

Item 273 : Pathologie hémorroïdaire

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Données épidémiologiques et facteurs de risque.....	1
1 . 1 Épidémiologie et filières de soins.....	1
1 . 2 Facteurs de risque.....	1
1 . 3 Implication symptomatique au plan du dépistage du cancer colorectal.....	1
2 Expression symptomatique.....	2
2 . 1 À un stade précoce.....	1
2 . 2 À un stade tardif.....	1
2 . 3 Maladies associées.....	1
3 Examen clinique.....	3
4 Explorations complémentaires.....	4
5 Critères de diagnostic et principaux cadres étiologiques différentiels des douleurs anales aiguës.....	5
6 Grands cadres thérapeutiques.....	6
6 . 1 Traitement médical.....	1
6 . 2 Traitement endoscopique.....	1
6 . 3 Le traitement chirurgical.....	1
7 Critères utiles à la prise en charge thérapeutique.....	7
8 Suivi et surveillance.....	8

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SPECIFIQUE :

- Connaître la prévalence de la maladie hémorroïdaire.
- Connaître les principales causes de douleurs anales aiguës hémorroïdaires et non hémorroïdaires.
- Connaître les enjeux de la prise en charge thérapeutique de la maladie hémorroïdaire (rapport bénéfice risque).
- Connaître les principaux événements indésirables induits par les traitements instrumentaux et chirurgicaux de la maladie hémorroïdaire.

INTRODUCTION

Les **hémorroïdes** sont des structures anatomiques normalement présentes chez l'individu sain. Elles sont composées de lacs veineux, de petites artérioles sous-muqueuses et d'un intense réseau anastomotique. Il ne s'agit pas à véritablement parler de veines puisqu'elles n'ont pas de valvules conniventes.

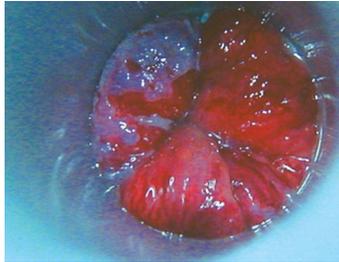
Elles s'organisent en plexus hémorroïdaire interne (au-dessus de la ligne pectinée) et en plexus hémorroïdaire externe (immédiatement sous-cutané dans les plis radiés de l'anus). Les plexus participent pour partie à la continence de base (**fig. 27.1**). Le vieillissement s'accompagne parfois d'une plus grande laxité du matériel « d'ancrage » (fibres musculaires lisses et tissu de revêtement), induisant progressivement une saillie (procidence) des hémorroïdes.

La maladie hémorroïdaire est l'affection la plus fréquemment rencontrée en proctologie : elle se définit par des signes ou symptômes attribués aux hémorroïdes. Il n'existe aucun parallélisme entre l'importance de la maladie anatomique hémorroïdaire et les symptômes décrits par les patients. En d'autres termes, certains souffrent de petites hémorroïdes non procidentes et d'autres patients ont une procidence hémorroïdaire interne importante sans symptôme.

La pathogénie de la maladie hémorroïdaire repose sur des théories anciennes vasculaires et mécaniques qui sont néanmoins la base de l'approche thérapeutique actuelle (diminution de la composante vasculaire et inflammatoire quand elle existe (théorie vasculaire) et renforcement des moyens mécaniques utiles à maintenir ou repositionner le tissu hémorroïdaire en position anatomique favorable (traitements instrumentaux et certains traitements chirurgicaux)).

I DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET FACTEURS DE RISQUE

Fig. 27.1. Le plexus hémorroïdaire interne réalise en quelque sorte des « coussinets » au sommet du canal anal.



I.1 ÉPIDÉMIOLOGIE ET FILIÈRES DE SOINS

Dans une enquête française récente et de grande ampleur, 39 % des personnes interrogées déclarent avoir souffert au moins une fois d'un problème hémorroïdaire et plus d'un tiers d'entre eux au cours des douze derniers mois. 29 % des personnes ayant décrit un problème hémorroïdaire ont consulté un praticien pour ce problème et 52 % ont pris des médicaments (un tiers d'entre eux sur prescription médicale). Les 3/4 des malades consultent un médecin généraliste et 1/4 un gastro-entérologue.

I.2 FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque susceptibles d'expliquer la survenue de symptômes hémorroïdaires les mieux validés sont la période du troisième trimestre de la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat, ainsi que les troubles du transit intestinal. Les autres facteurs de risque sont moins bien documentés.

I.3 IMPLICATION SYMPTOMATIQUE AU PLAN DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

La maladie hémorroïdaire est une maladie bénigne, qui ne menace pas par elle-même le pronostic vital et ne dégénère pas. Cependant, certains symptômes d'origine hémorroïdaire peuvent s'exprimer de la même façon qu'un cancer du côlon ou du rectum et notamment les saignements. Quoique le saignement hémorroïdaire survienne classiquement à la fin de la selle et n'est pas mélangé aux matières, il est difficile de faire la part des choses. Ainsi, la présence d'un saignement à l'occasion d'une défécation constitue un signe d'alarme nécessitant une exploration colorectale de dépistage. Cette attitude pragmatique doit être nuancée notamment par l'âge du malade, l'ancienneté de la plainte et de la dernière exploration colique.

En France et en dépit de ces recommandations, une exploration coloscopique est réalisée chez moins de 20 % des personnes qui souffrent de saignements anaux chroniques et répétés.

II EXPRESSION SYMPTOMATIQUE

II.1 À UN STADE PRÉCOCE

Les hémorroïdes peuvent être un motif de consultation parce qu'elles sont douloureuses, parce qu'elles saignent ou parce qu'elles réalisent une procidence ou un prolapsus hémorroïdaire lors de la défécation.

1. Douleurs

a. Crise hémorroïdaire

Les crises hémorroïdaires sont parfois consécutives à un épisode diarrhéique ou de constipation, à un excès de table (alcool, plats épicés). Elles se traduisent par une sensation de chaleur ou de pesanteur périnéale accentuée lors du passage de la selle ou de l'exercice physique avec parfois une réaction œdémateuse. Ces crises durent habituellement deux à quatre jours et se traduisent lors de l'examen endoscopique par un aspect congestif, œdémateux et parfois un semis de micro-thromboses.

b. Thrombose

À l'inverse, des manifestations douloureuses beaucoup plus intenses, de survenue brutale, parfois déclenchées par un exercice physique, une contrainte mécanique ou un traumatisme (accouchement), sont le mode de révélation des thromboses hémorroïdaires : il s'agit d'une tuméfaction bleutée, douloureuse, siégeant dans les plis radiés de l'anus, s'accompagnant rapidement d'une réaction œdémateuse et inflammatoire. On distingue habituellement les thromboses hémorroïdaires externes, les plus fréquentes (plis radiés), des thromboses hémorroïdaires internes qui sont des tuméfactions plus importantes irréductibles véritablement, « accouchées » par l'anus. À la différence des crises hémorroïdaires simples, il existe des anomalies anatomiques patentes à l'examen clinique, une douleur habituellement plus intense et une évolution plus lentement régressive (5 à 15 jours parfois au prix d'une petite cicatrice représentée par un repli muco-cutané résiduel appelé marisque). Son traitement repose sur la simple incision ou excision de la zone thrombosée qui soulage immédiatement le malade (**fig. 27.2**).

(En savoir plus : (1) Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Hémorroïdes [en ligne]. 1999.) (1) Hémorroïdes.

Fig. 27.2. Thrombose hémorroïdaire externe



L'incision de ce petit sac permet l'extraction des caillots (en bas à gauche) éventuellement facilitée par l'utilisation d'une curette. En fin de geste, il persiste une petite plaie externe qui cicatrisera en quelques jours (en bas à droite).

2. Hémorragies hémorroïdaires

Elles se traduisent par l'émission de sang rouge rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire habituellement non mélangé aux matières. Ce symptôme est tout à fait non spécifique et de tels saignements peuvent se voir dans les cancers du rectum ou autres affections tumorales. C'est dire qu'il n'existe aucun élément symptomatique qui puisse permettre d'attribuer avec certitude le saignement à une origine hémorroïdaire.

3. Prolapsus ou procidences hémorroïdaires

Ils sont dus à la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes. Cette laxité excessive se traduit par la procidence des hémorroïdes internes lors de la défécation ou parfois en permanence, responsable d'une gêne mécanique, de suintements et de brûlures anales.

II.2 À UN STADE TARDIF

Lorsque la maladie hémorroïdaire évolue depuis plusieurs années, les plaintes proctologiques peuvent être plus prononcées. Les douleurs peuvent être quotidiennes, les saignements sont parfois abondants et responsables d'une anémie, la procidence peut également être permanente. Dans cette situation, d'autres symptômes peuvent se surajouter comme les suintements muco-glaireux tachant les sous-vêtements et les démangeaisons (prurit).

II.3 MALADIES ASSOCIÉES

La maladie hémorroïdaire s'accompagne parfois de symptômes qui doivent faire évoquer une affection associée comme par exemple le caractère durable post-défécatoire de la douleur (fissure anale) et la présence de pus dans les sous-vêtements (fistule anale). La présence d'une tuméfaction permanente péri-anale peut être le séquellaire (marisque) mais doit faire évoquer une affection associée bénigne (fistule) ou non (cancer).

III EXAMEN CLINIQUE

L'exploration clinique de la maladie hémorroïdaire repose sur l'inspection et l'exploration visuelle endocanalaire. Cette affection n'est pas accessible à la seule palpation. Le praticien doit avoir recours à des éléments simples et mener son examen dans de bonnes conditions (fig. 27.3 à 27.6). Ces éléments et les étapes du diagnostic sont rapportés dans le tableau (tableau 27.I).

L'examen péri-anal peut montrer une ou plusieurs tuméfactions douloureuses et bleutées qui caractérisent des thromboses hémorroïdaires externes (fig. 27.2).

Fig. 27.3. Un éclairage suffisant permet une analyse fine des plis radiés du canal anal (aspect normal)



Fig. 27.4. L'examen proctologique comporte également l'analyse visuelle du canal anal



Fig. 27.5. L'anuscope



Il est constitué de deux parties indépendantes : le corps creux permet l'analyse visuelle et la réalisation de gestes instrumentaux. Le mandrin au centre permet d'introduire le dispositif dans le canal anal de façon atraumatique.

Fig. 27.6. L'anuscope est utile à l'examen de l'aspect muqueux du canal anal. Il permet d'analyser les hémorroïdes internes

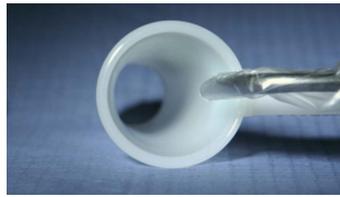


Tableau 27.I. Conditions et attentes de l'examen clinique dans le diagnostic de la maladie hémorroïdaire

Conditions	Pourquoi ?	Que faire ?	Que voir ?
Atmosphère intime et calme	Vécu pénible d'un examen « intrusif »	Respecter l'intimité de la personne examinée	L'exploration de l'anus et de la région péri-anales
Bon éclairage	Aspect anatomique péri et endocanalair	Lumière frontale Bon éclairage externe Source de lumière froide	Érosions péri-anales Œdème Tuméfaction anale Couleur tégumentaire et canalaire
Une paire de gants à usage unique	Déplisser Palper	Déplisser les plis radiés Palper une tuméfaction sensible Réaliser un toucher pévien	
Un anoscope à usage unique	Le plexus hémorroïdaire interne n'est le plus souvent pas accessible à un examen externe	Introduction « aveugle » et non traumatique de l'anuscope Exploration au retrait	Aspect des hémorroïdes internes Taille des hémorroïdes Degré de procidence anale

Il peut mettre en évidence une procidence spontanée ou intermittente des plexus hémorroïdaires internes, lors de la poussée. Il permet de chercher des affections associées à la maladie hémorroïdaire comme la présence de marisques ou d'une fissure anale. L'examen endocanalair s'effectue par un toucher doux (lubrification préalable et effort de poussée limitée) puis par une exploration anoscopique dont l'analyse se fait au retrait de l'appareil (fig. 27.4 à 27.6). Les plexus hémorroïdaires internes sont au mieux examinés dans la partie haute du canal anal sous forme de coussinets vasculaires dont on précisera le nombre, le caractère œdémateux et inflammatoire et le degré de procidence. Le degré de procidence guide le choix des traitements notamment instrumentaux (fig. 27.7). La classification de la procidence est illustrée dans le tableau (tableau 27.II).

Fig. 27.7. Les quatre stades de la maladie hémorroïdaire en fonction du degré de procidence du tissu hémorroïdaire interne.



Hémorroïdes de stades 1 et 2 dans la partie haute, procidence intermittente de stade 3 en bas à gauche et procidence permanente de stade 4 non réductible en bas à droite.

Tableau 27.II. Classification de la maladie hémorroïdaire anatomique en fonction du degré de procidence des hémorroïdes internes.

Grade anatomique	Degré de procidence du tissu hémorroïdaire interne
Grade 1	Pas de procidence dans la lumière de l'anuscope
Grade 2	Procidence dans la lumière de l'anuscope
Grade 3	Procidence anale extériorisée en poussée mais réductible
Grade 4	Procidence anale extériorisée non réductible

Pour le praticien, le diagnostic d'hémorroïdes est facile lors de l'inspection de la région péri-anale (procidence hémorroïdaire interne spontanée, thrombose hémorroïdaire externe) et par l'examen anoscopique (hémorroïdes internes).

IV EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic de la maladie hémorroïdaire repose sur les seules données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Il n'existe pas d'exploration supplémentaire utile au diagnostic positif de maladie hémorroïdaire. Il peut être utile d'envisager des explorations lorsque la quête du diagnostic n'est pas celle des hémorroïdes mais d'une affection associée (doute sur une suppuration associée, hypothèse non écartée d'une affection rectocolique susceptible d'expliquer un saignement).

V CRITÈRES DE DIAGNOSTIC ET PRINCIPAUX CADRES ÉTIOLOGIQUES DIFFÉRENTIELS DES DOULEURS ANALES AIGUËS

Les critères du diagnostic d'affection hémorroïdaire reposent principalement sur une présentation clinique polymorphe, non spécifique mais évocatrice (douleurs, saignement, procidence) et les données de l'examen clinique.

Lorsque les symptômes sont isolés, les critères du diagnostic peuvent être plus délicats et imposer la recherche d'autres causes avant de conclure à une origine hémorroïdaire du symptôme.

Ainsi, en cas de saignement isolé, l'origine hémorroïdaire peut être affirmée après s'être assuré qu'il n'existe pas d'autre cause colorectale au saignement décrit (endoscopie colique).

Lorsque la douleur est la principale expression symptomatique, il convient de chercher d'autres causes classiques de douleurs aiguës dont les principales caractéristiques sont rapportées dans le **tableau 27.III**. Cette démarche du diagnostic différentiel des douleurs anales aiguës repose principalement sur les données de l'anamnèse et de l'examen clinique (tableau 27.III). Le recours à des explorations complémentaires est rare.

Tableau 27.III. Principaux signes d'orientation qui facilitent la démarche du diagnostic étiologique d'une douleur anale aiguë

Nature de la douleur	Rythme	Durée	Signes associés	Étiologie la plus probable
Guisson	Per- et post-défécatrice	24 à 72 heures	Cedème procidence et saignement	Crise hémorroïdaire
Brûlure	Per- et post-défécatrice durable	Périodes de plusieurs semaines	Saignement	Fissure anale
Douleur intense (« exquise »)	Non rythmée par la selle	Quelques heures à quelques jours	Tuméfaction anale douloureuse bien limitée	Thrombose hémorroïdaire
Tension et douleur pongitive	Positionnelle de contact	Récente et continue	Tuméfaction péri-anale mal limitée et douloureuse Dysurie	Abcès
Épreintes et douleurs expulsives	Pré- et per-défécatrices ou permanentes	Plusieurs jours	Suintements et incontinence	Fécalome
Brûlures intenses	Péri-anale en quadrant	Quelques jours	Dysurie hyperesthésie régionale Lésions ulcérées et érosives péri-anales	Herpes
Crampes intenses	À début brutal sans facteur déclenchant franc	Peu durable (quelques minutes), parfois nocturne	Aucun	Proctalgie fugace

VI GRANDS CADRES THÉRAPEUTIQUES

VI.1 TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médicamenteux repose sur les règles hygiéno-diététiques, le contrôle des troubles du transit, les veinotoniques et les topiques locaux. Ils sont principalement recommandés dans le contrôle des crises hémorroïdaires plus ou moins inflammatoires.

1. Règles hygiéno-diététiques

« La prescription d'un mucilage et/ou l'augmentation de la ration quotidienne en fibres alimentaires est conseillée pour le traitement à moyen terme des symptômes de la maladie hémorroïdaire interne (essentiellement la douleur et les saignements) (grade A) et pour leur prévention (grade C) » (recommandation pour la pratique clinique pour le traitement de la maladie hémorroïdaire).

Grade A signifie que cela est démontré par plusieurs essais randomisés. Le grade C n'est fondé que sur des études non randomisées.

Le traitement des troubles du transit par la prise régulière de fibres alimentaires (principalement ispaghule) et de laxatifs permet de diminuer la fréquence des crises hémorroïdaires chez 4 patients sur 10 et des saignements.

2. Médicaments anti-hémorroïdaires

Ils ont pour but de diminuer la composante inflammatoire de la crise hémorroïdaire (topiques locaux à base d'héparine et/ou d'hydrocortisone), de jouer sur la composante œdémateuse de la crise (veinotoniques) et de favoriser la cicatrisation (oxyde de zinc, oxyde de titane). Certains topiques ont également des propriétés antalgiques par le biais d'anesthésiques locaux.

a. Médicaments dits veinotoniques

Ces médicaments sont actuellement commercialisés dans plus de 50 pays. Certains arguments plaident en faveur d'un mécanisme d'action complexe qui associe une amélioration du tonus pariétal veineux, une diminution de la perméabilité capillaire et des propriétés anti-œdémateuses et anti-inflammatoires.

« La diosmine micronisée à forte dose (2 à 3 g) peut être utilisée en cure courte dans le traitement des manifestations de la maladie hémorroïdaire interne (douleurs, prolapsus, saignement). Son utilisation n'est pas justifiée au long cours (grade B) » (recommandations pour la pratique clinique).

b. Topiques locaux

« Il n'existe pas de donnée dans la littérature validant l'utilisation des topiques locaux au cours de la maladie hémorroïdaire externe ou interne. Compte tenu de leur mode d'action supposé, les traitements locaux contenant un dérivé corticoïde ou incluant un excipient lubrifiant ou un protecteur mécanique peuvent être proposés en cure courte dans le traitement des manifestations fonctionnelles (douleurs, saignements) des hémorroïdes internes et/ou externes (grade C).

Ils ne doivent pas être utilisés à long terme, ni à titre préventif (accord professionnel) » (recommandations pour la pratique clinique).

Dans l'exercice médical français de l'année 2005, les topiques sont prescrits plus de neuf fois sur dix quand les personnes souffrant d'une crise hémorroïdaire consultent leur médecin traitant. Il peut s'agir de crèmes et pommades (90 %) et/ou de suppositoires (51 %). Ces thérapeutiques sont prescrites (avec ou sans veinotonique) en association dans 76 % des cas.

VI.2 TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

Il fait appel à des méthodes très diverses qui sont représentées par les injections sclérosantes, la ligature élastique, la photo-coagulation infrarouge, la cryothérapie, l'électrocoagulation bipolaire (**fig. 27.8**).

Ces méthodes ont toutes pour but de retendre le tissu de soutien de la muqueuse hémorroïdaire interne en réalisant une fibrose rétractile de la muqueuse au sommet des paquets hémorroïdaires internes (voir infra). Ces techniques se font en ambulatoire, sans anesthésie (la muqueuse du bas rectum n'est pas sensible à la douleur) et elles sont bien tolérées (10 à 15 % d'effets secondaires indésirables habituellement minimales). Ces méthodes sont réservées aux malades souffrant de façon régulière d'une procidence ou de saignement en rapport avec des hémorroïdes de taille moyenne. Les résultats sont bons à court terme dans 75 % des cas mais se dégradent avec le temps. La méthode instrumentale qui semble offrir aujourd'hui le meilleur rapport bénéfice/risque est la ligature élastique (**fig. 27.9**).

C'est aussi celle qui expose aux complications les plus graves (infection, hémorragie sur chute d'escarres, douleurs post-thérapeutiques intenses).

L'ensemble de ces données doit être apporté et expliqué à la personne traitée (voir infra).

Fig. 27.8. Réalisation d'une sclérose au sommet du tissu hémorroïdaire dans la partie haute du canal anal. Ce geste instrumental est réalisé en ambulatoire. Il n'impose pas d'anesthésie locale

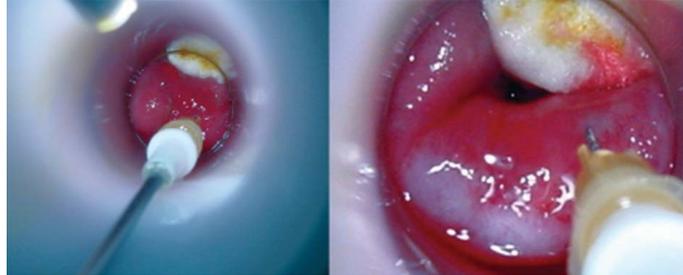
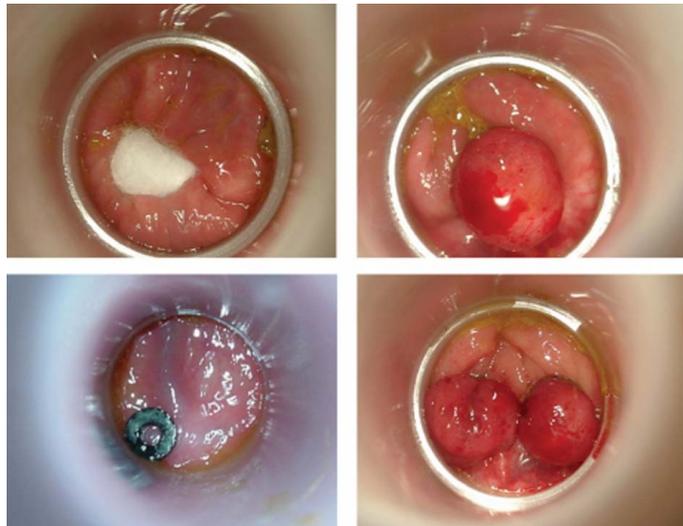


Fig. 27.9. Ligature élastique



Comme pour la sclérose, la zone traitée se situe au sommet du tissu hémorroïdaire en muqueuse cylindrique. Une à trois ligatures peuvent être positionnées durant la même séance à travers un anoscope. La multiplication des gestes de ligature au cours d'une même session accroît l'efficacité mais également les effets secondaires et les complications de la méthode.

Les techniques sont habituellement bien tolérées mais elles imposent plusieurs précautions : une antibioprofylaxie peut être recommandée pour certains gestes et elle est indispensable chez les malades à risque d'accidents infectieux (affections valvulaires, prothèses vasculaires). Les malades traités doivent être informés des phénomènes douloureux qui suivent le geste (perception d'une envie défécatoire douloureuse), parfois intenses, du risque de saignement (chute d'escarre) ou de complication suppurative. Les gestes peuvent être répétés sur différents secteurs anatomiques lors de la même séance ou à l'occasion de plusieurs séances. La multiplication des gestes à l'occasion de la même séance accentue l'efficacité thérapeutique de la méthode mais expose à une prévalence accrue de complications. Le traitement endoscopique doit

être réservé aux manifestations hémorragiques ou à la procidence de la maladie hémorroïdaire. Leur meilleure efficacité est obtenue dans les hémorroïdes peu procidentes et responsables de saignements répétés lors de la selle.

Traitements instrumentaux : objectifs et moyens.

Le but est d'obtenir une fibrose cicatricielle au sommet des hémorroïdes internes par une technique :

- chimique (sclérose) ;
- ischémique (ligature élastique) ;
- thermique (cryothérapie) ;
- physique (photocoagulation et électrocoagulation).

Ils renforcent le tissu de soutien et repositionnent les plexus hémorroïdaires en position anatomique correcte.

Ils sont d'autant plus efficaces que les plexus hémorroïdaires internes sont de taille réduite.

Ils ont un effet qui s'épuise avec le temps.

Traitement instrumental des hémorroïdes. Ce qu'il faut dire au malade.

Les traitements instrumentaux n'enlèvent pas les hémorroïdes.

Les traitements instrumentaux occasionnent parfois des effets secondaires préoccupants qui doivent faire consulter dans l'urgence (douleurs importantes, fièvre, rétention urinaire, saignements).

Les traitements instrumentaux occasionnent souvent des signes modérés pendant 24 à 72 heures.

L'efficacité des traitements instrumentaux diminue au cours du temps.

VI.3 LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical traditionnel de la maladie hémorroïdaire repose sur une excision et/ou une résection pédiculaire du tissu vasculaire et de soutien des plexus hémorroïdaires. Cette méthode constitue le traitement de référence de la maladie hémorroïdaire parce que c'est celui pour lequel on dispose du recul le plus long, celui qui est le plus universellement enseigné et pratiqué.

On propose habituellement le traitement chirurgical après échec des traitements

endoscopiques ou parce que la maladie anatomique est trop importante pour laisser espérer une efficacité du traitement endoscopique (hémorroïdes en permanence extériorisées).

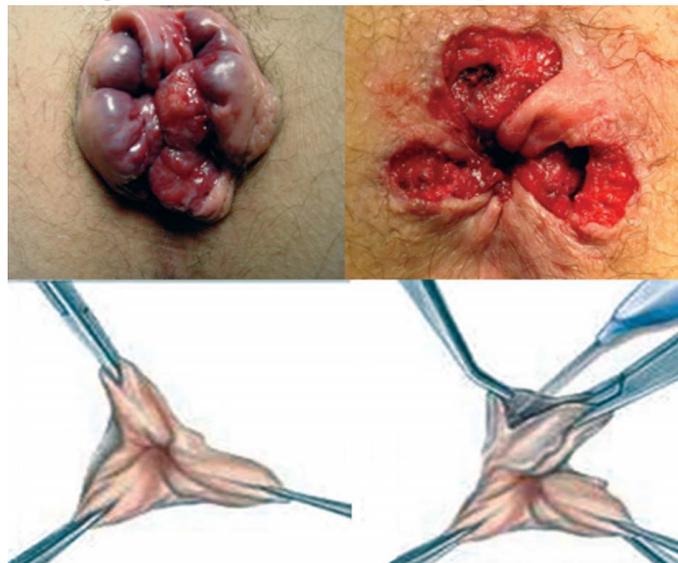
1. Hémmorroïdectomie pédiculaire

Le type d'intervention réalisée, en France, est celui d'une hémmorroïdectomie pédiculaire visant à enlever les plexus hémmorroïdaires externes et internes en trois paquets séparés sous anesthésie générale (hémmorroïdectomie de type Milligan Morgan) (**fig. 27.10**).

Cette intervention peut apparaître, à plusieurs égards, peu satisfaisante pour le malade parce que :

- le délai moyen de cicatrisation est long : il varie selon les séries de 42 à 70 jours ;
- les suites post-opératoires sont douloureuses : l'intensité de la douleur est supérieure à 5 cm (sur une échelle visuelle analogique de 10 cm) dans deux tiers des cas. Elle impose le recours aux dérivés morphiniques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la plupart des cas.

Fig. 27.10. Hémmorroïdectomie pédiculaire



L'hémmorroïdectomie pédiculaire consiste à réséquer le tissu hémmorroïdaire interne et externe du canal anal et d'effectuer une ligature au sommet du pédicule vasculaire. L'intervention la plus couramment pratiquée en France est l'intervention dite de Milligan Morgan qui consiste à laisser les plaies ouvertes après résection.

2. Autres techniques

Le développement d'alternatives chirurgicales moins invasives et mieux tolérées que l'hémorroïdectomie classique est souhaitable.

a. Anopexie

L'amélioration technique apportée par les agrafeuses mécaniques circulaires pour anastomose digestive offre la possibilité de réaliser une résection de la muqueuse rectale à la partie haute des hémorroïdes internes, de leur tissu de soutien et une suture muco-muqueuse circulaire en un temps (anopexie) (**fig. 27.11**). L'avantage théorique de cette méthode est qu'elle ne réalise pas de plaie endocanalaire basse en zone cutanée sensible et qu'elle respecte totalement l'appareil sphinctérien. Cette méthode est mieux tolérée que la chirurgie classique et ses suites sont plus courtes.

On dispose encore d'un recul trop court avec cette technique (7 ans) pour qu'elle s'impose comme l'intervention chirurgicale de référence (risque de récurrence mal évalué). Par ailleurs cette méthode ne peut être proposée à l'ensemble des malades souffrant d'une maladie hémorroïdaire (pas de prise en compte du plexus hémorroïdaire externe ou des affections associées comme la fissure anale).

(En savoir plus : (2) LEHUR PA, GRAVIÉ JF, MEREUTTE G. Circular stapled anopexy for haemorrhoidal disease: results. Colorectal Disease [en ligne]. Novembre 2001, Vol. 3(6), 374-9 p.) (2) Circular stapled anopexy for haemorrhoidal disease: results.

(Recommandation : (1) Haute Autorité de Santé. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage [en ligne]. 12 juillet 2005.) (1) Hémorroïdopexie circulaire par agrafage.

b. Ligatures sous contrôle doppler

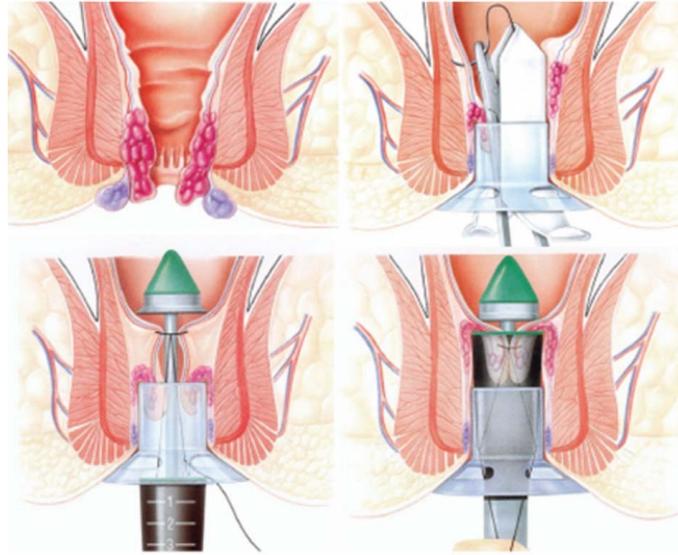
L'approche vasculaire du traitement chirurgical vise à effectuer plusieurs ligatures artérielles des pédicules hémorroïdaires. Le contrôle est obtenu par un guidage doppler et le recours à des points de sutures en « X » sur les zones où le signal est le mieux visible : 5 à 8 ligatures peuvent être positionnées à l'occasion d'une courte sédation.

On ne connaît pas actuellement le bénéfice de cette méthode par rapport aux autres alternatives chirurgicales décrites et il est difficile d'affirmer si l'amélioration symptomatique est le fait des ligatures artérielles ou des bourses effectuées au niveau de la paroi du bas rectum.

(En savoir plus : (3) SHAO WJ, LI GC. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. The British Journal of Surgery [en ligne]. Février 2008, Vol. 95(2), 147-60

p.) (3) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy.

Fig. 27.11. Anopexie



L'intervention d'anopexie consiste à réaliser l'ablation d'une collerette muqueuse (« rond de serviette ») au-dessus du tissu hémorroïdaire interne au moyen d'une pince qui assure à la fois la section et la suture muco-muqueuse lors du même geste.

VII CRITÈRES UTILES À LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Les hémorroïdes ne représentent en elles-mêmes aucun risque de dégénérescence ou de complications engageant le pronostic vital du patient. Seules les hémorroïdes symptomatiques sont à traiter et ce n'est pas devant la constatation d'une maladie anatomique qu'on décidera d'un traitement. Ce sont donc les symptômes et la demande de prise en charge thérapeutique émanant du patient qui doivent dicter l'attitude du thérapeute. Quelques règles élémentaires doivent toujours rester à l'esprit du prescripteur (voir infra).

Préambule thérapeutique : 4 règles simples.

Le traitement des hémorroïdes doit être réservé aux formes symptomatiques.

Le traitement des hémorroïdes est, dans la majorité des cas, un traitement de confort.

Les traitements médicamenteux sont habituellement réservés aux symptômes aigus et proposés en cure courte.

Les procédés instrumentaux et chirurgicaux constituent, à l'inverse, le traitement de fond de la maladie hémorroïdaire interne.

Les modalités thérapeutiques peuvent faire appel à un traitement médical simple, à un traitement endoscopique ou à un traitement chirurgical dont le choix dépend de l'aspect anatomique de la maladie hémorroïdaire, du type de symptômes et des habitudes du thérapeute.

Une procidence hémorroïdaire localisée et des symptômes peu fréquents sont de bonnes indications du traitement instrumental de première intention.

Les saignements issus d'hémorroïdes de petite taille relèvent d'injections sclérosantes et de la photocoagulation infrarouge.

Devant des hémorroïdes de plus grande taille et une procidence marquée, il faut recourir à une ou plusieurs ligatures élastiques.

Lorsque les hémorroïdes sont de grande taille, multiples et la procidence habituelle, lorsque les plaintes sont pluri hebdomadaires et a fortiori si un traitement instrumental a échoué, un traitement chirurgical doit être proposé. L'aspect des hémorroïdes et la préférence du malade guident le choix de la méthode chirurgicale à privilégier.

Le bénéfice des méthodes chirurgicales alternatives à la résection hémorroïdaire pédiculaire classique est indiscutable en termes de tolérance post- thérapeutique immédiate. En dépit d'un niveau de satisfaction des malades assez élevé, les résultats à moyen terme sont en revanche moins bons parce que la prévalence des symptômes résiduels reste élevée.

Ces données doivent pouvoir être apportées et expliquées à la personne traitée avant le geste chirurgical (voir infra).

Traitement chirurgical des hémorroïdes. Ce qu'il faut dire au malade.

La chirurgie des hémorroïdes est actuellement le traitement le plus efficace des hémorroïdes.

La chirurgie des hémorroïdes, quelle qu'en soit la méthode, ne permet cependant pas un traitement radical des hémorroïdes.

La chirurgie des hémorroïdes peut être responsable de complications qui doivent faire consulter dans l'urgence (saignement abondant, douleur intense, fièvre, rétention urinaire) ou rapidement (constipation d'évacuation).

La chirurgie des hémorroïdes peut être responsable de séquelles fonctionnelles (troubles de la discrimination des gaz, impériosité, prurit).

(Recommandation : (2) ABRAMOWITZ L., GODEBERGE P. et al. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [en ligne]. Décembre 2001, Vol. 29, Issue 12, 942-951 p.) (2) Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire.

VIII SUIVI ET SURVEILLANCE

Le contrôle symptomatique efficace de la maladie hémorroïdaire n'impose pas de suivi particulier parce que l'évolution de la maladie hémorroïdaire ne représente pas un facteur de risque mettant en jeu le pronostic vital de la personne.

Cependant le malade doit être informé de deux types de difficulté qui peuvent être rencontrées au cours du suivi. La première concerne le contrôle symptomatique de la maladie hémorroïdaire parce qu'aucune des méthodes proposées ne saurait être radicale. Il a en effet été informé des risques de récurrence de la maladie hémorroïdaire après traitement instrumental mais également chirurgical y compris après réalisation d'une hémorroïdectomie pédiculaire. Il doit également être informé que les effets délétères de la chirurgie peuvent laisser à long terme des séquelles et induire une altération de la qualité de vie. La chirurgie anale en général et l'hémorroïdectomie pédiculaire en particulier exposent à des troubles de la continence que des études de cohortes prospectives quantifient mal (nombre de malades et recul insuffisants). Certaines alternatives thérapeutiques récentes ne disposent en effet pas de recul ou d'analyse des troubles fonctionnels suffisants (impériosités fécales après anopexie).

IX ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Hémorroïdes [en ligne]. 1999. : http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0E-proctologie/faq/proctologie_hemorroides.htm
- (2) LEHUR PA, GRAVIÉ JF, MEREUTTE G. Circular stapled anopexy for haemorrhoidal disease: results. Colorectal Disease [en ligne]. Novembre 2001, Vol. 3(6), 374-9 p. : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12790933>
- (3) SHAO WJ, LI GC. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. The British Journal of Surgery [en ligne]. Février 2008, Vol. 95(2), 147-60 p. : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18176936?dopt=Abstract>

RECOMMANDATION

- (1) Haute Autorité de Santé. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage [en ligne]. 12 juillet 2005. : : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_408701/hemorroidopexie-circulaire-par-agrafage
- (2) ABRAMOWITZ L., GODEBERGE P. et al. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [en ligne]. Décembre 2001, Vol. 29, Issue 12, 942-951 p. : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL& cdi=6656& pubType=J& acct=C000030418& version=1& urlVersion=0& userid=592857&md5=ed16d83fe700d66d734bedbc16758bea&jchunk=29#29