

HÉMORROÏDES

PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LA PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE

La maladie hémorroïdaire est assez fréquente puisqu'elle représente la première cause de consultations en proctologie. En moyenne, plus de 50 % de la population de plus de 50 ans a souffert de crise hémorroïdaire.

La pathologie hémorroïdaire ou plus communément appelé « hémorroïdes » est une affection bénigne qui s'exprime par des manifestations fonctionnelles intermittentes non spécifiques. Ces manifestations ne doivent être traitées comme telles que si elles sont clairement en rapport avec une maladie hémorroïdaire.

Les paquets hémorroïdaires sont des formations vasculaires normales de l'anus. Ils interviennent dans 15 à 20 % de la pression de repos de la fermeture du canal anal et jouent donc un rôle pour l'occlusion précise de l'anus. Pour des raisons diverses et variées, ces paquets vasculaires peuvent se dilater et les ligaments qui les soutiennent peuvent s'étirer et créer les conditions favorables à l'apparition d'une pathologie hémorroïdaire. Beaucoup de causes sont évoquées mais peu sont scientifiquement démontrées. Le principal facteur favorisant la survenue d'hémorroïdes peut être le fait de pousser et rester longtemps aux toilettes, une constipation fréquente et parfois des diarrhées importantes.

Sur le plan anatomique, il y a deux types de paquet hémorroïdaire :

- les hémorroïdes externes qui sont proches de la marge de l'anus,
- les hémorroïdes internes situées à l'intérieur du canal anal.

COMMENT SE MANIFESTE LA PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE ?

Les principaux symptômes sont :

- les saignements d'importance variable souvent constatés dans la cuvette des toilettes après les selles,
- les douleurs de l'anus ou autour de l'anus ou péri-anales (de la lourdeur péri-anale à la douleur brutale très intense pouvant correspondre à un épisode de thrombose hémorroïdaire ou caillot de sang dans l'hémorroïde), Cette douleur est parfois seulement ressentie comme une simple démangeaison anale (ou prurit anal),
- le prolapsus anal (circulaire ou localisé). Le patient décrit alors « l'extériorisation d'une boule au niveau de l'anus », boule qui se réintègre parfois spontanément, parfois nécessaire de ré-intégrer soi-même ou parfois qui ne peut pas être ré-intégrée.

Tous ces symptômes peuvent évoluer isolés ou associés, et de façon progressive ou par poussées.

Il existe une classification de la pathologie hémorroïdaire en fonction du degré d'extériorisation des hémorroïdes. Le grade I correspond à des symptômes hémorroïdaires sans extériorisation, le grade II correspond à une extériorisation fugace des paquets hémorroïdaires lors de la défécation, on parle de grade III lorsque cette extériorisation est franche lors de la défécation ou à l'effort de poussée (toux, pour uriner par exemple) et qu'elle nécessite une ré-intégration digitale, le grade IV correspond à une extériorisation permanente que l'on ne peut pas réduire, on parle aussi de prolapsus hémorroïdaire.

QUAND FAUT-IL TRAITER LES HÉMORROÏDES ?

Il ne faut proposer un traitement que pour les patients qui présentent des hémorroïdes symptomatiques. Il existe trois possibilités de traitement : médical, instrumental, chirurgical. Ces trois possibilités seront proposées en fonction de la symptomatologie, du grade et de l'évolution des hémorroïdes.

La prévention doit d'abord mettre en œuvre toutes les mesures permettant d'éviter une constipation chronique. Il y a des mesures hygiéno-diététiques telles qu'une bonne hydratation, une alimentation régulière en fibres alimentaires, ainsi qu'une activité physique auxquelles nous pouvons associer des modificateurs du transit (laxatif, mucilages, etc....).

En cas de crise aiguë hémorroïdaire, un traitement médical est le plus souvent proposé en première intention. Celui-ci consiste à prescrire des antalgiques, des anti-inflammatoires, des laxatifs et des pommades locales (topiques à base de corticoïdes, voire d'anesthésiques locaux), voire des suppositoires.

Le traitement instrumental est le plus souvent proposé par votre gastro-entérologue/proctologue, dans les premiers stades évolutifs de la pathologie hémorroïdaire. Il consiste à réaliser, soit des ligatures élastiques sur les paquets hémorroïdaires, soit des injections de produits sclérosants, soit une photocoagulation aux infrarouges. Ces traitements, sans complication majeure et qui peuvent être répétés 2 à 3 fois, sont souvent efficaces pour traiter la symptomatologie dans les premiers temps et premiers stades de la maladie mais ont un taux de récurrence certain amenant souvent le patient à consulter un chirurgien proctologue pour envisager un traitement chirurgical plus efficace.

QUAND FAUT-IL ENVISAGER UN TRAITEMENT CHIRURGICAL DE VOTRE PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE ?

L'indication chirurgicale du traitement des hémorroïdes est portée devant la présence de troubles entraînant une gêne importante dans la vie quotidienne. Elle est posée en fonction de la taille et du grade de la maladie hémorroïdaire, devant l'échec des traitements médicaux et instrumentaux, ou devant l'existence d'autres anomalies de l'anus justifiant un geste chirurgical associé (fissure anale ou marisque).

Lorsque la prise en charge médicale ou instrumentale ne suffit plus ou ne contrôle plus la pathologie hémorroïdaire, votre médecin traitant ou le gastro-entérologue qui vous suit vous orientera vers un chirurgien pour vous proposer une solution chirurgicale.

Seulement 15% des patients présentant une pathologie hémorroïdaire nécessiteront un traitement chirurgical.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS PROPOSÉES ?

La chirurgie des hémorroïdes a progressé ces dernières années afin de réaliser un traitement le plus efficace possible tout en étant le moins douloureux pour le patient.

Il existe plusieurs procédés d'hémorroïdectomies chirurgicales. Le plus connu est celui de Milligan et Morgan, procédé d'hémorroïdectomie pédiculaire (ablation complète de l'hémorroïde emportant le pédicule vasculaire). Les autres traitements chirurgicaux sont : l'hémorroïdopexie agrafée (anopexie) circulaire selon Longo, les hémorroïdectomies par ligatures des artères hémorroïdales (HAL-doppler associé parfois à une mucopexie ou ré-intégration du prolapsus hémorroïdaire ou RAR), la thermo-ablation hémorroïdaire par radiofréquence voire par laser.

Notre centre propose la technique classique d'hémorroïdectomie(s) selon Milligan et Morgan ainsi que, dans certains cas, les hémorroïdectomies par ligatures des artères hémorroïdales (HAL-doppler associé parfois à une mucopexie ou ré-intégration du prolapsus hémorroïdaire ou RAR). Ces 2 techniques sont validées par la Société Nationale Française de ColoProctologie (SNFCP). En fonction des symptômes et des données de l'examen, chaque patient étant spécifique, l'une ou l'autre des techniques sera proposée et parfois les 2 peuvent être associées.

La prise de décision entre les 2 techniques ou leur association peut parfois ne pas être décidée lors de l'examen proctologique au cabinet (examen impossible du fait de la douleur, examen peu contributif), elle sera alors plus facilement prise lors d'un examen sous anesthésie générale, l'examen anal étant parfois plus réalisable dans cette condition qu'en consultation.

EN QUOI CONSISTE L'HÉMORROÏDECTOMIE SELON MILLIGAN ET MORGAN ?

L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan, intervention très ancienne (dès 1937) pratiquée dans de nombreux centres chirurgicaux, consiste à enlever les paquets hémorroïdaires profondément dans l'anus. Il s'agit d'un procédé d'hémorroïdectomie pédiculaire avec ligature/section interne, par un fil résorbable, du pédicule vasculaire qui alimente le paquet hémorroïdaire. Réalisée le plus souvent sous anesthésie générale mais parfois sous rachi-anesthésie, cette intervention dure en moyenne entre 20 et 30 minutes. En début d'intervention, il sera réalisé une anesthésie loco-régionale en complément de l'anesthésie générale. Cette anesthésie loco-régionale correspond à la réalisation d'un bloc dit pudendal (nerf innervant la région opérée). Ce bloc permet de prolonger l'analgésie plusieurs heures après l'intervention et de diminuer le recours à des antalgiques comme la morphine dont les effets secondaires (nausées, vomissements, rétention d'urine, constipation) sont parfois désagréables.

Cette technique d'hémorroïdectomie est très efficace puisque 9 personnes opérées sur 10 seront satisfaites de ce procédé.

À l'issue de l'intervention, et en fonction de la répartition des paquets hémorroïdaires, il reste 1 à 4 cicatrices "ouvertes" que l'on laisse cicatriser par repousse tissulaire progressive (bourgeonnement cellulaire). Cette cicatrisation peut prendre 4 à 8 semaines. Il est indispensable de conserver 3 bandes cutanéomuqueuses saines non altérées par le geste chirurgical (ponts) entre les zones de résection pour permettre la cicatrisation du conduit anal sans rétrécissement fibreux cicatriciel (sténose) et garantir la persistance d'une sensibilité de l'anus. S'il s'avère qu'après résection des 2 premiers paquets hémorroïdaires, que la préservation de ce pont cutanéomuqueux n'est plus possible, le chirurgien peut décider en per-opératoire (pendant l'intervention) de ne réaliser qu'une hémorroïdectomie partielle qui ne concernera alors qu'un ou deux paquets hémorroïdaires. Il sera alors nécessaire de réaliser une hémorroïdectomie complémentaire par la suite lors d'une 2ème intervention après cicatrisation des premier(s) lit(s) d'hémorroïdectomie(s).

QUELLES SONT LES SUITES HABITUELLES DE L'INTERVENTION DE MILLIGAN ET MORGAN ?

Le séjour postopératoire est le plus souvent effectué en ambulatoire. Si tous les critères cliniques sont réunis et si un accompagnant est présent, vous pourrez alors rejoindre votre domicile le soir même de l'intervention. Lorsque le séjour est réalisé en ambulatoire, notre équipe vous propose une prise en charge par un prestataire de soins postopératoires (STUDIO SANTÉ®). Ce prestataire s'occupe de vous fournir tout le matériel, et les soins postopératoires immédiats sur les 3 à 5 premiers jours après votre sortie de l'hôpital. Si vous décidez de bénéficier des services de STUDIO SANTÉ®, vous quittez donc l'hôpital avec votre cathéter veineux afin que l'infirmière qui vous accueillera à domicile puisse faire le relais pour le contrôle de la douleur (antalgie) et vous administrer, en supplément des médicaments que votre chirurgien vous a prescrits par ordonnance, un antalgique intraveineux par diffuseur toutes les 12 heures sur ces 3 à 5 jours postopératoires immédiats.

Toutefois, l'hospitalisation ambulatoire peut être transformée en hospitalisation de 1 à 2 jours, en fonction des suites cliniques postopératoires.

Durant votre séjour (ambulatoire ou prolongé), l'équipe médicale veille à limiter la douleur qui est le principal inconvénient de l'intervention. Elle surveille la reprise de vos mictions (urine) et de votre transit intestinal ainsi que l'absence de saignement abondant.

Des soins locaux simples (hygiène par douche ou bain de siège à l'eau savonneuse, matin et soir et après chaque selle) sont nécessaires dans les suites opératoires et seront poursuivis à domicile. Les plaies cicatrisent en 3 à 6 semaines. Afin de limiter le risque de rétrécissement fibreux cicatriciel de l'anus opéré, vous devrez, dès que la douleur diminue, effectuer un auto-toucher rectal avec une pommade cicatrisante quotidiennement. L'arrêt de travail est habituellement de 3 à 6 semaines. Votre chirurgien effectuera une première consultation postopératoire à la 3ème semaine voire une seconde 3 semaines après si nécessaire.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS À COURT TERME DE L'INTERVENTION DE MILLIGAN ET MORGAN ?

Les douleurs postopératoires peuvent être plus intenses que prévues. Elles nécessitent alors une intensification du traitement médicamenteux.

Il peut exister des difficultés à uriner. Vous devez alors consulter immédiatement votre chirurgien ou vous rendre aux urgences de l'hôpital. Un sondage urinaire temporaire est parfois nécessaire.

Une hémorragie postopératoire peut survenir de façon précoce mais aussi de façon tardive entre le 5ème et le 12ème jour. Elle nécessite très rarement une nouvelle prise en charge chirurgicale en urgence (2 %).

Le transit peut être ralenti malgré les laxatifs prescrits par votre chirurgien, laxatifs que vous aurez commencés 48h avant l'intervention et que vous devrez prendre de façon systématique en postopératoire. La douleur postopératoire peut contribuer au ralentissement de ce transit. Il est parfois nécessaire de réaliser un lavement évacuateur.

La survenue d'une infection locale est très rare (< 2%), elle peut nécessiter une ré-intervention. Il peut exister un retard de cicatrisation, au-delà des 4 à 6 semaines attendues (10 à 20%).

Les douleurs, les petits saignements, un suintement intermittent (soiling) et des difficultés à distinguer gaz et selles sont fréquents tant que les plaies ne sont pas cicatrisées. Ces signes ne doivent pas être considérés comme complications en tant que telles et disparaissent progressivement au fil des semaines postopératoires.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS À LONG TERME DE L'INTERVENTION DE MILLIGAN ET MORGAN ?

Des dysfonctionnements de la continence anale, pré-existants avant la chirurgie, secondaires notamment à des accouchements difficiles, à des troubles du transit ou à des antécédents de chirurgie proctologique peuvent entraîner des troubles de la continence. Vous devez en informer votre chirurgien lors de la consultation pré-opératoire car ces dysfonctionnements peuvent modifier la prise en charge.

Des troubles de la continence peuvent également être en rapport avec une modification de la zone sensible de l'anus liée à l'hémorroïdectomie.

Une cicatrisation importante (ou fibrose) du canal anal peut également survenir, entraînant une difficulté d'évacuation et des douleurs (sténose anale). Cette sténose nécessite, dans de rares cas, une dilatation sous anesthésie générale. Des replis de peau (marisque) et une cicatrisation disgracieuse sont parfois observés.

EN QUOI CONSISTE LA TECHNIQUE DE CURE D'HÉMORROÏDES PAR HAL-DOPPLET AVEC RAR ?

La cure d'hémorroïdes par HAL-doppler avec RAR (Hemorroïdal Artery Ligature avec Recto-Anal Repair, ou mucopexie anale) consiste en une ligature des artères hémorroïdales qui sont repérées par une sonde positionnée dans le canal anal muni d'un micro-émetteur Doppler et d'un canal opérateur permettant la réalisation de la ligature. Cela réduit l'apport sanguin dans les paquets hémorroïdaires. Il n'y a pas d'ablation des hémorroïdes. Le constat d'efficacité peut parfois ne se faire qu'au bout du premier voire du deuxième mois postopératoire. Une mucopexie anale (ou RAR ou Recto-Anal Repair) est parfois associée permettant de ré-intégrer et fixer en intra-anal les prolapsus ou procidences (comme un "lifting" de la muqueuse hémorroïdaire prolabée). L'efficacité de ce traitement est évaluée à environ 90% à 1 an et 70% à 5 ans.

QUELLES SONT LES SUITES ATTENDUES APRÈS HAL-DOPPLER AVEC RAR ?

Cette intervention, réalisée en ambulatoire, moins douloureuse que le Milligan-Morgan ne nécessite pas de soins locaux. Toutefois, il pourra vous être aussi proposé une prise en charge de la douleur postopératoire par l'équipe de STUDIO SANTÉ®. L'arrêt de travail est habituellement d'une semaine mais peut être plus long si un geste d'exérèse de marisques est associé ou en cas de douleurs postopératoires importantes (rares).

À QUELLES COMPLICATIONS EXPOSE LE HAL-DOPPLER AVEC RAR ?

Les complications après HAL-doppler avec RAR sont rares. Toutefois, il a été décrit des saignements immédiats ou retardés, des rétentions urinaire aiguë (difficulté à uriner) pouvant parfois nécessiter le recours à un sondage urinaire temporaire. De très rares cas d'abcès du canal anal ont été décrits. Certains patients décrivent l'apparition de faux besoins (envie d'aller à la selle alors que le rectum est vide) qui finissent par disparaître. Il peut exister des épisodes de thromboses hémorroïdaires réactionnelles à l'ischémie provoquée par la ligature artérielle. Il n'est pas décrit de complications à long terme dans la littérature scientifique mais peu d'études sont disponibles. La ligature des artères hémorroïdales sous Doppler n'empêche pas une éventuelle chirurgie de la maladie hémorroïdaire si elle devait s'avérer nécessaire plus tard.