

Entretien avec l'expert

*Treatment of hemorrhoids: from
theory to clinical practice*

Traitement des hémorroïdes : de la théorie à la pratique

François Pigot
Hôpital Bagatelle,
service de proctologie, 201, rue Robespierre,
33401 Talence Cedex, France

e-mail : <proctobagatelle@mspb.com>

■ La prise en charge de la maladie hémorroïdaire vous semble-t-elle avoir évolué récemment ?

Tout à fait, et à plusieurs niveaux. On constate une augmentation du nombre des techniques disponibles, des exigences des malades en terme de confort et enfin, de l'intérêt porté par les praticiens concernés à la compréhension des maladies de la sphère ano-rectale. Ensuite, on assiste à une explosion de nouveautés thérapeutiques, toutes plus ou moins ingénieuses autant qu'onéreuses. Cette recherche du traitement idéal est probablement motivée par les imperfections de la chirurgie classique. Cette dernière reste une chirurgie difficile, surtout si l'on veut obtenir un résultat définitif, sans entraîner de douleurs importantes en postopératoire immédiat, ni de complication à long terme.

“ La chirurgie classique reste une chirurgie
difficile si l'on veut obtenir un résultat
définitif, sans douleurs importantes, ni
complication à long terme ”

Depuis la mobilisation du corps médical et les campagnes grand public en faveur d'une meilleure prise en charge de la douleur, on a la très nette impression que les malades demandent avant tout à bénéficier de traitements peu douloureux, l'efficacité à long terme passant au second rang de leurs inquiétudes.

Enfin la complexité du fonctionnement de la sphère anorectale, les exigences des malades et la complexité des traitements possibles ont induit un besoin en formation et peut-être une spécialisation de la part des

intervenants, cela étant déjà perceptible dans beaucoup de pays européens.

■ Y a-t-il eu des avancées récentes significatives dans la compréhension de la physiopathologie de la maladie hémorroïdaire ?

Pas d'avancée récente, mais la confirmation que les deux anciennes théories mécanique et vasculaire sont toujours d'actualité. D'après la première, l'existence de contraintes anormales lors des efforts de poussée défécatoire ou l'altération primitive des tissus de soutien de la muqueuse rectale expliquent l'apparition d'un prolapsus hémorroïdaire et secondairement de signes anormaux. Dans la seconde des phénomènes inflammatoires intra-vasculaires ou une hyperpression vasculaire intra-hémorroïdaire sont la cause des symptômes. Récemment, chacune de ces deux théories a suscité un regain d'intérêt. La théorie mécanique a été confortée tout d'abord empiriquement par les résultats cliniques, puis secondairement par l'argumentation théorique d'Antonio Longo, inventeur de la technique éponyme de suspension hémorroïdaire. La théorie vasculaire est plus récemment réactualisée par les anomalies des sphincters vasculaires documentées par les très convaincantes vues en microscopie électronique de F. Aigner en Autriche. La technique des ligatures artérielles en amont des hémorroïdes internes guidée par doppler voudrait corriger cette hypervascularisation locale, mais ses résultats ne sont pas encore aussi bien documentés que ceux de l'hémorroïdopexie.

Pour citer cet article : Pigot F. Traitement des hémorroïdes : de la théorie à la pratique. *Hépatogastro* 2011 ; 18 : 203-206. doi : 10.1684/hpg.2011.0561

En pratique, les anomalies mécaniques et vasculaires cohabitent dans des proportions variables chez un même malade, cela expliquant la variabilité de l'expression clinique et anatomique de la maladie hémorroïdaire. De même, toutes les interventions chirurgicales, qu'elles soient d'exérèse, de suspension ou d'oblitération vasculaire jouent sur les deux tableaux car elles induisent toutes une sclérose cicatricielle qui stabilise plus ou moins le prolapsus muqueux et modifie aussi la vascularisation hémorroïdaire.

■ Alors où voyez-vous les explications à l'évolution actuelle de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire ?

Le facteur fondamental est la vision différente que nous avons de la maladie hémorroïdaire. En effet, celle-ci a accédé au statut de maladie fonctionnelle : les hémorroïdes ne sont plus des appendices inutiles, sources de souffrance et d'inconfort chroniques. On parle de maladie hémorroïdaire touchant un organe indispensable au quotidien. Il est alors logique de chercher la technique chirurgicale qui modifiera le moins l'anatomie et la fonction, tout en soulageant les symptômes. La chirurgie d'amputation ne doit plus être qu'une solution extrême.

“ La maladie hémorroïdaire touche un organe indispensable au quotidien ”

La démonstration du rôle joué par les hémorroïdes a été initiée en Grande Bretagne. Elle a débuté par la vision intuitive des coussinets hémorroïdaires par Thomson et s'est achevée avec la démonstration de leur participation à la pression d'occlusion anale et à l'existence d'une sensibilité spécifique intervenant dans les réflexes de la continence. Les noms de Philippe Meunier et Pierre Ahran sont associés dans notre mémoire à ces derniers travaux. Ensuite, il ne faut pas nier les enjeux économiques qui peuvent sous-tendre ce regain d'intérêt. Il s'agit d'une clientèle potentielle numériquement importante. Même si aujourd'hui, ils sont loin de tous consulter, les malades souffrant de leurs hémorroïdes sont nombreux : presque un français sur deux présente un symptôme ano-rectal « bénin » tous les ans (Siproudhis, et al. Defecation disorders : a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006 ; 49 : 219-27).

“ Presque un français sur deux présente un symptôme anorectal “bénin” tous les ans ”

Aujourd'hui, la chirurgie reste une solution extrême : moins d'un patient sur dix consultant sera opéré. Le principal frein est certainement dû à la réputation douloureuse de la chirurgie. L'amélioration du confort postopératoire augmentera probablement cette proportion. En effet, les malades bénéficient des progrès faits dans la prise en charge de la douleur postopératoire qui est passée d'une prescription *a posteriori* à l'utilisation de protocoles préventifs. De plus l'évolution actuelle tend vers des techniques moins agressives. On pourrait avancer que le taux de guérison de ces nouvelles opérations pourrait être moindre qu'après chirurgie d'exérèse classique, comme celle décrite par Milligan et Morgan. Encore faut-il rappeler le résultat de la thèse de G. Cor Baeten publié par J. Konsten : dix-sept ans après hémorroidectomie, seuls 42 % des malades ne présentaient aucun symptôme anorectal !

■ Selon vous, l'hémorroidopexie a-t-elle remplacé l'hémorroidectomie de Milligan et Morgan ?

En ce sens qu'elles ont toutes les deux été évaluées par des études les confrontant l'une à l'autre, on peut dire que l'hémorroidectomie tripédiculaire et l'hémorroidopexie sont les techniques de référence de la chirurgie hémorroïdaire. En effet, l'épreuve du temps et les résultats des essais cliniques sélectionnent parmi les nouvelles techniques chirurgicales celles qui amènent un réel progrès. Plus que se remplacer, les différentes techniques chirurgicales se complètent. Elles ont chacune un profil bénéfice/risque différent et le plus souvent des indications préférentielles.

Aujourd'hui, il est difficile de réduire la chirurgie hémorroïdaire à une seule technique : on doit proposer une prise en charge graduée en fonction, d'une part, de la gêne du malade, du retentissement sur sa vie quotidienne et de son désir d'être soulagé, et, d'autre part, des risques iatrogènes auxquels il accepte de s'exposer. Enfin, un dernier choix technique est fait en fonction de l'anatomie et du fonctionnement de la sphère anorectale du malade. Ainsi l'hémorroidopexie a ses indications électives. On entend par là les indications dans lesquelles les chances de succès à long terme sont les plus élevées, tout en garantissant des suites simples et un risque minimal de complication. Ces indications électives sont assez clairement validées par les nombreuses publications disponibles. L'intervention de Milligan et Morgan reste l'intervention possible par défaut pour tous les autres patients. Je ne discuterai pas dans le détail des indications spécifiques de l'une ou de l'autre car chacun en a une vision propre. À côté des ces deux interventions de

référence, les techniques plus récentes doivent trouver leur place. Pour avoir une vision objective de ces discussions parfois fort animées que nous avons au sujet de notre pratique chirurgicale, il ne faudrait pas oublier que l'expérience de chacun est influencée par le recrutement des malades chirurgicaux. En effet, celui-ci n'est sûrement pas le même pour un praticien ou un autre et d'un pays à un autre. Par exemple, la France semble être un des rares pays où l'on opère des hémorroïdes uniquement responsables de thromboses à répétition.

■ On parle beaucoup de la ligature-Doppler des artères hémorroïdales. Quelle place lui voyez-vous dans la stratégie thérapeutique ?

La ligature guidée par doppler des artères sous muqueuses sus-hémorroïdaires n'est pas une nouveauté. Elle a déjà été décrite en 1995 par Morinaga du Japon, probablement inspirée par des travaux allemands (Jaspersen) explorant la possibilité de guider les scléroses par une sonde doppler. Ces deux techniques n'ont pas connu un grand succès. Plus récemment, la ligature guidée par un doppler est revenue sur le devant de la scène, promue par des italiens (Dal Monte entre autres) qui lui ont associé le fronçage des hémorroïdes internes par un surjet (mucopexie). On voit ici un exemple de complémentarité de deux gestes à visée vasculaire et mécanique. Cette technique de ligature-Doppler associée à une mucopexie aurait de bons résultats cliniques sans entraîner de douleur importante. Comme toute nouvelle technique, elle doit encore être évaluée scientifiquement avant d'être proposée largement aux malades. Nous attendons les résultats d'essais en cours ou à venir la comparant aux techniques actuellement validées et la démonstration de l'intérêt du guidage doppler. Ensuite, sa place sera définie en fonction de son prix, de sa morbidité immédiate, des complications à long terme, de son efficacité et de l'existence éventuelle d'indications électives.

■ Selon vous, le choix de la technique se fera-t-il bientôt dans le cadre d'une décision partagée avec le patient ?

Le choix du traitement d'une maladie certes gênante, mais qui n'est pas grave et qui ne risque pas de se compliquer spontanément doit effectivement découler d'une discussion ouverte avec le malade. Un premier

temps d'écoute est nécessaire. Il permet de connaître la nature des symptômes anormaux que présente le patient, d'évaluer leur retentissement sur la vie quotidienne et enfin d'entendre sa demande. Veut-il être rassuré sur la bénignité de ses symptômes ? L'examen et un éventuel bilan plus complet seront peut-être nécessaires et suffisants. Veut-il un traitement mais sûrement pas une opération ? Il lui sera proposé un traitement conservateur simple dont l'efficacité a été démontrée sur des symptômes modérés. Veut-il absolument être soulagé de ses symptômes même au prix d'une intervention chirurgicale ? Il sera alors discuté avec lui des possibilités thérapeutiques qui dépendront de l'aspect anatomique des hémorroïdes mais aussi du contexte fonctionnel (recherche de facteurs de risque de troubles de la continence entre autres). Présente-t-il un tableau complexe associant d'autres troubles fonctionnels : constipation, incontinence, douleurs inexpliquées ? Il faudra alors le suivre dans un périple d'explorations complémentaires et de traitements parfois complexes.

On comprend que cette (ces) consultation(s) nécessite(nt) du temps, une installation adéquate pour examiner le patient et la possibilité de demander un avis ou une exploration complémentaires. Il faut aussi connaître pour chaque traitement les indications idéales, les résultats et les risques auxquels on expose le patient.

Bien sûr, la majorité des cas sont simples, mais pour les cas plus difficiles, il faut pouvoir bénéficier de compétences le plus souvent partagées par plusieurs intervenants : endoscopie, explorations fonctionnelles, chirurgie...

■ À vous entendre, on dirait que la prise en charge de la maladie hémorroïdaire est de plus en plus spécialisée. Est-ce le cas ?

Très clairement, la démonstration que les hémorroïdes font partie d'un mécanisme complexe assurant les fonctions de continence et de défécation et ne sont plus des organes inutiles a changé l'approche thérapeutique. La participation toujours plus active du patient dans les choix qui lui sont offerts, ainsi que l'augmentation de ses exigences en termes de confort et de résultats, ont donné à la prise en charge de la maladie hémorroïdaire une dimension qu'elle n'avait pas. Filière bien rôdée faisant intervenir plusieurs collègues avertis ou unité spécialisée, il n'existe pas de modèle idéal mais il est sûr que de multiples compétences peuvent être nécessaires pour prendre en charge les cas complexes. D'ailleurs, ce n'est pas un hasard si l'industrie devient de plus en plus présente sur ce créneau en apportant innovations

techniques et supports de formation sous une forme plus ou moins incitative.

■ **Dans le cadre des contraintes budgétaires actuelles, est-il raisonnable de penser que toutes les techniques chirurgicales, y compris le Milligan et Morgan, doivent se faire dans un contexte ambulatoire ?**

On a bien compris que la volonté de diminuer les dépenses hospitalières se traduit par une incitation à diminuer les durées de séjour. En passant, c'est aussi un souhait des patients que de séjourner le moins longtemps possible à l'hôpital en souffrant le moins possible et en étant bien soigné. Il serait donc illogique pour un praticien de ne pas essayer de suivre ce courant. Effectuer la chirurgie hémorroïdaire en ambulatoire serait l'aboutissement de cette démarche, et je crois que cela ne diminuerait pas la

valeur de cette chirurgie. Ce serait une preuve de sa maîtrise ainsi que d'une bonne sélection des candidats aux différents traitements et options de durées de séjour à l'hôpital.

Je parlais de gains cliniquement pertinents au sujet des techniques en cours d'évaluation. Quelle preuve plus indiscutable des progrès apportés par une technique chirurgicale si celle-ci est applicable en ambulatoire, sans risque ni inconfort pour le malade, et avec une bonne efficacité à long terme ?

“ **Quelle preuve plus indiscutable des progrès apportés par une technique chirurgicale si celle-ci est applicable en ambulatoire** ”

Conflits d'intérêts : F. Pigot assure des missions d'enseignement pour Covidien. ■