



Technique de Longo dans le traitement des hémorroïdes grade III et IV

Longo's technique in the treatment of hemorrhoids grade III and IV

تقنية لونغو في علاج البواسير الصف الثالث والرابع

E M Aalala, M Alaoui, F Benaghmouch, M H Tahiri, S Kandri

المخلص : الهدف من هذا العمل هو تقرير النتائج وإظهار قيمة تقنية لونغو في علاج تدلي البواسير من الدرجة الثالثة والرابعة وإظهار نتائجها. **الأساليب :** واحد وعشرون مريضاً عولجوا بواسطة تقنية لونغو. تم تصنيف البواسير من الدرجة الثالثة والرابعة عند ثلاثة عشر وثمانية مريضاً على التوالي. تم تتبع المرضى بزيارات طبية كل شهرين، ستة أشهر وسنة، مما يتيح جمع البيانات. **النتائج :** كان متوسط مدة العملية 38 دقيقة. كان متوسط مدة الاستشفاء 2.2 أيام. لم تكن هناك حوادث خلال العملية. كان معدل الوفيات صفر. كما قدر معدل المضاعفات القصيرة، المتوسطة وطويلة الأجل وكان هذا المعدل : 23.80 %، حالتان (9.52 %) نزيف في خط ستابلز، وحالتان من الاحتباس الحاد للبول (9.52 %) وحالة واحدة من تخثر البواسير الخارجية (4.76 %). لم يستعمل أي علاج موضعي لكل المرضى.

بعد أربع سنوات، وجد مريض واحد ينزف عند التبرز، وآخر عنده انتكاسية تدلي البواسير مع النزيف. مريض واحد لديه تضيق في مستوى الستيلر بدون أعراض. وكان ثمانية عشر مريضاً (85.71 %) بدون أي أعراض وكانوا راضين تماماً. **خلاصة :** إن تقنية لونغو هو أسلوب فعال مع 85.71 % من المرضى راضين تماماً بعد أربع سنوات. معدل المضاعفات منخفض وجودة النتائج تعتمد بشكل مباشر على جودة التقنية التي تتطلب التعلم. **الكلمات الأساسية :** البواسير - لونغو - جراحة.

Résumé : Introduction : La technique de Longo, appelée aussi anopexie circulaire est utilisée dans le traitement des prolapsus hémorroïdaires stade III et IV, Le but de ce travail est de rapporter ses résultats et démontrer son intérêt.

Matériel et Méthode : Vingt et un patients ont été opérés par cette technique. Les hémorroïdes étaient classées respectivement stade III et IV chez treize et huit malades. Ces derniers étaient revus en consultation à deux mois, six mois et un an, permettant un recueil des données.

Résultats : La durée moyenne d'intervention était de 38 minutes, celle de l'hospitalisation de 2,2 jours. Pas d'incident en peropératoire, la mortalité était nulle, le taux de complication est évalué à court, moyen et à long terme, il était de 23,80% (n=5) : deux hémorragies (9,52%) au niveau de la ligne d'agrafes, deux retentions aiguës d'urine (9,52%) et une thrombose hémorroïdaire externe (4,76%). Le traitement antalgique prescrit était de palier I. la prescription de soins locaux post opératoires n'était pas nécessaire. Le suivi postopératoire a décelé un saignement à la selle chez un patient, un autre avait une récurrence du prolapsus associé aux rectorragies et un dernier présentait une sténose modérée totalement asymptomatique du site d'agrafrage facilement dilatable. Dix-huit patients (85,71%) ne présentaient aucune symptomatologie et étaient totalement satisfaits, deux malades l'étaient moyennement, et un patient était insatisfait.

Discussion : Cette étude a révélé qu'il s'agit d'une technique efficace avec 85,71% de résultats satisfaisants et une morbidité faible. Longo avait rapporté 91% de bons résultats chez 144 patients opérés par le même procédé. Des soins locaux contraignants n'étaient pas nécessaires, ce qui est un facteur principal dans le confort postopératoire.

Conclusion : L'anopexie circulaire est une technique efficace permettant une convalescence rapide avec un faible taux de complication, dont la qualité des résultats dépendrait du geste technique.

Mots clés : Hémorroïdes, hémorroidopexy – Longo.

Abstract : Objective: The purpose of this study is to show the interest of the Longo technique in the treatment of hemorrhoidal prolapse stage III and IV as to report as results too.

Methods : Twenty-one patients were operated by the Longo technique. Hemorrhoids were classified as stage III and IV respectively in 13 and 8 patients. They have been followed in consultation at two months, six months and one year, allowing data collection.

Results : The mean duration of intervention was 38 minutes. The mean duration hospital stay was 2.2 days. There were no incidents during surgery. The mortality rate was zero. The complication rate is estimated at short, medium and long term, it was 23.80% (n=5): two hemorrhages (9.52%) at the staple line, two acute urinary retention (9.52%) and external hemorrhoidal thrombosis (4.76%). All patients didn't need any local treatment.

Discussion : The postoperative follow-up detected a bleeding at defecation in one patient; another one had a recurrence of the prolapse associated with rectal bleeding, the third had a completely asymptomatic moderate stenosis stapling site easily dilatable. Eighteen patients (85.71%) had no symptoms and were completely satisfied, two patients were moderately satisfied, and one was dissatisfied.

Conclusion : The circular anopexy is an effective technique with 85.71% of patients satisfied in one year. The complication rate is low and the quality of results depends on the technical gesture.

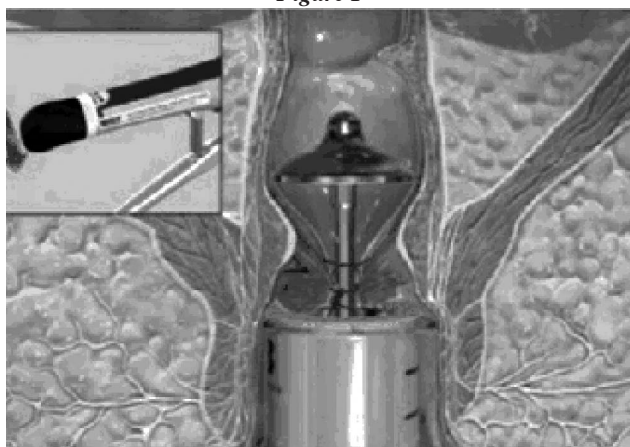
Keywords : Hemorrhoids - hemorrhoidopexy – Longo.

Tiré à part : E. M. Aalala : Service chirurgie viscérale et proctologie hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V CHU de Rabat - Maroc.

Introduction

La technique dite de Longo (encore appelée anopexie par agrafage, prolapsectomie, mucosectomie circonférentielle...) ne réalise pas une hémorroïdectomie, ni une mucosectomie anale. L'hémorroïdopexie par agrafage est la dénomination qui lui conviendrait le mieux [1,2]. C'est un geste intermédiaire entre la chirurgie et les traitements instrumentaux (endoscopiques). Elle consiste en une exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale enflée puis anastomose muco-muqueuse par agrafage à l'aide d'uneagrafeuse circulaire hémorroïdaire de 33 mm (figure1) [1-3]. Elle corrige le prolapsus muco-hémorroïdaire sans réaliser d'hémorroïdectomie et interrompt les connexions vasculaires destinées aux hémorroïdes [4].

Figure 1



Anastomose muco-muqueuse par agrafage à l'aide d'uneagrafeuse circulaire hémorroïdaire de 33 mm

Le but de ce travail n'est pas comparatif par rapport aux autres techniques instrumentales et/ou chirurgicales mais plutôt de montrer l'intérêt, rapporter les résultats et évaluer la faisabilité et l'efficacité de la technique du Longo dans le traitement des prolapsus hémorroïdaires stade III et IV.

Patients et méthode

Notre étude est rétrospective sur une période de 4 ans, comprenant 21 patients ayant des hémorroïdes stade III et IV. L'étude des données cliniques était basée sur l'interrogatoire, l'examen clinique et l'anuscopie. Les examens paracliniques réalisés sont : la rectosigmoïdoscopie pour 2 patients et la

colonoscopie pour un patient, ceci a permis d'éliminer une cause haute du saignement notamment un cancer colorectal.

Nous avons évalué la durée opératoire, la composition de la collerette réséquée, la douleur post opératoire, le traitement post opératoire nécessaire, la durée d'hospitalisation et d'arrêt de travail. Les malades étaient revus en consultation à deux mois, six mois et un an, permettant un recueil des données.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans (24-53 ans), dont 2 femmes et 19 hommes soit un sexe ratio H/F de 9,5. Tous les patients avaient reçu auparavant un traitement médical sans nette amélioration. Un patient a été déjà opéré par la technique classique de Milligan Morgan, un autre avait eu une ligature élastique, un troisième a été traité par photocoagulation.

La douleur et les rectorragies étaient présents chez la majorité des patients (tableau I).

Tableau I

| CLINIQUE | NOMBRE DE PATIENTS | POURCENTAGE |
|------------|--------------------|-------------|
| Prolapsus | 21 | 100% |
| Saignement | 19 | 90,47% |
| Douleur | 18 | 85,71% |

Signes cliniques chez les patients sélectionnés

L'examen clinique avait trouvé un prolapsus avec hémorroïdes pathologiques classées grade III et IV respectivement chez 13 et 8 patients soit 61,90% et 38,09% (tableau II).

Tableau II

| | |
|-----------|---|
| • Grade 1 | Symptômes hémorroïdaires sans aucune extériorisation |
| • Grade 2 | Extériorisation fugace lors de la défécation |
| • Grade 3 | Extériorisation franche à la défécation ou à l'effort, suivie d'une réduction spontanée lente ou aidée par la pression du doigt . |
| • Grade 4 | extériorisation permanente (prolapsus hémorroïdaire) |

Classification des hémorroïdes

L'anuscopie réalisée chez tous les patients faisait partie de l'examen clinique. Tous les patients étaient opérés sous rachianesthésie, selon la technique de Longo. La durée moyenne d'intervention était de 38 minutes (28-60 minutes), La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,2 jours (2-3 jours). La collerette reséquée était complète et circulaire chez 18 patients, mesurant 2 à 3 cm de hauteur. Elle était incomplète dans trois cas dont un contenait des fibres musculaires. Il n'y avait pas eu d'incident au cours de l'intervention. Le taux de mortalité était nul.

La morbidité était de 23,8% (n = 5) : deux cas (9,52%) de saignement au niveau de la ligne d'agrafe survenus dans les 12 premières heures postopératoires, ils ont été réopérés et l'hémostase obtenu par des points en X. Deux patients avaient présenté une rétention aiguë d'urine (9,52%). Une thrombose hémorroïdaire externe est survenue chez un patient (4,76%), elle était traitée par excision.

La douleur postopératoire n'avait pas dépassé le niveau 4/10 selon l'échelle numérique. Un antalgique de palier I avait été prescrit chez tous les malades pendant deux à sept jours. La prescription de soins locaux postopératoires n'était pas nécessaire. Chez 18 patients qui avaient une activité professionnelle, la durée d'arrêt de travail était inférieure à 8 jours.

Les malades étaient suivis en consultation, nous avons évalué le degré de leur satisfaction selon des critères incluant : le degré de la douleur ou la gêne à la défécation et la présence de prolapsus ou de rectorragies. Au terme d'un suivi d'un an, les patients se disaient totalement satisfaits des résultats dans 18 cas (85,71%), moyennement satisfaits dans 2 cas (9,52%) dont l'un a présenté un saignement après 3 mois et l'autre avait une gêne à la défécation, le toucher rectal retrouvait une sténose modérée du site d'agrafage sans conséquences fonctionnelles majeures, un patient (4,76%) était insatisfait à cause de la persistance d'un prolapsus hémorroïdaire associé à des rectorragies 6 mois après l'intervention. (tableau III).

Tableau III

| Symptômes ano rectaux postopératoires | n |
|---------------------------------------|---|
| Douleur ou gêne à la défécation | 1 |
| Prolapsus | 1 |
| Rectorragies | 2 |
| Besoin pressant | 0 |
| Sténose anale | 1 |
| Suintement | 0 |

Symptômes postopératoires

Cette étude a révélé qu'il s'agit d'une technique avec un taux de morbidité faible avec 85,71% de bons résultats. En effet, Longo rapporte une série de 144 patients opérés par cette technique avec 91% de bons résultats, 7,6% de résultats moyens et 1,4% de mauvais résultats, dans sa série la morbidité était de 16% (rétention urinaire, n = 14 ; œdème de la région anale, n = 5 ; hématome sous-muqueux, n = 5) et la récurrence du prolapsus hémorroïdaire a été observée dans un seul cas (0,7%) [5].

Les principales complications précoces de la technique du Longo sont le saignement au niveau de la ligne d'agrafes et les thromboses des veines hémorroïdaires externes, alors que la principale complication tardive est la sténose asymptomatique [6-7]. Le saignement au niveau de la ligne d'agrafes survient généralement précocement (dans les 12 premières heures postopératoires) mais son diagnostic peut être retardé. En effet, une contraction réflexe du sphincter et la complaisance du rectum peuvent dissimuler toute extériorisation du saignement [8]. Une sonde de Foley ou une lame de Delbey est laissée en place dans le rectum pour s'assurer de l'absence de saignement. De même, les malades étaient préférentiellement hospitalisés 24 heures pour surveillance. Cette complication est survenue dans 9,52% (n=2) des cas de notre série, il n'y avait eu aucun cas d'hématome rectal intramural. Le saignement n'est pas une complication spécifique de la technique, plusieurs auteurs ont rapporté des cas d'hémorragie postopératoire dans les autres techniques [9-11]. L'hématome géant de la cloison rectovaginale reste une complication exceptionnelle de la technique du Longo, il peut s'expliquer soit par une insuffisance d'hémostase de la ligne d'agrafage avec diffusion dans la paroi musculaire du rectum, soit par une prise trop profonde de la bourse entraînant une section de la paroi musculaire [8,12-14].

Aucun cas d'infection au niveau de la ligne d'agrafes n'avait été observé dans notre série. Cependant dans la littérature, trois cas de gangrène pelvienne postopératoire ont été rapportés [15,16]. Une antibioprophylaxie flash couvrant les germes anaérobies à base de métronidazol et d'amoxicilline est recommandée, et systématiquement réalisée pour notre part.

Un cas de fistule rectovaginale après l'intervention de Longo a été rapporté dans la littérature [1]. Il est impératif de vérifier avant l'agrafage que le serrage de la pince n'a pas entraîné une ascension des hémorroïdes externes et de la ligne pectinée, et n'a pas intéressé ni le sphincter ni la cloison rectovaginale chez la femme. Pour ce fait il est recommandé de confectionner la bourse à 6 cm de la ligne pectinée.

Les arguments en faveur de la technique du Longo ont été :

Une diminution de la durée de l'intervention (38 minutes en moyenne dans notre série), elle a été confirmée avec un haut niveau de preuve dans la méta-analyse de Nisar [17] : la durée opératoire de la technique du Longo allait de 14,1 à 38 minutes avec une médiane à 24,28 minutes et le gain de temps opératoire a été de 12,82 minutes en moyenne, l'étude de Bikhchandani et al a rapporté un gain de temps opératoire de 20,93 minutes en moyenne [18].

Une diminution de la durée de l'hospitalisation (2,2 jours en moyenne dans notre série): rapportée par tous les auteurs n'ayant pas réalisé la technique en ambulatoire, le gain de jours d'hospitalisation a été confirmé avec un haut niveau de preuve dans la méta-analyse de Nisar [17] : La diminution moyenne pondérée de la durée de l'hospitalisation était de 1,02 jour (- 1,47 à - 0,57).

Une diminution de la durée d'arrêt de travail ou durée avant la reprise d'une activité normale. En effet, 18 de nos patients (85,71%) avaient repris leurs activités professionnelles 8 jours après l'intervention et aucun d'eux n'a nécessité de soins postopératoires, les trois autres patients n'ayant pas d'activité professionnelle ont repris leurs activités quotidiennes dès le 5ème jour postopératoire. Dans la méta-analyse de Nisar la durée moyenne de l'arrêt de travail ou jusqu'à reprise d'une activité normale allait de 5,06 à 8,12 jours (médiane à 8,04 jours) pour la technique du Longo [17]. Avec les techniques classiques jusque là utilisées, le malade sortait après au minimum une semaine d'hospitalisation et

la période de convalescence allait de 2 à 3 mois avec des consultations multiples pour les soins postopératoires.

Certes la technique de Longo utilise une pince relativement chère à usage unique (5300 dirhams) mais le coût est rapidement amorti par le court arrêt de travail contrairement à la technique classique qui en plus de la longue période de convalescence fait aussi dépenser en terme de soins postopératoires. Le budget total moyen par patient (comprenant l'intervention, l'hospitalisation, et les consultations) a été de 16000 dirhams environ pour la technique de Longo. L'utilisation de la pince permettrait de réaliser une économie immédiate et à court terme en réduisant la durée et les coûts d'hospitalisation. Enfin, la qualité du résultat dépend du choix des indications. Les premiers résultats des études contrôlées mettent en évidence une amélioration très significative des suites opératoires, et incitent dès à présent à proposer l'anopexie mécanique chez des patients ayant des hémorroïdes grade III et IV comme une alternative positive à l'hémorroïdectomie pédiculaire [7].

Conclusion

Les résultats de cette étude nous semblent vraiment encourageants avec 85,71% de bons résultats. L'avantage de cette intervention est incontestablement sa relative simplicité technique, le peu de douleur qu'elle engendre, la brièveté de l'hospitalisation, l'absence de soins postopératoires et la rapidité de la reprise du travail.

Références

1. Gravié J F. Technique de Longo : faut-il s'y mettre. *Annales de Chirurgie* 2002 Vol. 127, Is: 5, p. 327-29.
2. Senéjoux A. L'hémorroïdopexie par agrafage circulaire ou technique dite de Longo. *Colon Rectum* 2010 4 : p. 172-1.
3. Lehur PA, Borde L, Cloarec D, Bucas JP. Transection transanale du rectum pour rupture des varices anorectales: une nouvelle technique. *Gastro Entérol Clin Biol*; 1989,13: p. 746-7.
4. Sutherland LM, Burchard A K, Masuda K et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. *Arch Surg* 2002, 137, p. 1395–1406.
5. Longo A, Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device : a new procedure. *Proceedings of the 6th world congress of endoscopic surgery* 1998; Rome, Italy
6. Pessaux P, Tuech JJ, Arnaud JP. Hemorrhoidectomy par anopexie circulaire : Technique de longo. *J Chir* 2001;138(4):222–5.
7. Pessaux P, Tuech JJ, Laurent B, Regenet N et al. Complications après anopexie circulaire pour cure d'hémorroïdes: résultats à long terme d'une série de 140 malades et analyse de la littérature. *Annales de chirurgie* 2004, 129 571–77.
8. Detruit B. Hématome géant de la cloison rectovaginale. Une complication exceptionnelle de la technique de Longo. *Annales de chirurgie* 2006, 131 , 160–61.
9. Gravié JF, Lehur PA, Hutten N, Papillon M et al. Hémorroïdopexie (Longo) versus hémorroïdectomie (Milligan et Morgan). Résultat à 2 ans d'une étude contrôlée. *Journal de Chirurgie* 2005, Vol. 142, Is. 5, p. 321.
10. Palimento D, Picchio M, Attanasio U, Lombardi A, et al. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. *World J Surg* 2003, 27, p. 203–07.
11. Gravié JF. Traitement des hémorroïdes de stade III et IV par la technique de Longo. *Ann Chir* 1999, 53, p. 245–47.
12. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM, circumferential mucosectomy (stapled hemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000, 355, p. 779–81.
13. Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L et al, Early and late (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001, 44, pp. 836–841.
14. Slim K, Gravié J F. Quelle technique chirurgicale pour des hémorroïdes stade IV? *Annales de Chirurgie* 2003, Vol. 128, Is. 9, p. 616-18.
15. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 355:810.
16. Maw A, Eu KW, Seow-Choen F. Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:826–8.
17. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(11):1837-45.
18. Bikhchandani J, Agarwal PN, Kant R, Malik VK. Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 2005; 189(1):56-60.