

## Traitements de la maladie hémorroïdaire

**Rédacteurs** : Laurent Siproudhis & Thierry Higuero

**Date de production** : janvier 2013

**Date de révision** : janvier 2020

**Relecteurs** : conseil d'administration de la SNFCP au 10 mars 2013.

### Références :

1. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg.* 2016;153(3):213-8.
2. R.R. van Tol, J. Kleijnen, A.J.M. Watson, J. Jongen, D.F. Altomare, N. Qvist, T.Higuero, J. Muris, S.O. Breukink. European Society of ColoProctology (ESCP) Guideline for Haemorrhoidal Disease. *Colorectal Disease* 2020 (in press)
3. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Guyatt G. Flavonoids for treatment of haemorrhoids *British Journal of Surgery* 2006; 93: 909–920

### Position du problème et enjeux

---

On ne connaît pas précisément la prévalence de la maladie hémorroïdaire en France. Les questionnaires auto déclaratifs estiment qu'une personne sur cinq a souffert de pathologie hémorroïdaire au cours de la dernière année.. Parmi ceux qui consultent un centre spécialisé, moins d'un sur cinq est opéré. Il est réalisé en France annuellement plus de 30 000 gestes chirurgicaux à visée hémorroïdaire : cela représente une incidence globale de 50 interventions/100 000 habitants. Dans deux tiers des cas, il est réalisé une résection pédiculaire du tissu hémorroïdaire en totalité ou en partie. Bien que la durée moyenne de séjour baisse annuellement, seul 12% des malades font l'objet d'une hospitalisation en ambulatoire. Les enjeux médico économiques actuels en France sont d'offrir une meilleure offre de soins, mieux connaître la part des traitements instrumentaux et augmenter la prise en charge ambulatoire des patients qui viennent à la chirurgie.

### Traitement médical

---

#### Laxatifs & conseils diététiques

La régulation des troubles du transit est logique lorsque les crises hémorroïdaires sont déclenchées par les troubles du transit. Leur correction permet d'améliorer les symptômes hémorroïdaires dans 40% des cas. Le bénéfice de cette stratégie à long terme n'est cependant pas évalué. Les laxatifs sont proposés soit en cure courte à l'occasion d'une crise

hémorroïdaire soit à long terme dans la prévention de nouvelles crises.. On dispose d'une méta analyse montrant l'efficacité d'une augmentation de la ration de fibres alimentaires à 6 semaines, 3 mois et plus sur les symptômes de procidence, de saignement et sur l'évaluation globale des plaintes. A ce titre, les mucilages peuvent être privilégiés. Ces traitements sont efficaces dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne. Ils n'ont pas d'indication validée dans le traitement préventif de la thrombose hémorroïdaire externe.

Il est classique de conseiller en cas de maladie hémorroïdaire interne d'éviter les épices. Une conclusion contraire est apportée par un essai contrôlé randomisé de faible effectif.

### **Antalgiques et veinotoniques**

Les antalgiques de classe I et les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont efficaces dans le traitement des douleurs liées à la pathologie hémorroïdaire externe. Ils sont souvent prescrits en cure courte de 5 à 10 jours. Au cours de la grossesse, les AINS sont à éviter jusqu'au début du 6<sup>ème</sup> mois et contre indiqués ensuite.. L'ibuprofène, le kétoprofène et le diclofénac peuvent être prescrits chez la femme qui allaite. L'alternative dans les formes très œdémateuses est représentée par les corticoïdes.

Les veinotoniques comme la diosmine, l'extrait de Ginkgo Biloba et la troxerutine sont classiquement prescrits en cure courte dans le traitement de la crise hémorroïdaire. Ils peuvent être utilisés chez la femme enceinte et en période d'allaitement. Les flavonoïdes (diosmine, rutosides) diminuent la durée et l'intensité des symptômes de la maladie hémorroïdaire interne, notamment les rectorragies. Leur efficacité est scientifiquement validée à la fois en cure courte et à plus long terme. Ils n'ont pas d'indication validée dans le traitement préventif de la thrombose hémorroïdaire externe.

### **Topiques**

Les topiques sont des traitements disponibles sous forme de suppositoires, crèmes et pommades. Certains contiennent des corticoïdes locaux, d'autres des anesthésiques, des agents myorelaxants, des carraghénates et tous des cicatrisants. Ces médicaments sont très utilisés en pratique courante, notamment en automédication. On dispose d'études montrant un bénéfice des carraghénates sur les principales plaintes de la crise hémorroïdaire et une bonne sécurité d'emploi des suppositoires. Ces topiques peuvent faire l'objet d'une prescription au cours de la crise hémorroïdaire pendant une période de 7 jours. Ces traitements peuvent être utiles dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne et de la thrombose hémorroïdaire externe. Elles n'ont pas d'indication validée dans le traitement préventif de la thrombose hémorroïdaire externe.

### **Traitements instrumentaux**

---

Le principe commun consiste à provoquer une fibrose cicatricielle qui fixe la muqueuse au plan profond et réduit la vascularisation. La ligature élastique réalise en outre une réduction partielle du volume hémorroïdaire interne, avec une efficacité plus marquée sur le prolapsus.

Il est capital de respecter les contre-indications (anticoagulants et antiagrégants autre que l'aspirine) et d'informer le patient des complications potentielles, le plus souvent mineures (rectorragies et douleurs modérées), rarement sévères (rectorragies et infections graves). Une fiche d'information ([www.snfcg.org](http://www.snfcg.org)) et un temps de réflexion sont conseillés.

Ces méthodes sont efficaces dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne. Elles n'ont pas d'indication validée dans le traitement préventif de la thrombose hémorroïdaire externe.

**La photocoagulation infrarouge** est surtout efficace sur les rectorragies sur une maladie hémorroïdaire stade 1 ou 2. Deux à quatre séances, espacées de trois à quatre semaines permettant une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90% des cas (qui diminue à 50% à un an).

**Les injections sclérosantes** ont tendance à être abandonnées au profit de la photocoagulation.

**La ligature élastique** est indiquée en cas de prolapsus stade 2 ou 3 unique ou si échec des infrarouges. Les complications graves (notamment infectieuses) sont rares mais imposent d'avertir le patient des signes d'alerte. Deux à quatre séances, espacées de quatre semaines permettant un bénéfice de 90% à un an et 75% à 3 ans, qu'il s'agisse d'hémorroïdes hémorragiques non prolabées ou de prolapsus modérés.

Il est à noter qu'il n'y pas de consensus sur l'intérêt d'une antibioprofylaxie systématique par métronidazole per os en cas de ligatures élastiques ou d'injections sclérosantes. Il est cependant licite de la faire, notamment chez les sujets à risque infectieux tels les diabétiques et en immunodépression.

**La cryothérapie** est utilisée surtout en association à une ligature élastique pour accélérer le processus de nécrose

## Traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux classiques reposent sur la résection des paquets hémorroïdaires selon un mode dit de résection pédiculaire. Ces méthodes restent les stratégies de référence. Elles ont le mérite de répondre à la totalité des situations anatomiques et d'être les plus efficaces des propositions thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire.

## Résections pédiculaires

Les techniques de résection hémorroïdaires permettent de corriger le prolapsus, les saignements et les suintements en réalisant l'ablation du tissu hémorroïdaire et en réalisant une ligature de son pédicule vasculaire. Il est classiquement réalisé l'ablation des trois paquets hémorroïdaires mais des résections plus limitées (un ou deux paquets) sont possibles. Les plaies sont laissées ouvertes ou suturées. Des artifices permettent d'étaler les espaces de muqueuse laissés en place, de réséquer une fissure associée et d'apporter de la souplesse au canal anal (anoplastie). Les suites sont dominées par des douleurs parfois importantes et un temps de cicatrisation long (4 à 6 semaines). Les complications sont représentées par des douleurs vives, une rétention urinaire, des troubles de l'exonération, des saignements, une surinfection, des troubles de la continence, une sténose anale. Les malades doivent être informés des risques avant le geste et une feuille d'information concernant chacune des techniques doit leur être remise ([www.snfcp.org](http://www.snfcp.org)). Ces méthodes sont efficaces dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne et externe. Le choix de l'instrument de dissection et de la technique ne modifient que peu les suites post opératoires. Le bénéfice le plus important est apporté par l'utilisation d'anesthésiques locaux à demi-vie longue

(Ropivacaïne 7,5% : 20 ml) qui diminuent nettement les douleurs post opératoires des 12 premières heures.

### **Approches mini invasives**

Les alternatives à la chirurgie de résection pédiculaire ont pour objectifs de ne pas réséquer les « coussinets » hémorroïdaires mais de diminuer leur vascularisation et de renforcer leur ancrage au niveau de la partie haute du canal anal et du bas rectum. Le principe est plus proche des méthodes instrumentales que de l'hémorroïdectomie. Ces méthodes ne réalisent pas de plaie de l'anoderme, sont moins douloureux que la chirurgie classique et ne nécessitent pas de soins locaux post opératoires. Ils sont plus adaptés à une prise en charge ambulatoire.

### **Anopexie circulaire**

Cette méthode consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture muco muqueuse par agrafage circulaire. Elle est indiquée dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne de grade 2 et 3. Elle n'a pas d'indication validée dans le traitement de la maladie hémorroïdaire externe. Cette méthode a fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse et d'excellente qualité à court et long terme. Si le taux global de complications immédiates et tardives est comparable à celui de l'hémorroïdectomie, il existe des complications spécifiques exceptionnelles mais sévères (perforation rectale, hématome péri rectal). Le risque de séquelles à long terme, est comparable à l'hémorroïdectomie classique (incontinence et besoins pressants). Les malades doivent être informés des risques avant le geste et une feuille d'information concernant cette méthode doit leur être remise ([www.snfcfp.org](http://www.snfcfp.org)).

Les suites opératoires sont marquées par une douleur post opératoire précoce moins importante, une durée de séjour à l'hôpital et un retour à une activité normale plus courts (environ 1 semaine) qu'en cas de chirurgie classique. La méthode peut être réalisée en ambulatoire. Le risque de récurrence du prolapsus après un an de suivi est de 3 à 5 fois plus important qu'avec une méthode de résection hémorroïdaire classique mais plus de 88 % des malades sont globalement satisfaits de la prise en charge.

### **HAL RAR**

La ligature des artères hémorroïdaire guidée par doppler associées ou non à une mucopexie est une technique simple peu morbide. Elle nécessite un rectoscope équipé d'un transducteur doppler inclus dans sa paroi et d'une ouverture latérale pour réaliser la ligature. L'indication est la maladie hémorroïdaire de grades 2 et 3. Elle n'a pas d'indication validée dans le traitement de la maladie hémorroïdaire externe. Les complications sont mineures : saignements et douleurs, minimes en cas de ligature et modérées lorsqu'une mucopexie est associée. Le geste est réalisé en ambulatoire avec une reprise des activités rapide (un à trois jours). Les malades doivent être informés des risques avant le geste et une feuille d'information concernant cette méthode doit leur être remise ([www.snfcfp.org](http://www.snfcfp.org)).

Le niveau de preuve d'efficacité et d'innocuité repose essentiellement sur des études de cohortes prospectives. Les études ayant un suivi de 3 à 5 ans montrent une efficacité dans plus de 80% des cas.

Les études randomisées comparatives sont peu nombreuses. La ligature artérielle pourrait avoir une efficacité similaire, une moindre morbidité et des suites opératoires plus simples que l'anopexie agrafée circulaire : les résultats d'une vaste étude multicentrique visant à répondre à cette question sont attendus.

En cas d'échec ou de récurrence, toutes les techniques instrumentales ou chirurgicales sont possibles.

## Conclusion & nouveaux paradigmes

---

Les règles de prise en charge thérapeutique de la maladie hémorroïdaire demeurent classiques. En première intention, traitement médical quelque soit le grade de la maladie hémorroïdaire, plus particulièrement les grades 1 et 2. Traitement instrumental en cas d'échec du traitement médical ; avec une place particulière pour la ligature élastique d'emblée en cas de prolapsus unique complet. Le traitement le plus efficace de la maladie hémorroïdaire reste l'hémorroïdectomie pédiculaire.

La prise en charge thérapeutique de la maladie hémorroïdaire a cependant considérablement évolué au cours de la dernière décennie. Dans la prise en charge médicale, parce que la qualité méthodologique des données disponibles montre aujourd'hui l'efficacité des traitements des troubles du transit et des médicaments dits veinotoniques à court et moyen terme.

Dans le concept de la prise en charge chirurgicale parce que la résection n'est plus la seule alternative chirurgicale. Enfin parce que le choix thérapeutique n'est plus seulement guidé par la seule correction anatomique mais par le ratio bénéfice symptomatique / immobilisation et gestion de la douleur.