

# Chirurgie Hémorroïdaire

## Le choix des armes

**Philippe Godeberge**

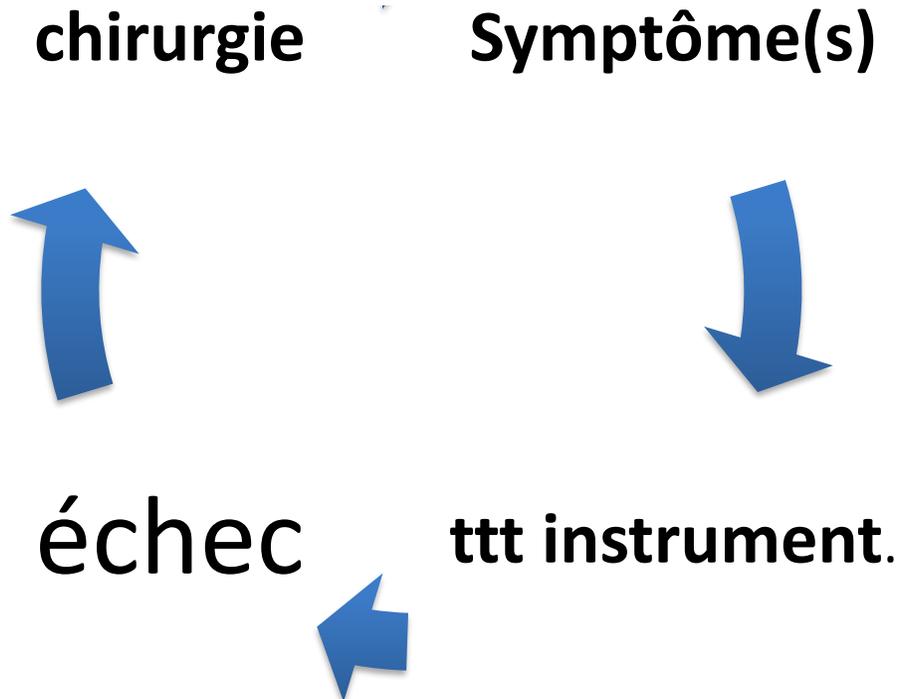
**Clinique du Trocadéro – Institut Mutualiste Montsouris**  
**Paris – Université Paris V**

## LIENS D'INTÉRÊT

- **Consultant :**
  - **Sanofi,**
  - **Ethicon endosurgery**
  - **LLS,**
  - **Johnson & Johnson**
- **Prix – Aide à la recherche :**
  - **Norgine Pharma,**
  - **LLS**

- Connaître les **différentes méthodes** et leur efficacité sur les symptômes d'appel
- Connaître la **morbidity** et les facteurs de risque de **complications** de la chirurgie hémorroïdaire
- Décrire les **méthodes d'avenir** qui pourraient limiter la morbidité et les séquelles
- Quand doit-on proposer une **hémorroïdectomie pédiculaire** plutôt qu'un traitement conservateur

## La chirurgie hémorroïdaire un autre regard



## RAPPEL des fondamentaux

- La maladie hémorroïdaire est une pathologie bénigne du canal anal
- Les symptômes sont nombreux peu spécifiques (imputabilité)
- Il s'agit avant tout d'une maladie dégénérative

Pour établir un nouveau paradigme il faut:

- **Combattre les idées fausses:**
  - **Chirurgie = définitif**
  - **Éviter à tout prix**
- **Se baser sur les données factuelles**
- **La chirurgie n'est pas un objectif**
- **Base du choix est problème complexe**
  
- **La solution ? T to T**



# JFHOD 2018

PARIS

Thématique  
**LA DOULEUR**

Invitée :  
LA ROUMANIE

22/25 MARS



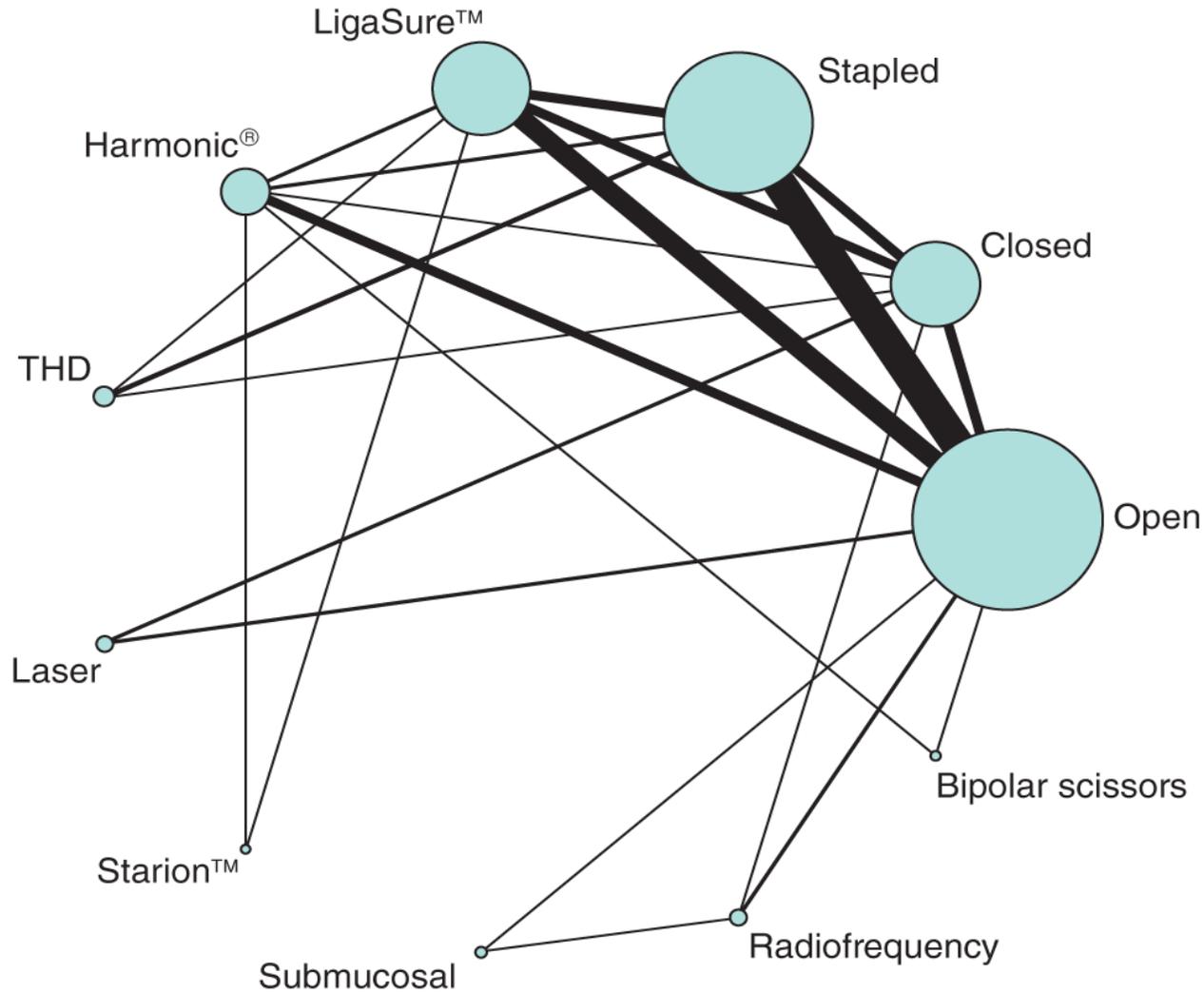
**P**atient

**O**bjectif

**M**éthode



**Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids**



Méthodes	Objectifs	Patients
Ablation		
Mini invasif		
Anopexie		
HAL -Doppler		

## Objectif -> contrôle des symptômes

- Uniquement si lien direct
- Ni une nécessité Ni une urgence
  - Exceptions:
    - Anémie sévère
    - Polythrombose non contrôlée
    - Prolapsus irréductible

# Prolapsus

- Toutes les procédures sont efficaces (< 1 an)
- Ablation > Anopexie > HAL Doppler
- Ablation < Anopexie < HAL Doppler (complications- douleurs)
- Grade 4 : Ablation seule (récidive MI > 50%)

## Saignement

- Toutes les procédures sont efficaces (< 1 an)
- La médecine aussi ;-)
- Ablation <Anopexie < HAL Doppler (complications- douleurs)
- Définitif

# Saignement

- Toutes les procédures sont efficaces (< 1 an)
- La médecine aussi ;-)
- Ablation < Anopexie < HAL Doppler (complications- douleurs)
- Définitif ?



- **Qu'est ce que la récurrence ?**
- **Objectif raisonnable ?**
- **Une promesse raisonnable ?**

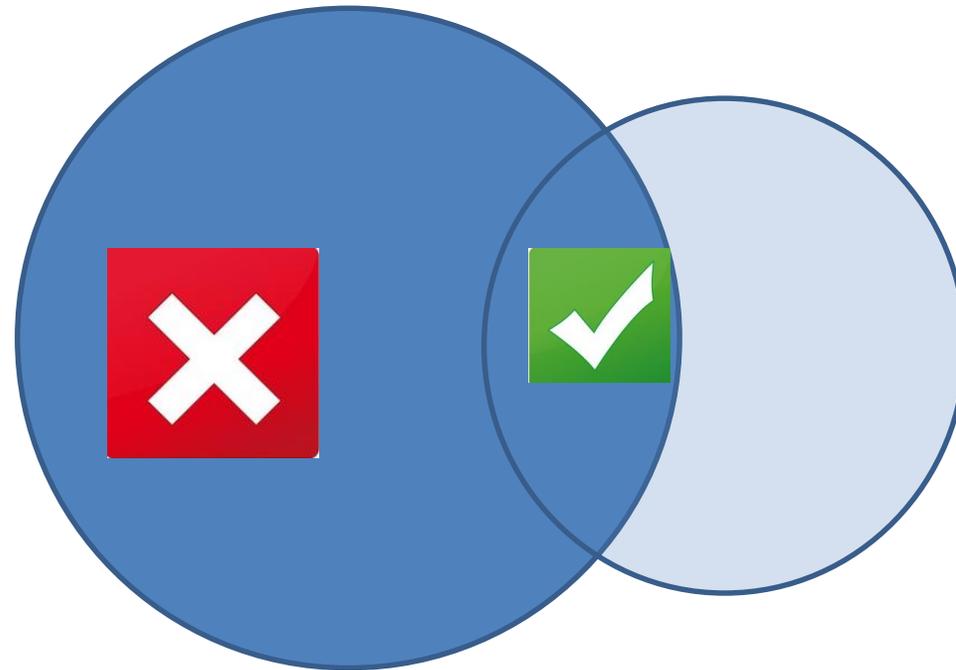
[Dis Colon Rectum](#). 2000 Apr;43(4):503-6.

**Hemorrhoidectomy vs. Lord's method: 17-year follow-up of a prospective, randomized trial.**

[Konsten J<sup>1</sup>](#), [Baeten CG](#).

# Les autres symptômes : douleur , prurit, suintement

Population générale -pathologie hémorroïdaire



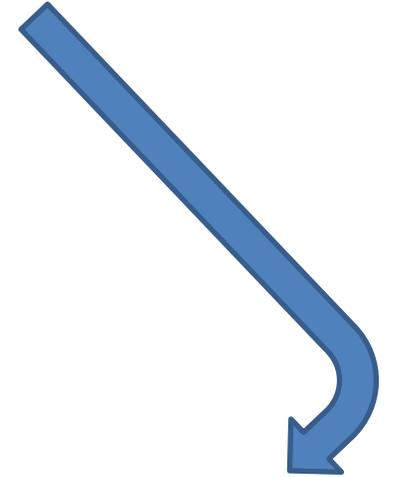
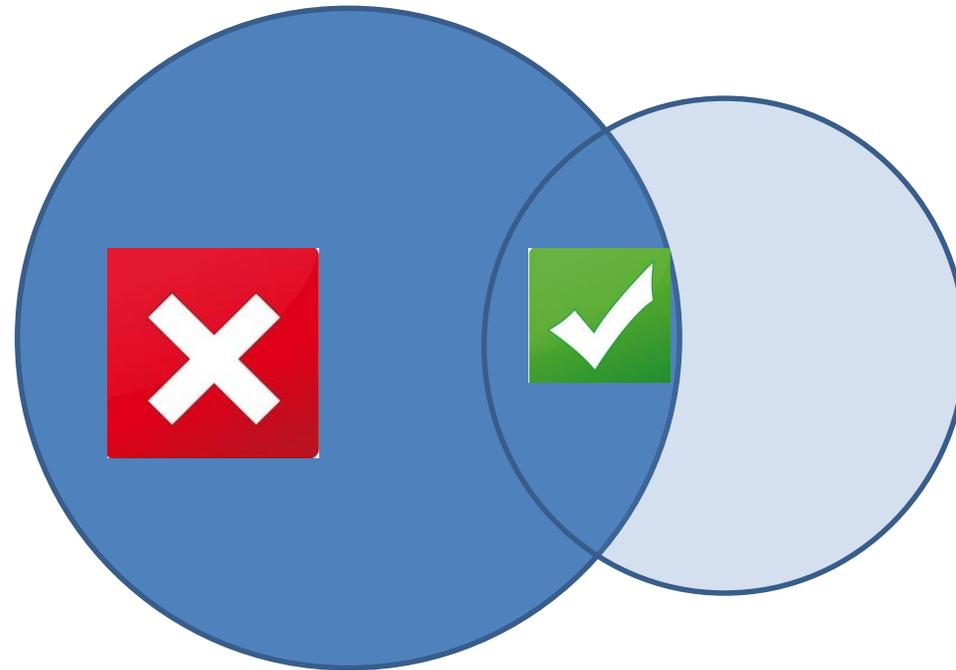
Br J Surg. 1981 Apr;68(4):247-9.

**The importance of pain, pruritus and soiling as symptoms of haemorrhoids and their response to haemorrhoidectomy or rubber band ligation.**

Murie JA, Sim AJ, Mackenzie I.

# Les autres symptômes : douleur , prurit, suintement

Population générale -pathologie hémorroïdaire

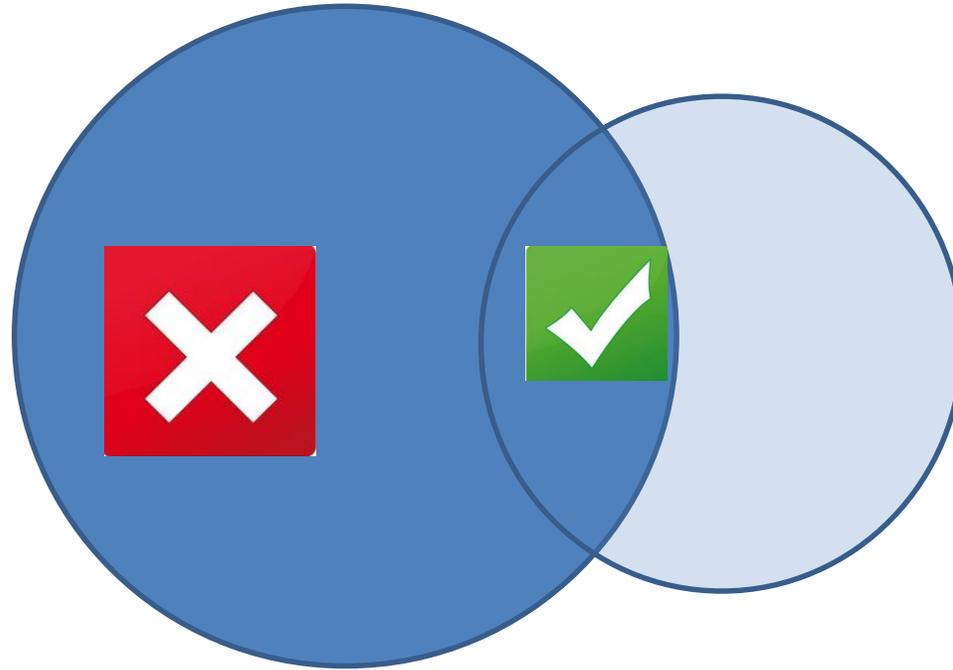


- Suintement ou incontinence ?
- Facteurs étiologiques communs
- Hygiène locale = insatisfaction

# Les autres symptômes : douleur , prurit, suintement

Population générale - pathologie hémorroïdaire

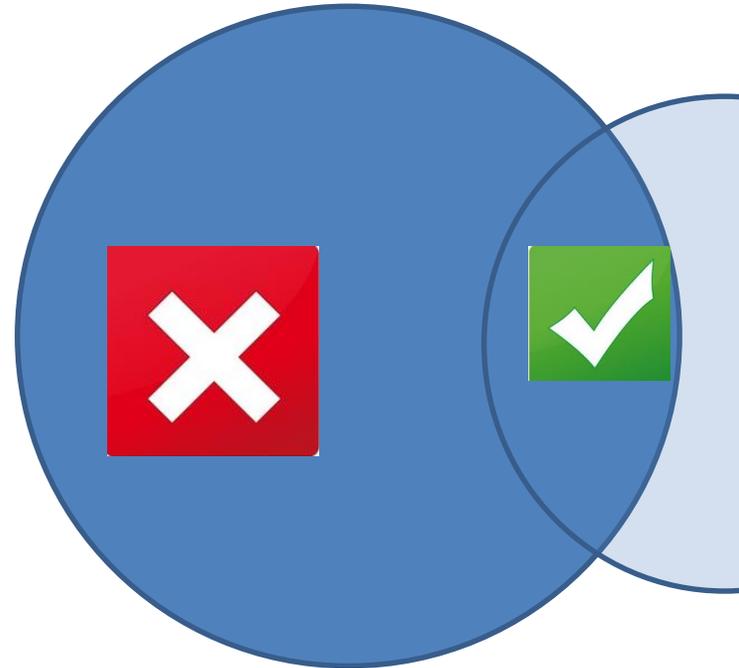
• **Thromboses ?**



# Les autres symptômes : douleur , prurit, suintement

Population générale -pathologie hémorroïdaire

- Thromboses ?
- Lésions associées
- Hypertrophie papillaire



# Patients

3 composantes: **le terrain** , les souhaits, les complications

## 1 Anticoagulants / antiagrégants

- Problème fréquent (50% au-delà 45ans)
- Effet secondaire acceptable? Seuil?
- Aspirine : tout (autre : rien)
- Naco : rien
- AVK : arrêt/ réduction (INR <1.5)
- Méthode sous AVK :
  - HAL doppler grade < 3
  - Ablation avec ligasure grade 4

# Patients

3 composantes: **le terrain** , les souhaits, les complications

## 2 Incontinence présente ou potentielle

- Sous évaluée (y compris pas l'HGE)
- Risque de majoration
- Pas de sphinctérotomie +++
- Accepter un objectif moins ambitieux (LE ?)
- Anticiper

## Facteurs de risque

- Diarrhée chronique
- Dénervation latente
- Rupture quiescente
- Autre incontinence (Urinaire)
- Autre prolapsus

# Patients

3 composantes: le terrain , **les souhaits**, les complications

- **Définitif : Ablation > anopexie > HAL doppler**
- **Crainte de l' IA**
- **Aspect plastique**
- **Sexualité (sténose, agrafe)**
- **Immobilisation courte / ambulatoire**
  - **Arguments: taux de récurrence, nature de la maladie, prise en charge post op.**
  - **HAL > Anopexie > Ablation**

# Quelle méthode (arme)

- Ablation: ouverte, fermée, semi fermée
- Au ciseaux, harmonic, ligasure, BE, ciseaux bipolaires,
- Anopexie
- Ligature artérielle avec ou sans doppler
- Doppler avec laser sans ligature
- En développement : coagulation tissulaire (radiofréquence, laser filac)
- Mucopexie sans doppler
- Combinaison ?

Méthodes	Objectifs				Patients			
	Prolapsus	Sang	Autre	Thr.	Aspi/Avk	IA	Amb	C
Ablation	XXX	XX	ns	XXXX	XXX/XX	X	X	XXX
Mini invasif								
Anopexie	XX	XX	ns	0	XXX/X	X	XX	XX
HAL -Doppler	X	XX	ns	0	XXX/XXX	XXX	XXX	X

# La bonne arme

- Celle qui répond le mieux à l'objectif défini en commun avec le patient
- Qui est adaptée au patient :
  - Demande
  - Terrain
- Qui minimise les complications potentielles
- Qui est la mieux maîtrisée
- La moins chère (?)
- En résumé:
  - L'ablation au ligasure si possible;
  - L'anopexie en l'absence de composante externe et de risque d'IA
  - HAL doppler en acceptant un taux d'échec plus élevé

# Les nouvelles armes

- **Coagulation tissulaire par radio fréquence ou laser**
- **Pas de concept novateur**
- **Évolution technologique pas conceptuelle**
- **Possible en ambulatoire**
- **Maladie interne seule (mini invasif)**
- **Aucune étude de niveau > C**
- **Ambulatoire**

## POINTS FORTS

- Le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire **le plus performant** reste à moyen et long terme, la **chirurgie ouverte**; mais au prix d'une **morbidity significativement plus élevée**, qui doit faire discuter avec le patient des alternatives.
- **Toutes les méthodes chirurgicales ont une efficacité similaire** sur le contrôle des symptômes cardinaux de la maladie (saignement, prolapsus), mais au prix d'une taux de récurrence à court et moyen terme plus élevé pour les techniques mini invasives (Anopexie, THD).
- **Les troubles de la continence**, latents ou préalables à la chirurgie, doivent favoriser une approche la moins morbide possible, notamment en privilégiant les traitements instrumentaux, quitte à devoir les renouveler (ligature élastique).
- la chirurgie est possible sous aspirine. Sous anticoagulants, elle est envisageable si le bénéfice attendu est élevé au regard d'un risque important en cas d'abstention. La substitution par une HBPM est plus risquée que le maintien d'un INR modéré sous AVK. **La période de risque hémorragique post opératoire est plus courte qu'avec les traitements instrumentaux répétés.**
- la prise en compte des **souhaits du patient reste un critère de choix essentiel**, pour cette maladie majoritairement bénigne

