

**PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE CHEZ LA
FEMME ENCEINTE**

Laurent ABRAMOWITZ

Unité de proctologie médico-chirurgicale - Hôpital Bichat Claude Bernard –
46, rue Henri Huchard -75722 PARIS Cedex 18

Observation :

Une femme de 25 ans enceinte de 7 mois vous consulte pour une tuméfaction anale douloureuse depuis 2 jours. Vous observez cela :

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

1. Thrombose hémorroïdaire interne
2. Thrombose hémorroïdaire externe
3. Abscès anal
4. Cancer anal
5. Prolapsus hémorroïdaire

Réponse : 2

Thrombose hémorroïdaire externe car située sous la ligne pectinée. Un abcès anal a une jonction avec la peau de la marge anale plus mousse. Un cancer anal survient très rarement sur ce terrain et ne serait pas apparu aussi brutalement. Un prolapsus hémorroïdaire ne fait pas mal en permanence.

Question 2 : Quel(s) traitement(s) lui proposer ?

1. Excision
2. Incision
3. Régulariser le transit
4. Ligature élastique
5. Infra-rouge

Réponse : 3

Auquel il faudra associer des topiques locaux, des antalgiques, voire des bains de siège. L'excision et l'incision ne peuvent être réalisées à cause de l'œdème. La ligature élastique est le traitement du prolapsus hémorroïdaire +/- associé à un saignement. Et les infra-rouges sont le traitement du saignement et du petit prolapsus hémorroïdaire interne.

Question 3 : Quels sont les 2 principaux antalgiques pouvant être prescrits chez cette patiente?

1. Tramadol
2. Paracétamol
3. Codéine
4. Dextropropoxyphène
5. AINS

Réponses : 2, 4

Le paracétamol peut être utilisé sans problème à la posologie usuelle et le dextropropoxyphène en cure courte.

Vous l'avez traitée efficacement, mais elle revient 2 mois après, alors qu'elle vient d'accoucher d'une petite fille. Elle allaite et a de nouveau mal et présente de nouveau la même lésion oedématiée.

Question 4 : Quel(s) traitement(s) lui proposer ?

1. Excision
2. Incision
3. Régulariser le transit
4. Ligature élastique
5. Topiques locaux

Réponses : 3, 5.

La régularisation du transit doit toujours être obtenue quelle que soit la pathologie hémorroïdaire. Les topiques locaux contenant des corticoïdes ou de la lidocaïne semblent efficaces sur les thromboses hémorroïdaires. Les autres propositions ne peuvent être choisies pour les raisons exposées à la question 2.

Question 4bis : Quel traitement rajouter en priorité contre la douleur en l'absence d'allaitement ?

Réponse : Un AINS.

La patiente revient 1 mois après avec une douleur déclenchée par la selle et du sang sur le papier d'essuyage.

Question 5 : Quel est le diagnostic le plus probable ?

1. Thrombose hémorroïdaire interne
2. Thrombose hémorroïdaire externe
3. Douleur sur cicatrice d'épisiotomie
4. Fissure anale
5. Syndrome de Karsoff

Réponse : 4

Symptomatologie typique d'une fissure anale et pathologie anale la plus fréquente dans les semaines qui suivent un accouchement.

Introduction : Epidémiologie de la thrombose hémorroïdaire externe et de la maladie hémorroïdaire interne de la parturiente?

Tous les humains ont des hémorroïdes internes (situées au dessus de la ligne pectinée) et externes (situées sous la ligne pectinée, au niveau de la marge anale) : en avoir n'est donc pas une pathologie. La maladie hémorroïdaire (MH) regroupe l'ensemble des pathologies potentielles pouvant toucher ces hémorroïdes. Les hémorroïdes internes peuvent se prolaber, saigner et plus rarement se thromboser. Les hémorroïdes externes se manifestent essentiellement par la thrombose. Les données épidémiologiques sur ces pathologies sont peu nombreuses et les études disponibles concernent principalement les parturientes. (Tableau 1).

Dans cette dernière population, il semble que la MH la plus fréquente soit la thrombose (le plus souvent externe). Elle est rapportée, dans les études ayant réalisé un examen systématique chez 8 % des parturientes durant le troisième trimestre de grossesse et 20 % dans le post-partum immédiat. Le rôle de l'accouchement semble primordial puisque les thromboses du post-partum surviennent dans 91 % des cas dans les 24 heures suivant la délivrance. Il semble également que les accouchements difficiles avec une déchirure des petites lèvres ou un gros bébé sont plus souvent associés à une thrombose. De plus, il est observé beaucoup moins de thrombose après les accouchements par césarienne qu'après voie vaginale (4 % vs 23 % ; $p < 0,089$). Enfin la dyschésie pourrait représenter un facteur favorisant puisque dans une étude récente, parmi 33 accouchées souffrant de thrombose, 12 (36,4 %) avaient une dyschésie avant cette complication, alors que seulement 22 parmi les 107 accouchées (20,6 %) indemnes de lésion anale avaient une dyschésie ($P < 0,001$). La thrombose hémorroïdaire survient plus souvent après un accouchement difficile et/ou une période de constipation terminale en fin de grossesse (5).

Le prolapsus et le saignement des hémorroïdes internes n'ont jamais été étudiés rigoureusement chez les parturientes, mais ne semblent pas beaucoup plus fréquents que dans la population générale.

Traitement de la thrombose hémorroïdaire de la parturiente

Les prescriptions médicamenteuses chez ces patientes doivent toujours être prudentes à cause du potentiel risque tératogène ou du passage dans le lait maternel. Les mises en garde, précautions et autorisations de prescriptions que nous allons aborder proviennent du Vidal et d'un site dédié : le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : www.lecrat.org), aussi accessible à partir du site de la SNFGE : snfge.org.

La thrombose hémorroïdaire est le plus souvent externe mais peut toucher les hémorroïdes internes. L'incision ou l'excision de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces

deux gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non oedématisées (6), c'est en définitive assez rarement le cas dans le post-partum immédiat parce qu'il existe très souvent une composante très œdémateuse, des thromboses multiples et une participation hémorroïdaire interne associée : le traitement est donc le plus souvent médical.

Il doit toujours comporter un régulateur du transit (6), le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées. Il faut privilégier les osmotiques, les mucilages ou les laxatifs huileux qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque durant la grossesse et l'allaitement. Les laxatifs huileux ne doivent pas être utilisés au long cours parce qu'ils exposent en théorie à des troubles de l'absorption des vitamines liposolubles.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont en général très efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires (6), mais leur prescription est contre indiquée chez la femme allaitante et durant le troisième trimestre de grossesse. Ce traitement est donc en pratique utilisable essentiellement dans le post-partum des femmes non allaitantes. Même s'il n'existe pas d'étude évaluant la réelle efficacité des AINS dans cette indication, ceux d'ancienne génération semblent plus efficaces : ils sont prescrits en cure courte de 3 à 8 jours. En cas de thromboses très oedématisées durant la grossesse ou chez une patiente allaitante, il est possible de prescrire un corticoïde à la dose moyenne de 40 mg pendant 3 à 5 jours.

Les veinotoniques peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et du post-partum, avec une efficacité sur la douleur qui est parfois discutée.

Même s'il n'existe pas d'études confirmant l'efficacité des topiques locaux dans la thrombose hémorroïdaire, ils sont largement prescrits, avec une efficacité suggérée par des avis d'experts (6). Ayant une action purement locale, ils peuvent être prescrits sans risque chez les parturientes quelle que soit l'étape de la grossesse ou du post-partum. La douleur et l'œdème étant les principaux symptômes à traiter, il est logique de privilégier ceux contenant des corticoïdes et/ou un anesthésique local (ex : lidocaïne). Encore moins démontré, voire sans aucune preuve scientifique, il est parfois utile de recommander à ces patientes des bains de siège tièdes.

Enfin, en cas de douleurs, des antalgiques doivent être prescrits. Le paracétamol seul peut être utilisé sans restriction chez les parturientes selon la posologie habituelle. Le dextropropoxyphène peut lui être associé en cure courte durant la grossesse mais est contre-indiqué en cas d'allaitement. La codéine peut être prescrite en cure courte durant les 1^{er} et 2^{ème} trimestres de grossesse. Durant le 3^{ème} trimestre les avis sont moins unanimes (le Vidal le contre-indique et le CRAT l'autorise). En cas d'allaitement, la codéine est contre-indiquée. Le tramadol ne doit être prescrit qu'en cure courte, et uniquement pendant le 2^{ème} trimestre : l'absence de recul suffisant sur cette molécule en pratique courante doit cependant faire privilégier les autres alternatives. En pratique et dans la majorité des cas, les thérapeutiques agissant sur l'inflammation locale, les antalgiques de niveau 1 et la régularisation du transit sont souvent suffisants pour traiter la douleur et permettent d'éviter de prescrire un antalgique de niveau 2.

Il faut avertir la patiente que l'effet antalgique n'est pas immédiat (un à trois jours). Par ailleurs, la régression des phénomènes locaux est plus longue (plusieurs semaines parfois) avec persistance possible d'une marisque séquellaire. La connaissance de cette histoire naturelle justifie la poursuite des thérapeutiques médicamenteuses (laxatifs et topiques) sur une période plus longue : cependant les corticoïdes ou les anesthésiques ne sont le plus souvent plus nécessaires pour cette 2^{ème} phase. En l'absence d'amélioration franche de la douleur en quelques jours, voire d'aggravation, une hémorroïdectomie peut être discutée (6). L'indication doit être mûrement pesée et partagée avec la patiente parce que le risque de récurrence des complications hémorroïdaires du post partum est par définition rare. Si cette intervention ne peut être évitée durant la grossesse, elle doit être réalisée le plus tard possible (après le 6^{ème} mois) et dans un établissement pouvant prendre en charge la patiente sur le plan obstétrical en coordination avec un obstétricien.

Traitement du prolapsus et des saignements hémorroïdaires de la parturiente

Exception faite du saignement de la thrombose hémorroïdaire qui s'exteriorise (peu de temps avant la guérison), le prolapsus et le saignement des hémorroïdes internes ne semblent pas être des pathologies spécifiques de la femme enceinte. Lorsqu'ils sont observés durant la grossesse ou le post-partum, ils sont donc en rapport avec une maladie hémorroïdaire chronique existante avant la grossesse qui ne nécessite pas de traitement en urgence durant la grossesse. Il faut alors se contenter de régulariser le transit et d'y associer des topiques locaux. Les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles (6).

Conclusion

La thrombose hémorroïdaire est la pathologie hémorroïdaire la plus fréquente de la parturiente. Elle s'observe chez 8 % des femmes enceintes et chez 20 % des femmes dans le post-partum immédiat. L'excision ou l'incision ne peuvent être réalisées que sur une thrombose externe, non oedématiée et douloureuse. Tous ces critères étant rarement réunis, le traitement est le plus souvent médical, il doit s'adapter à l'âge de la grossesse. Il comporte de toute façon un régulateur du transit, des topiques locaux et du paracétamol. En cas de grosse thrombose, il faut reconstrôler dans les 2 jours suivant la prescription pour adapter la thérapeutique. La chirurgie doit rester une exception à réserver aux échecs d'un traitement médical bien conduit.

RÉFÉRENCES

1. Simmons SC. Ano-rectal disorders in pregnancy. *J Obstet Gynecol* 1964; 71:960-62.
2. Pradel E, Terris G, Juilliard F, De la Lande PH, Chartier M. Grossesse et pathologie anale. Etude prospective. *Méd Chir Dig* 1983;12:523-25.
3. Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98;1193-1204.
4. Rouillon JM, Blanc P, Garrigues JM, Viala JL, Michel H. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires du post-partum. *Gastroenterol Clin Biol* 1991;15:A 300.
5. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:650-5.
6. Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D, Staumont G. Société Nationale Française de Colo-Proctologie Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:674-702.

Tableau 1. Etudes publiées sur les pathologies hémorroïdaires (PH) chez les parturientes.

	PH pendant la grossesse (n*)	PH dans le post-partum immédiat (n*)	PH dans le post-partum tardif (n*)
Simmons et al [1]		38 % (26/68)	-
Pradel E. et al [2]	24 % (10/41)	34 % (18/52)	-
Mac Arthur C. et al [3]	-	-	5,3 %
Rouillon JM. et al [4]	-	12,2 % (20/164)	-
Abramowitz et al [5]	7,9 % (13/165)		20 % (33/165)

* n = nombre de parturientes malades / nombre de parturientes étudiées

