l'ordre de 2 à 3 semaines et un pourcentage analogue de complications [6,10]. L'hémorroïdectomie à plaies fermées peut être réalisée à la pince agrafeuse [7]. Parks réalise une hémorroïdectomie pédiculaire à plaies semi fermées [5,6,7].

Après résection pédiculaire la plaie est fermée dans la zone muqueuse, laissant un drainage externe au niveau cutané. Cette technique à l'avantage de conserver un maximum de muqueuse sensible, mais elle est plus délicate à exécuter.

WHITEHEAD [4,5] dans la résection circulaire des hémorroïdes réalise une hémorroïdectomie totale circulaire avec ligature des pédicules vasculaires. Cette technique s'accompagne d'un pourcentage élevé de

complications : incontinence, ectropions muqueuses, rétrécissement.

Conclusion

L'hémorroïdectomie pédiculaire à plaies ouvertes de Milligan et Morgan est une intervention bien codifiée, et qui donne de bons résultats dans le traitement de la maladie hémorroïdaire.

REFERENCES:

1. Johnson F.P. The development of the rectum in the human embryo. *Am J Anat* 1914; 1914 : 1-57
2. Milligan ETC, Morgan CN, Jones L.E., Offices R. Surgical anatomy of the anal canal and the Operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119-1124.
3. Goligher J.C. Surgery of anus, rectum and colon. 5th ed. Bailliere Tindall, éd., London, 1984, 98 p.
4. Denis J, Ganansia R, Puy - Montbrun T. Proctologie pratique. Masson, Paris, 1999
5. Devien C V. Colo-proctologie clinique. MEDSI/MC Graw-Hill, 1990
6. Suduca P., Suduca J.M., Hémorroïdes. Editions techniques Encycl. Méd. Chir. (Paris-Franc). Estomac- intestin, 9086 A10, 5 - 1990, 12 p.
7. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Le courrier de colo-proctologie*, 2001, 2, 4
8. Sarles J.C COPE R. Proctologie. Masson 1990.
9. Andrews B T, Layer G T, Jackson B T, Nicholls R J. Randomized trial comparing diathermy. Hemorrhoidectomy with the scissors dissection. Milligan - Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 580-3
10. Fergusson J A, Mazier W P, Ganchrow M I, Friend W G. The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery* 1971; 70: 480-4
11. Trudel J L. L'hémorroïdectomie fermée de Fergusson. *Ann Chir* 1994;48: 561-4