

[Aucun traitement nécessaire en soi!](#)

Hémorroïdes – où en sommes-nous aujourd'hui?

Dr méd. Antje Lechleiter, Dr méd. Peter Studer, PD Dr méd. Lukas Brügger

Viszérale Chirurgie, Universitätsklinik für Viszérale Chirurgie und Medizin, Inselspital, Bern



Les hémorroïdes font partie du «top 5» des tableaux cliniques au cabinet de proctologie. La prévalence à vie est élevée, mais tous les résultats de l'examen clinique ne nécessitent pas de traitement en soi. La palette thérapeutique est vaste, le choix de la méthode thérapeutique reposant plus souvent sur la formation, l'expérience et la préférence du médecin traitant que sur les preuves. De plus, les directives financières et politiques sanitaires nous contraignent souvent à des adaptations. L'objectif doit être un concept thérapeutique adapté au patient et à ses symptômes.

Introduction

Les hémorroïdes font partie des raisons les plus fréquentes de référence au cabinet de proctologie. Chaque année, le nombre s'élève à près de 1000 consultations médicales relatives à des hémorroïdes pour 100 000 habitants. La prévalence est difficile à consigner. Cela est premièrement dû à un nombre élevé de cas non recensés, car de nombreuses personnes hésitent encore à consulter un médecin. Deuxièmement, toutes les enflures ou hémorragies dans la zone anale sont communément imputées par les non-professionnels à ce diagnostic. Troisièmement, la présence d'hémorroïdes ne corrèle pas nécessairement avec la survenue de symptômes. En fonction des études, une prévalence à vie de 40–70% est affichée. Des hémorroïdes ont été décrites dans 40% des coloscopies de dépistage réalisées en Grande-Bretagne et en Autriche. L'incidence semble augmenter avec l'âge. Toutefois, les hémorroïdes ne sont pas des manifestations classiques de la vieillesse et peuvent survenir à tout âge, même chez les enfants. Le pic d'âge se situe entre 45 et 65 ans. Il existe des données divergentes concernant une préférence de genre. Le mode de vie occidental, avec une alimentation riche en glucides et pauvre en fibres, des activités principalement en position assise et des sièges de toilettes confortables permettant l'utilisation en toute tranquillité des nouveaux médias, favorise les hémorroïdes. Il existe par ailleurs une certaine prédisposition héréditaire.



Antje Lechleiter

Le coussinet hémorroïdaire est constitué d'un complexe vasculaire artérioveineux qui est alimenté depuis l'artère rectale supérieure par les artères hémorroïdaires supérieure et moyenne. Le drainage s'effectue par l'intermédiaire des veines hémorroïdaires qui circulent à travers l'appareil sphinctérien. Les coussinets hémorroïdaires sont recouverts de muqueuses et se situent dans une épaisse couche sous-muqueuse guidant du tissu conjonctif et des cellules musculaires lisses au-dessus de la ligne pectinée (= corps caverneux du rectum). Ils sont maintenus en position par des fibres de tissu conjonctif qui exercent une traction vers le muscle sphincter anal interne. Il est question d'hémorroïdes lorsque le coussinet vasculaire est plus développé que normalement. Les localisations typiques des hémorroïdes sont indiquées à 3, 7 et 11 heures en position de lithotomie, avec toutefois une forte variabilité entre les individus. Elles se distinguent de la muqueuse rectale par une couleur plus violacée.

Le rôle physiologique du coussinet vasculaire est de garantir la continence fécale et ce, en collaboration avec l'appareil sphinctérien. La juxtaposition des plis de la muqueuse permet de rendre le canal anal imperméable aux matières fécales liquides et à l'air. Cela assure 15–20% de la continence.

Il convient de faire la distinction entre les hémorroïdes («internes») et les hémorroïdes autrefois qualifiées d'externes (appelées aujourd'hui veines périanales), qui sont formées par un plexus vasculaire périanal sous-cutané recouvert de peau.

La cause postulée de l'agrandissement des hémorroïdes est une congestion veineuse avec hyperplasie consécutive du corps caverneux rectal et glissement du tissu dans le canal anal. Un tonus de repos accru du sphincter ainsi qu'un prolapsus du plexus hémorroïdaire peuvent être à l'origine du trouble de l'écoulement veineux. Il est possible qu'une perte fonctionnelle du ligament suspenseur situé autour et au-dessus du complexe vasculaire artérioveineux et constitué de fibres musculaires et de fibres élastiques de tissu conjonctif, associée à une descente consécutive de la muqueuse, soit un facteur causal indépendant. De nouvelles évaluations morphologiques et hémodynamiques du plexus vasculaire anorectal [1] ont en outre montré que les circonvolutions vasculaires disposent d'un mécanisme intrinsèque de contraction composé de cellules musculaires lisses, qui régule l'apport et l'évacuation du volume sanguin ainsi que sa vitesse d'écoulement au sein des vaisseaux. La destruction de ce système de régulation avec remplacement des cellules musculaires par des fibres de tissu conjonctif entraîne alors la formation d'hémorroïdes. La composition du collagène semble également entrer en jeu; des études ont ainsi démontré une augmentation des métallo-protéïnases matricielles au sein de ce collagène [2].

Il est facilement imaginable qu'une irritation mécanique (par ex. due à une diarrhée, des selles dures ou des manipulations) ou une augmentation de la pression intra-abdominale (comme en cas de grossesse, d'adiposité viscérale, d'ascite, etc.) exercent une influence sur ces mécanismes physiopathologiques, mais ces éléments ne sont toutefois pas prouvés comme en étant la cause.

L'affection hémorroïdale est définie comme la présence de coussinets hémorroïdaires agrandis, combinée à la survenue de symptômes typiques. Les principaux symptômes sont du sang à partir de l'anus, une démangeaison anale, une sensation de prolapsus, un trouble de la continence fine avec traces de matières fécales, suintements ou sécrétion de mucosités à partir de l'anus ainsi qu'eczéma cutané. Les douleurs ne surviennent pas typiquement en cas d'hémorroïdes et sont généralement associées à un prolapsus anal aigu, des ulcérations de la muqueuse ou une thrombose.

Diagnostic

En cas de survenue de symptômes, un examen proctologique doit avoir lieu. Il inclut une anamnèse détaillée, y compris la saisie des habitudes de consommation de boissons et d'aliments ainsi que de passage à la selle, de la continence des selles et d'éventuelles lésions ou opérations ultérieures. L'examen est constitué d'une inspection au repos, en contraction et en poussée, d'un tou-

cher rectal ainsi que d'une anoscopie à l'aide d'un anoscope transparent ou partiellement ouvert. Le rectoscope ainsi que le sigmoïdoscope flexible conviennent moins bien à l'examen du canal anal.

En présence de sang dans les selles et d'autres «red flags» à l'anamnèse (irrégularité des selles, symptomatique B, anamnèse familiale positive de carcinome colorectal), une coloscopie doit être organisée sans hésitation. Quelle que soit l'issue de l'examen anal, la coloscopie préventive est recommandée aux patients de plus de 50 ans n'en ayant encore jamais bénéficié. La réalisation d'une échographie endoscopique inférieure et, si besoin, d'une manométrie anorectale peut être indiquée si des symptômes d'incontinence sont décrits par le patient ou en présence d'anomalies lors du toucher rectal.

Si la douleur constitue le symptôme principal, d'autres affections anales telles qu'une fissure anale, une thrombose veineuse périanale, un abcès ou encore un carcinome doivent être exclues.

Généralement, la classification par grade s'effectue selon Goligher en fonction de la taille des hémorroïdes ou de l'ampleur du prolapsus tissulaire (tab. 1). Toutefois, il n'existe ici aucune corrélation avec l'étendue des symptômes. Par ailleurs, la taille des hémorroïdes peut varier en fonction des jours et de la position. Les hémorroïdes peuvent être plus rouges ou saigner au toucher. De même, des colorations blanchâtres peuvent survenir comme signe d'une métaplasie épidermoïde, ce qui peut alors indiquer une irritation mécanique renforcée, par ex. due à un prolapsus. Il n'existe à ce jour aucune classification prenant en considération l'ampleur des symptômes ou la présence de modifications associées.

Tableau 1: Classification du grade des hémorroïdes et des symptômes souvent associés.

Degré	Définition	Symptômes associés
Hémorroïdes de grade I	Uniquement visibles à l'anoscopie	Saignements, aucune douleur
Hémorroïdes de grade II	Prolapsus lors du passage à la selle, reposition spontanée	Suintements, sécrétions de mucosités, démangeaisons
Hémorroïdes de grade III	Repositionnables avec le doigt	Métaplasies épidermiques, ectasies veineuses, douleur
Hémorroïdes de grade IV	Non repositionnables	Sclérose, souvent associée à des marisques

Traitement

Il n'existe aucun consensus relatif au traitement adéquat des hémorroïdes. En effet, le traitement conservateur aussi bien que le traitement chirurgical varient

selon les pays. Un traitement est uniquement indiqué lorsque le patient présente des symptômes et souhaite expressément une procédure active. Seuls 5–10% des patients nécessitent une intervention chirurgicale. L'objectif du traitement n'est pas nécessairement que toutes les lésions disparaissent (tab. 2).

Tableau 2: Objectifs thérapeutiques du traitement des hémorroïdes.

Rétablir les rapports anatomiques normaux
Réduire les œdèmes de la sous-muqueuse et du plexus caveux du rectum
Améliorer l'écoulement veineux (réduction des spasmes du sphincter, réduction de la pression intra-abdominale)
Induire l'adhérence entre la muqueuse et le muscle
Éviter les cicatrices, strictures, sténose, etc.
Maintenir la continence
Obtenir des selles volumineuses souples lors de la défécation avec peu de pression
Traiter les pathologies concomitantes

Indépendamment de la cause sous-jacente des hémorroïdes, des troubles de la défécation et de mauvaises habitudes de selles sont associés à une progression. Ainsi, des mesures diététiques et d'hygiène fécale constituent la base de tout traitement.

Mesures conservatrices

L'objectif est d'éviter aussi bien la constipation que la diarrhée. Il est généralement recommandé de veiller à un apport suffisant en liquide et une alimentation riche en fibres. Les laxatifs de masse tels que le psyllium ou la méthylcellulose (supplémentation de 20–30 g/d) conviennent particulièrement en complément. L'état des preuves en termes d'efficacité sur la consistance des selles ainsi que sur les hémorroïdes s'avère toutefois modeste.

Le recueil d'une anamnèse approfondie des habitudes de selles vaut la peine pour déterminer ce que le patient considère comme normal et comment se déroulent les défécations dans l'environnement quotidien. Le patient devrait veiller à certains rituels assurant du temps et de l'espace pour la défécation pendant la journée. Ainsi, la première envie matinale ne doit pas être réprimée. Un verre d'eau chaude après le lever peut aider à stimuler l'intestin. La poussée sur les toilettes ne devrait pas être forcée, en particulier lorsqu'une sensation de vidange incomplète persiste. Eventuellement, la position assise peut être optimisée à l'aide d'un marchepied. La lecture, les mots croisés et le smartphone sont associés à des durées inutilement longues en position assise et donc plutôt contreproductifs. Concrètement, le temps accordé à la défécation doit être limité à

3–5 minutes par jour. Il est souvent aussi utile d'expliquer que le passage à la selle ne doit pas obligatoirement être quotidien.

Les bains de siège peuvent s'avérer utiles. Leur principale action repose sur une meilleure hygiène anale ainsi qu'un effet relaxant sur l'appareil sphinctérien. En présence de symptômes aigus et de gonflement prononcé, l'application locale de froid est toutefois plus agréable.

Les médicaments d'action locale constituent un autre pilier du traitement conservateur. Ceux-ci doivent être placés dans le canal anal; les pommades avec applicateur ou les suppositoires conviennent le mieux à cet effet. Les composants sont généralement des anesthésiants locaux, anti-inflammatoires, vasoconstricteurs, antithrombotiques et/ou antiseptiques. Ils conviennent particulièrement en cas de symptômes aigus. Ils ne permettent toutefois pas d'obtenir une réduction de la taille des hémorroïdes. Les suppositoires stéroïdiens présentent un effet anti-inflammatoire plus puissant; mais là aussi, il n'est pas prouvé que les saignements et la taille des hémorroïdes peuvent être influencés à long terme. Ils ne sont donc pas plus efficaces que les autres préparations, mais ont de nets effets indésirables tels qu'une atrophie au niveau de la muqueuse anale, en particulier lors de leur utilisation sur une durée prolongée. Ils peuvent en outre favoriser les infections fongiques et la formation d'eczéma chronique, et doivent donc être évités. Le problème est que la plupart des préparations non stéroïdiennes ne sont pas prises en charge par la caisse d'assurance-maladie (à l'exception de Faktu®). Il convient également de noter que des réactions allergiques peuvent être déclenchées aussi bien par les solutions porteuses que par les composants eux-mêmes. Les anesthésiants locaux en particulier sont des allergènes fréquents. Du fait d'ingrédients similaires, des réactions croisées peuvent survenir après changement de la préparation.

Dans une étude contrôlée contre placebo, les flavonoïdes (diosmine + hespéridine [Daflon® 500 mg]) ont montré une amélioration des symptômes hémorroïdaires aigus [3]. Une alternative est le dobésilate de calcium (Doxium® 500 mg). L'effet des phlébotoniques repose sur la normalisation du tonus, de la résistance et de la perméabilité des vaisseaux. Ils semblent également avoir une influence sur la fréquence et l'ampleur des symptômes en dehors de la phase aiguë. Il n'existe toutefois aucune preuve en faveur d'une utilisation durable. Nous utilisons aussi «l'effet protecteur contre les œdèmes» en prévention de symptômes postinterventionnels ou postopératoires. En situation aiguë, le distributeur de Daflon® recommande une augmentation rapide du dosage au moyen de la dose de charge pen-

dant une semaine; l'utilisation est également possible durant la grossesse après le premier trimestre.

Interventions/opérations

Le principe fondamental de tout traitement interventionnel consiste en une sclérose ou ligature du vaisseau afférent aussi près que possible du site concerné et/ou l'élimination du tissu superflu en évitant une cicatrisation secondaire étendue de la plaie.

En règle générale, les opérations sont indiquées en cas d'hémorroïdes symptomatiques de grades III-IV. Au vu du résultat généralement similaire des techniques opératoires disponibles, l'accent est aujourd'hui mis sur la rentabilité, la réduction de la douleur, la minimisation du risque et réduction de l'incapacité de travail. Les complications postopératoires/postinterventionnelles typiques sont rétention urinaire, douleurs, hémorragies/hémorragies secondaires, inflammations locales, modifications des habitudes de selles, jusqu'à incontinence, lésions du sphincter ou de la prostate/du vagin, strictures et survenue de récidives.

Interventions non chirurgicales

Ligature élastique

La ligature élastique (fig. 1A) fait partie des interventions non chirurgicales les plus prisées. Cette technique consiste à placer un élastique à la base du paquet hémorroïdaire en aspirant la muqueuse et la sous-muqueuse à l'aide d'un appareil spécialement conçu à cet effet (technique de Barron). Il survient une nécrose locale et une réaction inflammatoire. L'élastique et la muqueuse nécrotique se désintègrent dans les 5-10 premiers jours après l'application. De cette manière, l'apport sanguin est réduit, la muqueuse superflue éliminée et une adhérence cicatricielle de la muqueuse est obtenue. La technique convient en particulier pour les hémorroïdes symptomatiques de grades I-II. Elle peut être pratiquée en ambulatoire sans anesthésie. Il est essentiel que l'aspiration de la muqueuse n'entraîne aucune douleur aiguë (muqueuse anale sensible). Sinon, un autre site d'application doit être choisi. Il convient de ne pas réaliser plus de 2-3 ligatures par séance car sinon, le risque de complications telles que douleurs postinterventionnelles, mais aussi de sténose, est accru. L'intervention peut être répétée sans problème au bout de 4-6 semaines. Les hémorroïdes de grade plus élevé sont souvent réduites de manière insuffisante, mais, dans des situations spéciales, l'intervention peut toutefois entraîner un soulagement des symptômes. Le patient n'est censé avoir plus aucune douleur forte après une intervention correctement réalisée. Durant les pre-

miers jours après l'intervention, une sensation de pression ou une envie plus prononcée d'aller à la selle sont toutefois possibles. Par ailleurs, de légers saignements peuvent survenir au moment de la décomposition du tissu. Le taux de complications est faible (<10%). Des cas exceptionnels avec inflammations graves ainsi que des complications mortelles ont été décrits. En ce qui concerne les taux de succès à long terme, les données divergent (entre 31 et 98%).

Sclérose

L'effet de la sclérose repose sur une réaction inflammatoire qui entraîne une fibrose et ainsi l'adhérence entre la sous-muqueuse et la couche musculaire sous-jacente ainsi qu'une réduction drastique de l'apport sanguin. L'agent peut être administré aussi bien par voie sous-muqueuse au niveau proximal de la base du paquet hémorroïdaire (technique de Blanchard) que directement dans les nodules hémorroïdaires eux-mêmes (technique de Blond et Hoff). Selon la technique, diverses substances sclérotiques sont utilisées (solution huileuse de phénol à 5% [toxicité!] avec la technique de Blanchard; solution alcoolique de polidocanol à 10%, solution éthanol-chlorure de zinc ou solution d'hydrochlorure de quinine [risque d'allergie!] avec la technique de Blond et Hoff). Seul Aethoxysklerol® (solution alcoolique de polidocanol à 3%) est disponible sur le marché. Toutes les autres solutions doivent être fabriquées sur prescription en pharmacie, ce qui est plutôt peu réalisable au quotidien. Plusieurs séances sont souvent nécessaires. Tandis que des effets indésirables significatifs tels que nécroses, ulcérations, hémorragies, abcès ainsi que réactions allergiques ont été décrits, le taux de complications est toutefois globalement faible (jusqu'à 6,5%). Par rapport à d'autres techniques, les résultats à long terme sont plutôt mauvais. Il existe néanmoins peu d'études sur la sclérose. Cela est probablement dû au fait que cette technique est de plus en plus rarement utilisée en pratique clinique. Nous ne réalisons plus aucune sclérose chez nous.

Photocoagulation infrarouge

La photocoagulation infrarouge, très peu douloureuse, (méthode de Neiger) constitue une autre technique réalisable en ambulatoire. Elle est souvent utilisée en particulier dans les cabinets de gastro-entérologie, où les appareils correspondants font partie de l'équipement de base. Les rayons infrarouges entraînent une photo-coagulation de la muqueuse et la sous-muqueuse avec nécrose thermique, ulcération et cicatrisation consécutives. Un certain effet hémostatique y est associé. Pour cette raison, cette technique est surtout prometteuse en présence de petites hémorroïdes sanglantes. Habi-

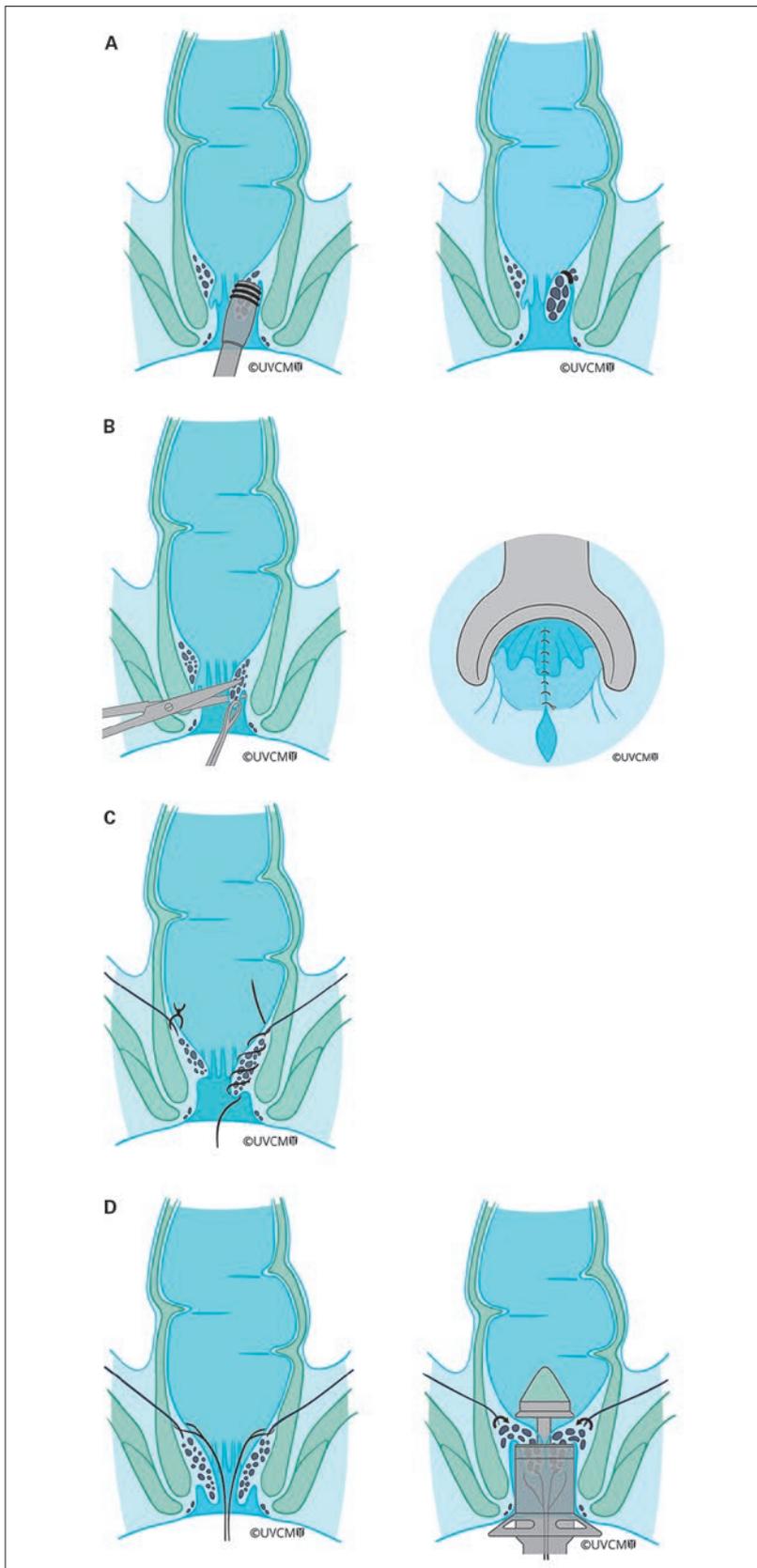


Figure 1: Techniques interventionnelles/opératoires: Ligature élastique (A). Hémostectomie par excision (fermée selon Ferguson, B). HAL/RAR (C). Hémostectomie par agrafage selon Longo (D). (Copyright Clinique universitaire de chirurgie et médecine viscérales de l'Inselspital, reproduction avec aimable autorisation.)

tuellement, davantage de séances sont nécessaires et le taux de récurrence est supérieur par rapport aux deux autres techniques (élastique et sclérose). De nouvelles publications font également défaut à ce sujet.

Procédure Rafaelo

La procédure Rafaelo est arrivée sur le marché il y a quelques années. Elle consiste à coaguler les hémorroïdes à la base sous anesthésie locale à l'aide d'une sonde spéciale de radiofréquence. La technique est entre-temps utilisée pour les hémorroïdes de grade élevé et elle présentée comme une méthode peu douloureuse utilisable en ambulatoire. Il n'existe toutefois aucune étude comparative aux techniques opératoires «classiques».

Hémorroïdoplastie au laser

L'hémorroïdoplastie au laser (HeLP) est également très récente. Cette technique consiste à traiter les vaisseaux hémorroïdaires par points à l'aide d'un laser à diode, après avoir réalisé une petite incision dans la muqueuse ou une petite incision sous-muqueuse en tunnel dans l'anus. Des techniques sous contrôle Doppler sont également décrites. La création de chaleur entraîne une rétraction des circonvolutions vasculaires avec hémostase simultanée. La procédure est recommandée pour les hémorroïdes de grades II et III. Après des résultats initiaux prometteurs en termes de douleurs postopératoires et de réduction des symptômes, une étude suisse actuelle a toutefois montré des déficits concernant l'évolution à long terme, avec 34% de récurrences lors d'un suivi de 5,4 ans en moyenne. Par ailleurs, des complications postopératoires sont survenues dans 18% des cas, dont des fistules et des symptômes d'incontinence [4].

Interventions chirurgicales

Hémorroïdectomie par excision

L'hémorroïdectomie par excision a été employée sous diverses formes à partir des années 1950/60 et a longtemps été considérée comme standard universel en cas d'hémorroïdes de grades III–IV non maîtrisables par traitement conservateur. Il s'agit de la résection de la muqueuse et du coussinet hémorroïdaire sous-jacent tout en préservant le sphincter; l'artère hémorroïdaire afférente est pourvue d'une ligature transfixiante. Dans les deux techniques les plus souvent utilisées, la plaie est soit laissée ouverte (technique ouverte de Milligan-Morgan), soit suturée à l'extérieur à l'exception d'un petit triangle de drainage (technique fermée de Ferguson, fig. 1B). Il est possible de retirer jusqu'à trois piliers hémorroïdaires en une seule opération (réc-

tion 1 à 3 extrémités). Etant donné que le champ opératoire se situe au niveau de la muqueuse anale sensible, des douleurs postopératoires sont attendues. En fonction de la technique, les plaies peuvent nécessiter 3–6 semaines jusqu'à cicatrisation complète. La technique sous-muqueuse de Parks, nettement plus difficile, au cours de laquelle la muqueuse est laissée intacte et uniquement le coussinet hémorroïdaire sous-jacent est retiré, est désormais rarement utilisée en Suisse.

Une méta-analyse publiée en 2016 a montré un avantage mesurable de la technique fermée en termes de réduction des douleurs postopératoires, de cicatrisation plus rapide et de risque inférieur d'hémorragies secondaires pour toutefois une durée d'opération plus longue. Aucune différence n'a pu être identifiée concernant le taux de complications, en particulier les troubles de cicatrisation ainsi que le taux de récives [5].

L'hémorroïdectomie faisant appel au système LigaSure® constitue une variante technique plus récente. Cet appareil permet d'obtenir une hémostase rapide avec un faible dommage thermique. Les nécroses tissulaires moindres engendreraient des douleurs postopératoires plus faibles chez les patients. Une méta-analyse réalisée en 2015 a montré un avantage en termes de temps d'intervention, durée de séjour, taux de douleur et perte sanguine intraopératoire par rapport à la technique chirurgicale de Ferguson; aucune différence n'a été observée concernant les hémorragies secondaires, problèmes de défécation, fissures ou sténoses anales et l'incontinence [6]. Les données relatives à l'évolution à long terme font défaut. Les coûts matériaux plus élevés doivent néanmoins être également pris en considération.

Désartérialisation hémorroïdaire transanale avec ou sans mucopexie

En 1995, Morinaga et collègues ont décrit une alternative à la résection: la désartérialisation hémorroïdaire transanale (THD). Un proctoscope spécialement conçu permet, à l'aide d'un appareil échographique Doppler, de suturer et de ligaturer les branches terminales des artères hémorroïdaires supérieures, au nombre moyen de 6–8, au niveau du tiers inférieur du rectum à env. 3 cm au-dessus de la ligne pectinée (ligature des artères hémorroïdaires = HAL) [7]. Entre-temps, divers appareils ont été développés à cet effet; ils se distinguent essentiellement par la hauteur visée de la ligature des artères hémorroïdaires. Si besoin, cette intervention peut être combinée avec une plicature de la muqueuse vers l'intérieur de l'anus (rectoanal repair = RAR); de cette manière, des hémorroïdes de degré supérieur peuvent également être traitées (fig. 1C).

Reste toutefois à savoir dans quelle mesure la localisation du vaisseau sous contrôle Doppler influence la réussite de l'opération. Selon une petite étude randomisée réalisée par Schuurman et al., la ligature des vaisseaux visibles alimentant les hémorroïdes et la mucopexie concomitante permettent d'obtenir un résultat tout aussi bon; toutefois, la durée d'intervention est clairement plus longue avec l'utilisation de l'appareil Doppler [8].

Etant donné que le champ opératoire se situe au-dessus de la ligne pectinée et ainsi en dehors de la zone sensible de la muqueuse anale, il s'agit d'une procédure peu douloureuse. Elle ne convient pas aux hémorroïdes déjà fibrosées se prolabant. En outre, des marisques doivent si besoin être réséquées séparément, ce qui crée à nouveau une lésion douloureuse.

Une méta-analyse réalisée en 2016 a pu montrer que, par rapport à une hémorroïdectomie ouverte, la THD avec mucopexie permet une reprise professionnelle plus rapide, mais qu'il existe aucune différence en termes de récive, réopération et complications telles qu'incontinence [9].

Hémorroïdopexie par agrafage

L'hémorroïdopexie par agrafage (fig. 1D) présentée pour la première fois par Longo en 1998 constitue une autre innovation. Elle consiste à exciser, à l'aide d'un dispositif circulaire intraluminal d'agrafage un segment circulaire de muqueuse et sous-muqueuse au niveau du bord supérieur des hémorroïdes. Les coussinets hémorroïdaires agrandis et prolabs dans le canal anal ne sont pas éliminés, mais tirés vers le haut et fixés à leur localisation originelle au niveau de l'accès au canal anal. L'idée sous-jacente est de rétablir l'anatomie originelle et la fonction physiologique. La ligne d'agrafe a en outre pour fonction de réduire l'apport sanguin vers le plexus hémorroïdaire.

De premières études randomisées réalisées par divers groupes européens, mais également suisses, comparant la technique avec le standard universel d'hémorroïdectomie par excision (généralement selon Milligan-Morgan), ont été publiées en 2001 et 2002. Avec un faible nombre de cas et un suivi de courte durée, des douleurs postopératoires plus faibles, un séjour hospitalier plus bref et des absences professionnelles moins longues ont été décrits pour des taux égaux de complications et récives. Toutefois, des coûts opératoires nettement supérieurs ont été constatés.

Une méta-analyse Cochrane réalisée en 2006 a apporté un vent contraire [10]. Des taux de récive significativement supérieurs en termes de prolapsus et symptômes y ont été décrits (8,5 versus 1,5%). Les récives sont principalement survenues chez des patients pré-

sentant des hémorroïdes de grade IV, de sorte qu'il a été recommandé de pratiquer des hémorroïdectomies par excision en présence d'hémorroïdes fixes. Par ailleurs, des rapports concernant un complexe symptomatique postopératoire composé d'urgence, de sensation de corps étranger, de vidange incomplète des selles et de douleurs anales ont abouti au terme «stapled hemorrhoidopexy syndrome». Celui-ci a été décrit dans jusqu'à 45% des cas, avec des variations d'ampleur et de durée, de sorte que de nombreuses cliniques ont banni cette technique de leur répertoire chirurgical. Entretiens, il existe d'autres méta-analyses [11, 12] ainsi que des études randomisées contrôlées (eTHoS) [13] qui illustrent cela de manière plus nuancée. Il est certain que cette opération doit être uniquement pratiquée par un chirurgien expérimenté. Outre l'établissement clair de l'indication, le placement correct de la suture en bourse, qui doit être adaptée à l'anatomie individuelle du canal anal et située juste au-dessus de la base hémorroïdaire, est essentiel pour un résultat favorable à long terme. Nous employons nous-mêmes avec succès cette technique particulièrement en présence d'hémorroïdes circulaires de degré III ou de prolapsus anal.

L'embaras du choix et perspectives

Les études disponibles s'avèrent en partie difficiles à interpréter et à comparer, car le nombre de cas est souvent faible, les résultats sont définis de manière différente et la durée du contrôle de suivi varie fortement.

Par conséquent, les méta-analyses ne sont souvent que partiellement révélatrices. En connaissance de ces problèmes, quelques grande études multicentriques, randomisées et contrôlées ont été réalisées ces dernières années. Elles incluent notamment le Hubble-trial [14], l'étude eThos [13] et le LigaLongo-trial [15, 16] (tab. 3).

Tableau 3: Etudes randomisées contrôlées actuelles.

HubBLE [14]

Compare HAL avec la ligature élastique (RBL) en cas d'hémorroïdes de grades II–III

→ HAL plus douloureux, plus onéreux

→ RBL davantage de récidives /interventions répétées nécessaires

→ Aucune différence en termes de complications, continence, symptômes, qualité de vie

eTHoS [13]

Compare l'hémorroïdopexie par agrafage selon Longo (SH) et l'hémorroïdectomie par excision (TH)

→ SH moins de douleurs

→ Taux de complications chirurgicales comparable

→ TH moins onéreux, meilleure continence, moins de récidives, symptômes, réinterventions après 24 mois

LigaLongo [15, 16]

Compare HAL sous contrôle Doppler (DGHAL) avec mucopexie et hémorroïdopexie selon Longo (SH)

→ Morbidité postopératoire et résultats au bout d'un an similaires indépendamment de la procédure

→ DGHAL moins de douleurs postopératoires, rétablissement plus rapide que SH

→ DGHAL plus onéreux, durée d'opération plus longue, moins bonne correction de l'anatomie que SH

Hémorroïdes grade I	Hémorroïdes grade II	Hémorroïdes grade III	Hémorroïdes grade IV
Généralement, aucune opération nécessaire	Opération uniquement en cas de symptômes	HAL / mucopexie / + RAR	Hémorroïdectomie Ferguson / Milligan Morgan / <i>LigaSure</i> ®
Eventuellement ligature élastique HAL	Ligature élastique	Hémorroïdectomie Ferguson / Milligan Morgan / <i>LigaSure</i> ®	Hémorroïdopexie par agrafage dans certains cas de prolapsus anal circulaire
<i>Sclérose</i> <i>Photocoagulation infrarouge</i>	Mucopexie HAL +/- RAR <i>Sclérose</i> <i>Procédure Rafaelo</i> <i>Traitement laser</i>	Hémorroïdopexie par agrafage <i>Procédure Rafaelo</i> / <i>Traitement laser</i>	
Pommade / suppositoires contre les hémorroïdes ou veinotoniques en cas de symptômes aigus			
Mesures diététiques / régulatrices des selles (fibres, quantité de boisson)			
Mesures d'hygiène fécale			

Figure 2: Représentation de l'algorithme thérapeutique utilisé chez nous à l'InselSpital. Imprimées en italique sont les procédures qui seraient possibles mais que nous ne proposons nous-mêmes pas actuellement.

Correspondance:
PD Dr méd. Lukas Brügger
Universitätsklinik für Viszè-
rale Chirurgie und Medizin
Inselspital
Universität Bern
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern
lukas.bruegger[at]insel.ch

Par ailleurs, une étude Delphie a été lancée par un groupe international d'experts de la santé afin de créer un «core outcome set», c'est-à-dire une exigence minimale relative aux résultats à présenter. Les preuves devraient ainsi s'améliorer dans les années à venir. Cela serait toutefois également souhaitable pour les méthodes thérapeutiques conservatrices et médicamenteuses.

Nous sommes d'avis qu'il est essentiel de discuter en détail des avantages et inconvénients des différentes

techniques avec le patient et de sélectionner avec lui une méthode opératoire adaptée à ses problèmes cutanés et à ses exigences périopératoires et postopératoires. Un algorithme thérapeutique est représenté à la figure 2.

Lors de la sélection de la procédure, il convient de prendre en considération les maladies antérieures telles qu'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, une cirrhose hépatique ou une légère incontinence préexistante, ainsi que les délais dans lesquels le patient doit à nouveau être opérationnel après l'intervention. En outre, le site à l'état détendu peut varier significativement. Nous nous laissons souvent le libre choix de la technique définitive jusqu'au jour de l'opération, en consultation avec le patient. En cas de médicaments anticoagulants ne pouvant être interrompus, nous évitons notamment les ligatures élastiques et les hémorroïdectomies par excision; avec les méthodes HAL/RAR ou mucopexie ainsi qu'hémorroïdopexie par agrafage, nous n'avons jusqu'à présent rencontré aucune situation incontrôlable.

Le besoin de chirurgie ambulatoire aura à l'avenir pour conséquence un déplacement du spectre thérapeutique vers des opérations peu douloureuses et facilement réalisables. De même, la pression exercée sur les coûts influencera davantage le choix de la méthode.

Disclosure statement

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08359>.

L'essentiel pour la pratique

- Les symptômes hémorroïdaires existants sont déterminants pour savoir si un traitement est indiqué.
- L'anamnèse et l'examen détaillés par un spécialiste s'avèrent nécessaires pour trouver le concept de thérapeutique adapté au patient.
- La base de tout traitement consiste à modifier l'alimentation et à favoriser un mode de vie avec suffisamment d'activité physique et, le cas échéant, une réduction du poids ainsi qu'une modification des habitudes de toilettes.
- L'établissement traitant doit pouvoir proposer plusieurs techniques et adapter les diverses options thérapeutiques interventionnelles ou opératoires au patient et à ses symptômes.
- L'intervention chirurgicale doit être réalisée par un chirurgien proctologique qualifié. Les surtraitements doivent être évités et des traitements rentables proposés. Il relèvera du défi d'adapter les concepts thérapeutiques au besoin de la chirurgie ambulatoire.
- Une amélioration de l'état des preuves est attendue dans les prochaines années avec davantage d'études multicentriques, randomisées et contrôlées, de sorte que le patient pourra être conseillé de manière plus complète.