

Revue bibliographique

Tout sur tous les traitements des hémorroïdes

*Everything about every treatment of
hemorrhoids*

Jean-David Zeitoun^{1,2}

¹ Centre hospitalier Diaconesses-Croix-Saint-Simon,
service de proctologie médico-interventionnelle,
18, rue du Sergent-Bauchat, 75012 Paris, France

² Hôpital Henri-Mondor, service de gastroentérologie, 51, avenue
du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

e-mail : <proctologie@hopital-dcss.org>

La nature vasculaire des hémorroïdes

Aigner F, Bodner G, Gruber H, et al.

The vascular nature of hemorrhoids. J Gastrointest
Surg 2006 ; 10 : 1044-50.

Le débit sanguin artériel des hémorroïdes internes est impliqué dans la physiopathologie hémorroïdaire. La ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales est d'ailleurs un traitement émergent qui s'appuie sur ce concept. Les auteurs de cette étude se sont intéressés au calibre et au débit sanguin artériel des branches terminales de l'artère rectale supérieure qui vascularisent les plexus hémorroïdaux. Quarante et un patients ayant une maladie hémorroïdaire de grade I-IV de Goligher ont donc été comparés à 17 volontaires sains en échographie-doppler couleur transpérinéale. Le calibre moyen et le débit sanguin artériel étaient significativement plus élevés dans le groupe patient que dans le groupe témoin. L'accroissement de calibre et de débit étaient proportionnels au grade de Goligher. Les auteurs concluaient que l'augmentation de calibre et de débit artériel sont donc fortement corrélés à la maladie hémorroïdaire, et suggéraient que cette hypervascularisation est responsable de la maladie et non une conséquence de celle-ci.

auteurs des essais sur la ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales. En effet, elle fournit un rationnel solide à la technique en suggérant que celle-ci s'attaque au *primum movens* de la maladie, contrairement aux autres traitements – hémorroïdectomie et hémorroïdopexie – qui cherchent respectivement à raboter et à corriger le « surplus anatomique ». Elle soutient l'hypothèse « artérielle » plus que la théorie « veineuse » qui avait souvent prévalu jusque-là et a ouvert la voie à une rupture conceptuelle importante de la physiopathologie hémorroïdaire. ”

La prescription de fibres comme traitement de la maladie hémorroïdaire : revue systématique et méta-analyse

Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al.
Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis.
Am J Gastroenterol 2006 ; 101 : 181-8.

“ Un article majeur de cette équipe autrichienne connue pour ses travaux sur la physiopathologie des hémorroïdes et son approche « vasculaire ». Si cette étude est relativement passée inaperçue lors de sa publication, elle a ensuite été citée un très grand nombre de fois, notamment par les

Le traitement de la maladie hémorroïdaire interne passe souvent – au moins au départ – par l'adjonction de fibres alimentaires et/ou sous la forme de laxatifs, surtout chez les patients décrivant une constipation. Le but est d'obtenir une exonération facile de selles formées non dures, sans efforts de poussée. Peu d'études ont toutefois

Pour citer cet article : Zeitoun JD. Tout sur tous les traitements des hémorroïdes. *Hépatogastro* 2011 ; 18 : 197-201. doi : 10.1684/hpg.2011.0560

évalué l'efficacité de la prescription de fibres dans cette indication et leur qualité est souvent limitée. Cette méta-analyse a donc essayé d'élever le niveau de preuve sur ce point pourtant crucial de la prise en charge. Sept essais randomisés totalisant 378 patients ayant pour la plupart des hémorroïdes de grade I à III de Goligher et comparant tous un traitement par fibres à un placebo ont été inclus. La qualité des essais était considérée comme faible. Les risques de non-amélioration ou de persistance symptomatique et de saignements diminuaient respectivement de 47 et 50 % chez les patients traités par fibres par rapport au placebo et ces résultats semblaient durables. Un bénéfice sur le prolapsus, les douleurs et un éventuel prurit était considéré comme possible mais incertain en raison d'intervalles de confiance larges. Une tendance non significative à une fréquence accrue d'effets indésirables chez les patients traités par fibres était observée. Les auteurs de cette méta-analyse concluaient que le traitement par fibres démontrait un bénéfice substantiel sur les symptômes et les saignements liés à une maladie hémorroïdaire.

“ Cette méta-analyse est venue conforter la prescription de fibres dans la maladie hémorroïdaire, pratique quasi-universelle et recommandée par tous. Elle ne permet toutefois pas de conclure quant à un éventuel effet favorable des fibres alimentaires puisque les essais inclus comparaient surtout l'effet de mucilages au placebo. Le rationnel voudrait pourtant que l'enrichissement de l'alimentation en fibres soit également bénéfique. Par ailleurs, l'efficacité de la prescription de fibres chez les patients ayant une maladie hémorroïdaire évoluée (grade III-IV) reste inconnue. D'autres essais incluant un plus grand nombre de patients semblent nécessaires car la qualité des études incluses dans cette méta-analyse était faible, et surtout, des essais comparatifs avec les autres traitements de la maladie hémorroïdaire (veinotoniques et/ou topiques) seraient d'une grande utilité. ”

Hémorroïdectomie avec ou sans ligasure® ?

Nienhuijs S, de Hingh I.
Conventional versus ligasure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2009 : CD006761.

Le système Ligasure® est un dispositif chirurgical dont le fonctionnement est basé sur le principe de thermofusion

et qui permet l'hémostase de vaisseaux dont le calibre peut aller jusqu'à 7 mm. Son utilisation a été croissante dans la chirurgie hémorroïdaire, les aficionados du système arguant que la diffusion restreinte de la chaleur produite participerait d'une réduction des lésions tissulaires et donc de la douleur postopératoire (DPO). Cette méta-analyse a essayé de valider cette hypothèse en colligeant les essais contrôlés et randomisés comparant hémorroïdectomie classique avec et sans Ligasure®. Douze études regroupant 1 142 patients ont été incluses. Le score de douleur à j1 postopératoire était significativement plus bas chez les patients opérés avec le Ligasure®. La plupart des critères de jugement en rapport avec la consommation d'analgésiques et les scores de douleur étaient en faveur du Ligasure®, mais le bénéfice semblait moindre au 14^e jour postopératoire. Il n'y avait pas de différence significative en termes de complications postopératoires, de saignement hémorroïdaire persistant ou d'incontinence. La durée de séjour était similaire entre les patients opérés sans et avec Ligasure®, mais ces derniers recouvraient une activité professionnelle plus précocement. Les auteurs concluaient à la supériorité de l'hémorroïdectomie avec Ligasure® en raison d'une réduction de la DPO sans surmorbidity associée, mais ils estimaient qu'une évaluation à plus long terme des risques de récurrence et d'incontinence était nécessaire.

“ Cette méta-analyse de la Cochrane Collaboration confirme par ses résultats les conclusions d'une précédente étude du même type parue en 2008 dans *Techniques in Coloproctology*. Le Ligasure®, dont la diffusion est variable en France, offre des avantages de moins en moins contestables. Il faut souligner cependant que dans les essais comparatifs inclus, la technique d'hémorroïdectomie sans Ligasure® était effectuée avec des ciseaux diathermiques, ce qui ne correspond pas à la pratique générale sur notre territoire. De plus, l'intérêt du système Ligasure® d'un point de vue médico-économique reste à prouver, son coût étant à mettre en balance avec le bénéfice potentiel en termes de consommation d'analgésiques et de réduction d'arrêt de travail. Par ailleurs, il n'aura échappé à personne que les critères sur lesquels une hémorroïdectomie avec Ligasure® serait supérieure à la même chirurgie sans le dispositif sont superposables à ceux qui ont permis à la technique de Longo de s'imposer comme une alternative crédible à l'hémorroïdectomie classique. D'où l'intérêt de confronter hémorroïdopexie et hémorroïdectomie avec Ligasure®, ce que quelques essais contrôlés et randomisés ont cherché à faire. L'un d'eux a été publié très récemment dans la revue

Diseases of the Colon and Rectum, montrant des résultats similaires entre les deux procédures en termes de DPO, de consommation d'analgésiques, de complications postopératoires, de durée de séjour et de durée d'arrêt de travail. Il y avait plus de récurrences de prolapsus à un an après hémorroïdopexie mais la différence n'était pas significative. Au total, l'hémorroïdectomie avec Ligasure® est certainement une nouvelle pièce du puzzle de l'arsenal thérapeutique dont la place reste à déterminer. ”

Essai prospectif multicentrique randomisé comparant l'efficacité, la morbidité et l'acceptabilité de l'hémorroïdopexie et de l'hémorroïdectomie : fin du débat ?

Thaha MA, Campbell KL, Kazmi SA, et al.
Prospective randomised multi-centre trial comparing the clinical efficacy, safety and patient acceptability of circular stapled anopexy with closed diathermy haemorrhoidectomy. Gut 2009 ; 58 : 668-78.

L'objectif de cet essai était de comparer l'hémorroïdopexie et l'hémorroïdectomie en termes d'efficacité, de morbidité et d'acceptabilité. Cent quatre vingt-deux patients ayant des hémorroïdes de grades II-IV ont été randomisés pour être opérés selon l'une ou l'autre technique et ont été suivis pendant un an. La douleur postopératoire était significativement moindre dans le groupe hémorroïdopexie ($p = 0,004$). Le taux global de complications était similaire entre les deux groupes mais des urgences fécales étaient plus fréquentes dans le groupe hémorroïdopexie ($p = 0,093$). Aucune différence significative n'était constatée à un an en termes de symptôme lié à la maladie hémorroïdaire. Toutefois, le contrôle du prolapsus semblait meilleur dans le groupe hémorroïdectomie ($p = 0,087$) et davantage de patients avaient eu besoin d'un traitement complémentaire à 1 an après hémorroïdopexie ($p = 0,037$). Enfin, davantage de patients considéraient que l'hémorroïdopexie était une excellente opération et se sentaient prêts à être réopérés si besoin ($p = 0,018$). Les auteurs de l'étude concluaient que l'hémorroïdopexie représente une alternative moins douloureuse que l'hémorroïdectomie, avec une meilleure acceptabilité. Bien que l'efficacité et la morbidité globales soient similaires, le taux de « retraitement » à un an est plus élevé après hémorroïdopexie.

“ Sans doute l'une des meilleures études comparatives hémorroïdopexie/hémorroïdectomie. Les résultats n'ont rien de révolutionnaire et viennent

plutôt confirmer ce qui avait été précédemment publié dans plusieurs essais et méta-analyses (moins de douleurs postopératoire, taux de complications similaires, efficacité comparable mais tendance aux récurrences plus fréquentes à terme pour le Longo...), mais c'est la qualité méthodologique de l'essai qui confère à ses résultats leur robustesse. De plus, les auteurs se sont intéressés – fait rare – à des critères « fonctionnels », via un score qu'ils ont élaboré eux-mêmes (non validé certes) et qui prend en compte un certain nombre de symptômes rarement évalués jusqu'alors après chirurgie des hémorroïdes. Au rayon des critiques, on pourra cependant s'interroger sur l'ancienneté des données (< décembre 2002), regretter le recul insuffisant (un an de suivi) et remarquer que les hémorroïdes de grade IV ont été incluses, à contretemps de la tendance actuelle. Enfin, la technique d'hémorroïdectomie est différente de celle que nous avons l'habitude de pratiquer en France puisqu'il s'agit d'une hémorroïdectomie aux ciseaux diathermiques et avec fermeture des plaies. ”

Une nouvelle technique d'hémorroïdopexie transanale « ouverte »

Pakravan F, Helmes C, Baeten C.
Transanal open hemorrhoidopexy. Dis Colon Rectum 2009 ; 52 : 503-6.

L'hémorroïdopexie de Longo et la ligature-doppler des artères hémorroïdales sont des traitements chirurgicaux récents de la maladie hémorroïdaire conceptuellement différents de l'hémorroïdectomie classique puisqu'ils ne cherchent pas à réséquer l'excès de tissu hémorroïdaire symptomatique. La muqueuse sensible potentiellement importante pour la continence est ainsi préservée avec chacune de ces techniques. Pourtant, leur coût élevé a amené les auteurs de cet article à proposer une nouvelle technique d'hémorroïdopexie transanale ouverte. Trente-huit patients ayant des hémorroïdes de grade III ont ainsi été opérés selon cette méthode qui consiste à suturer la muqueuse anale prolapsée à la paroi rectale par un point en Z après avoir réséqué un petit lambeau de muqueuse rectale. Le tout a lieu à environ 4 cm au-dessus de la ligne pectinée en trois ou quatre sites correspondant à l'émergence des paquets hémorroïdaux. Lors de la première consultation postopératoire à une semaine de l'intervention, seuls six patients avaient eu recours aux analgésiques et les autres étaient asymptomatiques. À un mois, trente-quatre patients étaient asymptomatiques,

deux ayant une persistance de prolapsus localisé et deux dénonçant un prurit. Une seule hémorragie post-opératoire sans gravité a été rapportée. Les auteurs concluaient que cette nouvelle technique d'hémorroidopexie transanale ouverte semblait efficace avec l'avantage d'être très économique.

“ Une technique simple, qui semble peu morbide tout en étant efficace et très économique... que demander de plus ? D'autres séries avec des suivis plus longs puis des essais contrôlés et randomisés comparatifs avec les autres techniques chirurgicales. Car c'est vrai que cette méthode qui cherche à reproduire de façon artisanale le résultat anatomique d'une hémorroidopexie de Longo sans la pince de Longo pourrait bien en extraire les avantages sans en supporter les inconvénients : pas de nécessité de dilatation à gros calibre, pas de phase aveugle, pas de saignement post-opératoire sur la ligne d'agrafes, pas de dispositif onéreux. Une technique à suivre. ”

Quels effets vasculaires de l'hémorroidopexie de Longo ?

Aigner F, Bonatti H, Peer S, et al.
Vascular considerations for stapled haemorrhoidopexy. Colorectal Dis 2010 ; 12 : 452-8.

Lorsqu'elle a été initialement décrite par son créateur, le principe de l'hémorroidopexie était de repositionner dans le canal anal les hémorroïdes prolabées et d'en interrompre partiellement la vascularisation. Les auteurs de cette étude ont essayé d'évaluer la validité de ce dernier point. Ils ont donc soumis 37 patients ayant des hémorroïdes de grade III à une échographie-doppler transpérinéale avant et après hémorroidopexie. Dix-sept volontaires sains constituaient un groupe contrôle. Le calibre et le débit artériel des branches terminales de l'artère rectale supérieure étaient mesurés et étaient significativement plus élevés chez les patients par rapport aux témoins. L'hémorroidopexie ne modifiait pas significativement ces mêmes paramètres. Les patients chez qui la maladie hémorroïdaire a récidivé après chirurgie avaient des chiffres de départ significativement plus élevés.

“ Plusieurs messages sont à extraire du dernier article de cette équipe autrichienne qui continue de dérouler la thématique de la vascularisation hémorroïdaire. En premier lieu, il confirme les résultats précédemment obtenus par cette

même équipe et qui sont détaillés ailleurs dans la revue bibliographique. Ensuite, et c'est peut-être le plus important, l'hémorroidopexie ne réduit pas le débit sanguin artériel des plexus hémorroïdaires, ce qui est pour le moins surprenant si l'on se remémore que c'était un des modes d'actions majeurs évoqués lors du développement de cette technique. L'efficacité avérée de l'hémorroidopexie proviendrait donc d'un ou de plusieurs autres mécanismes, une facilitation du retour veineux ayant été évoquée précédemment par les mêmes auteurs. Et pourtant – et c'est là le troisième message – les patients qui avaient un débit sanguin artériel particulièrement élevé dans cette étude étaient davantage sujets à des récides, amenant les auteurs à suggérer que l'évaluation préopératoire par échographie-doppler transpérinéale pourrait être recommandée afin de préciser le choix de la technique, pour préférer une hémorroidectomie classique chez les patients ayant des chiffres de départ très élevés. On est toutefois surpris que la technique de ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales ne soit pas évoquée dans la discussion de l'article, tant elle semble au cœur du sujet. ”

Quelle prise en charge evidence-based de la douleur après chirurgie des hémorroïdes ?

Joshi GP, Neugebauer EA; Prospect Collaboration.
Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery. Br J Surg 2010 ; 97 : 1155-68.

La douleur postopératoire (DPO) est une préoccupation majeure lors de la chirurgie des hémorroïdes même si aucune stratégie de prise en charge rationnelle et codifiée n'existe. Le but de cette revue systématique était d'évaluer la littérature disponible sur la prise en charge de la DPO après chirurgie hémorroïdaire. Toutes les études randomisées écrites en anglais publiées entre 1966 et juin 2006, se focalisant sur la DPO après chirurgie des hémorroïdes, ont été inventoriées. Sur les 207 articles candidats, 65 ont été finalement retenus et inclus dans la revue systématique. Les auteurs recommandent le recours systématique à une infiltration périnéale par un anesthésique local, dans une perspective exclusive ou adjuvante. Cette infiltration périnéale est considérée comme préférable aux blocs périphériques. Une anesthésie générale ou une infiltration par un anesthésique local semble par ailleurs préférable à une rachianesthésie,

notamment car elles permettent une prise en charge ambulatoire. Des antalgiques non opiacés (paracétamol, AINS) doivent être utilisés dans la mesure du possible, en prenant soin de les administrer avant et pendant l'opération afin de couvrir la période postopératoire immédiate. D'un point de vue chirurgical, la technique de Longo doit être proposée afin de minimiser la DPO. La prise de laxatifs et de métronidazole débutés avant l'intervention participent également à réduire la DPO.

“ Cette revue très récente permet de faire le point efficacement sur les données disponibles concernant la prise en charge de la DPO après chirurgie des hémorroïdes. Elle met en valeur l'infiltration périméale trop rarement pratiquée en France et qui devrait être systématique, au moins en association aux techniques « classiques »

d'anesthésie. En revanche, les opiacés sont déconseillés car ils sont fréquemment responsables d'une constipation qui peut retarder la réhabilitation postopératoire. Un algorithme clair et facile de prise en charge est proposé dans l'article qui devrait être affiché dans tous les services concernés comme protocole de soins standardisé. En revanche, l'intérêt de cette revue est plus modeste concernant le choix de la technique, puisqu'elle préconise l'hémorroïdopexie en se plaçant uniquement sous l'angle de la DPO et occultant les autres paramètres pourtant non dépourvus de pertinence clinique (récidive de prolapsus). Enfin, une limite majeure de cette revue systématique réside dans la grande variabilité des essais inclus en termes de qualité méthodologique. ”