JFHOD 2014
www.jfhod.com 20 - 23 mars - Paris

Société Nationale Française de Colo-Proctologie

PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE

A L'HEURE DES RECOMMENDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2013

Thierry HIGUERO – JFHOD – Paris 2014

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Johnson& Johnson Santé Beauté France
- Bayer Healthcare SAS

Objectifs pédagogiques

Connaître les indications et la place des traitements médicaux ; connaître les différents types de traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire et leurs indications

Savoir quand recourir à un geste chirurgical pour le traitement de la maladie hémorroïdaire et quel type de chirurgie proposer

Pouvoir proposer des algorithmes simples de prise en charge thérapeutique en fonction de la nature des plaintes et de l'aspect anatomique des hémorroïdes

Maladie hémorroïdaire

Affection bénigne qui s'exprime par des symptômes non spécifiques

Examen clinique nécessaire au diagnostic

Objectif du traitement: soulager les symptômes

« N'est hémorroïdaire que celui qui s'en plaint »

Saignements, prurit, douleurs, soiling, procidence

Gradation anatomique de Goligher : I, II, III, IV

Imparfaite mais oriente vers le type de traitement

Traitement médical de la maladie hémorroïdaire

Traitements locaux

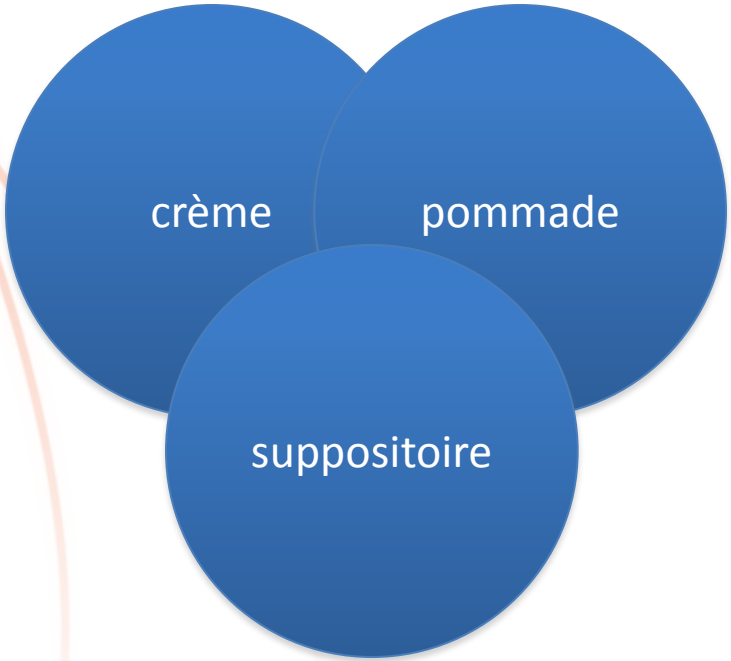
Traitements par voie générale

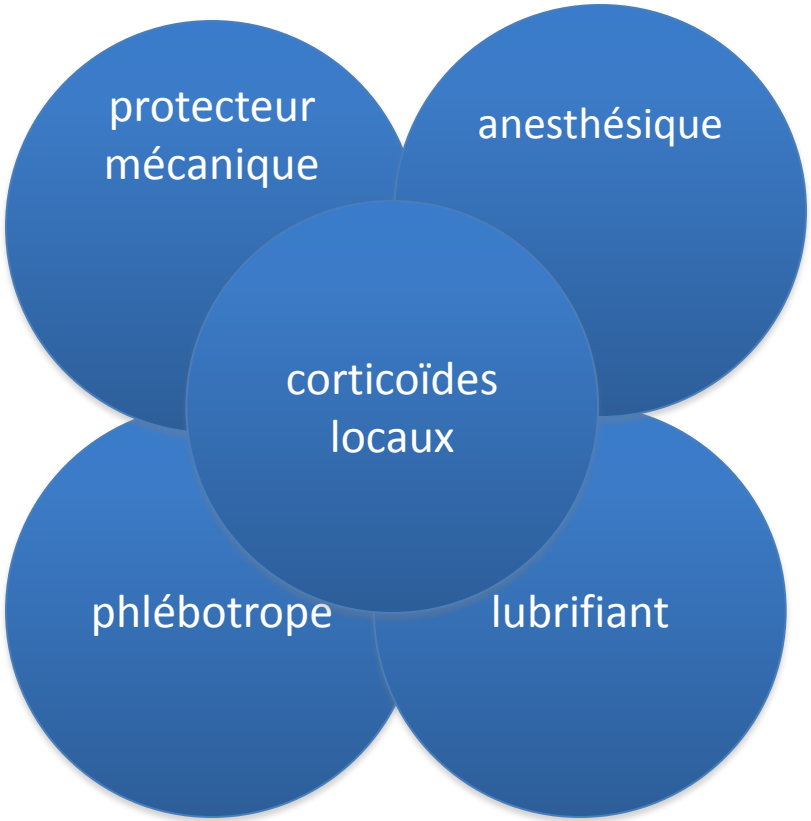
Méthodologie RPC

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	**Grade des recommandations**
Niveau 1 - es	**A** Preuve scientifique établie
Niveau 2 tudes de cohorte	**B** Présomption scientifique
Niveau 3 - moins	**C** Faible niveau de preuve
Niveau 4 ries de cas	

Traitements locaux: Topiques





Traitements locaux: Topiques

Topiques	Recommandés en cas de manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire (grade B)

Traitements per os: Régulateurs du transit

Fibres alimentaires	Diminuent de moitié le saignement et la récidive des symptômes (niveau 2)
Mucilages Laxatifs osmotiques Freinateurs du transit	Recommandées en cas de maladie hémorroïdaire dans le traitement des manifestations aiguës et dans la prévention des récidives (grade B)

Traitements per os: Phlébotropes

Phlébotropes

Efficaces en cas de symptômes aigus de la maladie hémorroïdaire interne (niveau 1)

Recommandés en cas de manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire (saignement et douleur) à court terme (grade A)

Diminuent le risque de récidive des symptômes à 6 mois (niveau 2)

Doute sur l'absence de biais de publication

Traitements per os: Autres

AINS	Recommandés en cas de douleur en rapport avec une thrombose hémorroïdaire douloureuse (AP1)
Antalgiques	Peuvent être prescrits en cas de douleur insuffisamment contrôlée (éventuellement associés aux AINS)
Corticoïdes	En cas de thrombose externe œdémateuse avec contre indication aux AINS (avis d'expert)

Traitement médical: En pratique

En cas de pathologie hémorroïdaire interne

Il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit et des topiques
Les phlébotropes sont autorisés
Les AINS et les antalgiques peuvent y être associés en fonction de l'intensité de la douleur (AP2)

En cas de thrombose hémorroïdaire douloureuse, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques (AP1 et AP2)

Traitement médical: Cas particuliers

Femme enceinte et en post-partum

Régulation du transit: diminue le risque de poussée hémorroïdaire

Traitement médical:

reste le traitement de première intention (avis d'expert)

Topiques, laxatifs, paracétamol et phlébotropes autorisés (www.lecrat.org)

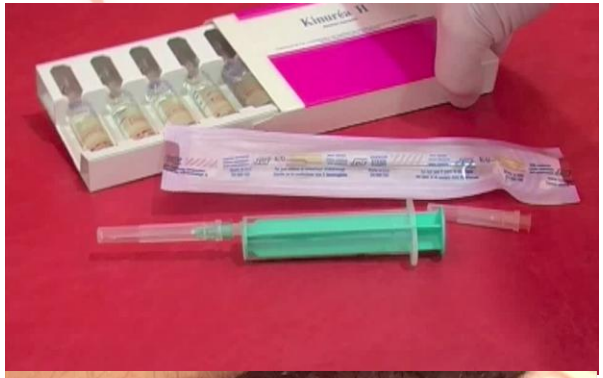
Corticoïdes en cure courte en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse

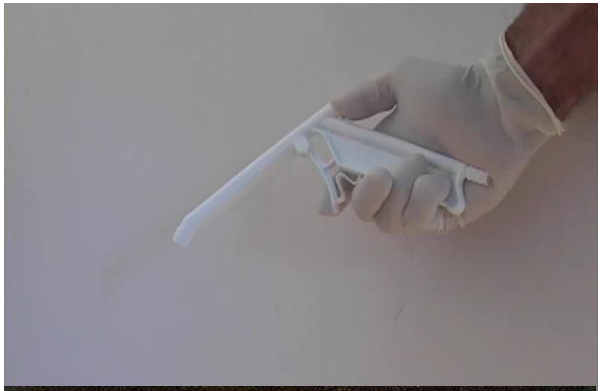
Morphine en cure courte (avis d'expert)

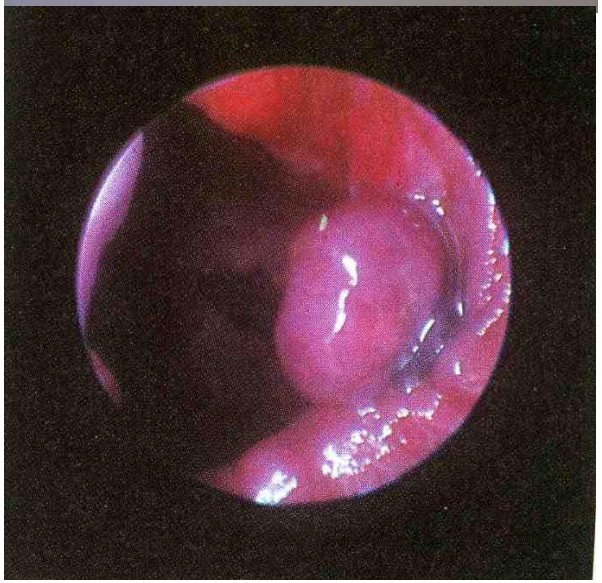
Tramadol ou codéine en cas de besoin

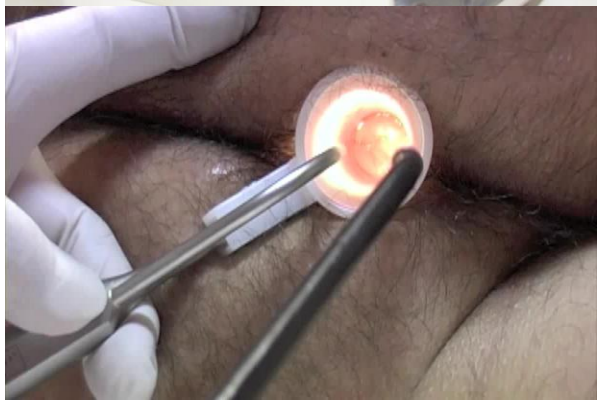
A actualiser
www.lecrat.org

Traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire









Traitement instrumental

PRINCIPAUX TRAITEMENTS	Indications	
Infrarouges	Grade 1 et 2	
Injections sclérosantes		
Ligatures élastiques		Grade 3 localisé

Traitement instrumental

PRINCIPAUX TRAITEMENTS	Efficacité à court terme	Efficacité long terme
Infrarouges	Disparition ou amélioration des symptômes dans 70 à 90% si grade 1 et 2	<50%
Injections sclérosantes		28%
Ligatures élastiques		70 à 90%

Traitement instrumental : Ligatures élastiques

La réalisation de trois ligatures en une seule séance donne des résultats comparables à ceux de trois ligatures en trois séances successives (grade A)

En cas de prolapsus de grade 2, la ligature élastique est aussi efficace que l'hémorroïdectomie pédiculaire ou que l'hémorroïdopexie dans deux cas sur trois à un an, avec une morbidité moindre (niveau 1)

La ligature peut être recommandée devant une procidence hémorroïdaire modérée ou localisée avant de proposer une chirurgie (grade B)

Traitement instrumental : Ligatures élastiques

En raison de ses complications potentielles, elle pourrait être proposée aux échecs de la photocoagulation infrarouge pour les hémorroïdes hémorragiques sans prolapsus (grade B)

Effets indésirables mineurs
symptômes vagaux, douleurs, rectorragies de faible abondance, douleur

Complications possibles
thrombose hémorroïdaire interne ou externe, dysurie, algies majeures, abcès péri-anal, rares saignements abondants

Exceptionnelles complications infectieuses graves
Patient doit être averti des signes précoces qui associent douleurs anorectales et troubles urinaires

Traitement instrumental : Ligatures élastiques

Il n' y pas de consensus sur l'intérêt d'une antibioprophylaxie systématique en cas de ligatures élastiques ou d'injections sclérosantes (AP3)

Il est cependant licite de la faire, notamment chez les sujets à risque infectieux tels les diabétiques et en immunodépression (avis d'expert)

La prescription d'un antalgique de classe I ou II est recommandée, associée si nécessaire à un régulateur du transit

Traitement instrumental : Autres

Cryothérapie

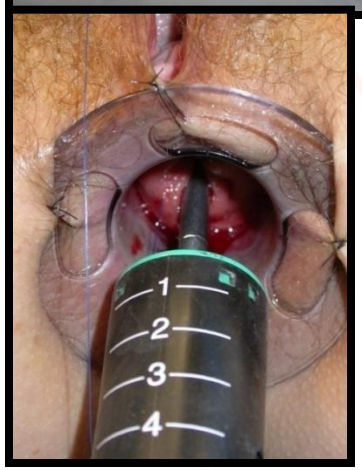
Cryothérapie dirigée en association à une ligature élastique
Cryothérapie directe brève (cryosclérose)
Cryochirurgie (application plus longue)

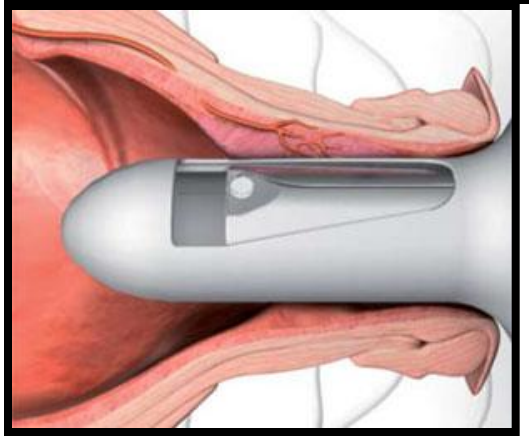
effets secondaires sont fréquents : suintement anal, douleurs, rectorragies

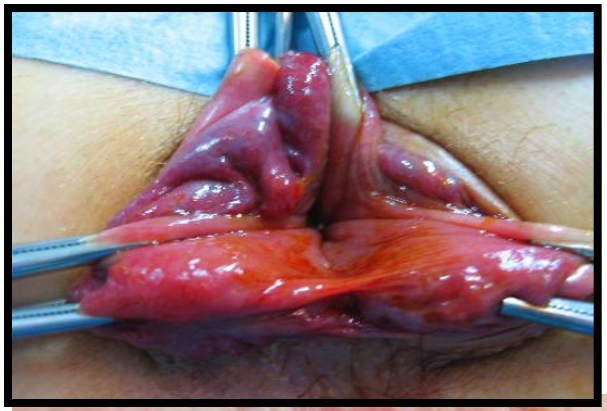
Electrocoagulation bipolaire

Efficacité sur les saignements comparable à celle de la photocoagulation infrarouge
Effets indésirables et complications plus importants : gêne anale , douleurs modérées à intenses et rectorragies

Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire







Qui opérer ?

Respect des non indications

Echecs du traitement médical ou instrumental quelque soit le grade

Grade3 circulaire, grade 4 et cas d'urgence

Traitement chirurgical: Hémorroïdectomie pédiculaire

Recommandée quelque soit le grade de la maladie hémorroïdaire (grade A)

Efficace pour tous types de manifestations liés à la maladie hémorroïdaire

Hémorroïdectomie pédiculaire: complications

- Douleur postopératoire
- Fécalome
- Rétention urinaire
- Suppurations locales
- Marisques
- Retard de cicatrisation
- Sténose anale
- Infections
- Incontinence anale

Hémorroïdectomie pédiculaire: complications

Incontinence anale	temporaire +++	passive aux gaz ++ passive selles liquides

Prévention

respect des fibres sphinctériennes	contrôle de la dilatation anale	pas de sphinctérotomie

Traitement chirurgical: Anopexie circulaire

Recommandée en cas de maladie hémorroïdaire de grade 2 et 3 (grade A)

Non recommandée en cas de prolapsus de grade 4 (grade B)

Hémorroïdopexie agrafée circulaire

A court terme

Efficacité comparable à l'hémorroïdectomie pédiculaire avec meilleure tolérance post opératoire, temps d'hospitalisation plus court et reprise plus rapide des activités

A long terme

Moins efficace que l'hémorroïdectomie avec récidive du prolapsus trois à cinq fois plus fréquente

Hémorroïdopexie agrafée circulaire : complications

Douleur postopératoire précoce moindre	Fécalome	Rétention urinaire
Suppurations locales	Malaises	Retard de cicatrisation
Sténose anale	Infections	Incontinence anale

Comparable à l'hémorroïdectomie

Traitement chirurgical: DGHAL +/- mucopexie

(Ligature doppler des artères hémorroïdaires)

Efficacité chez près de 9 personnes sur 10 à un an

Efficacité chez près de 3 personnes sur 4 à cinq ans

La récidive est plus faible en cas de mucopexie associée (avis d'expert)

DGHAL +/- mucopexie

Recommandée en cas de maladie hémorroïdaire de grade 2 et 3 (grade B)

Non recommandée en cas de prolapsus de grade 4 (grade C)

Récidive du prolapsus plus fréquente en cas de maladie hémorroïdaire de grade 3 et surtout 4

DGHAL +/- mucopexie: complications

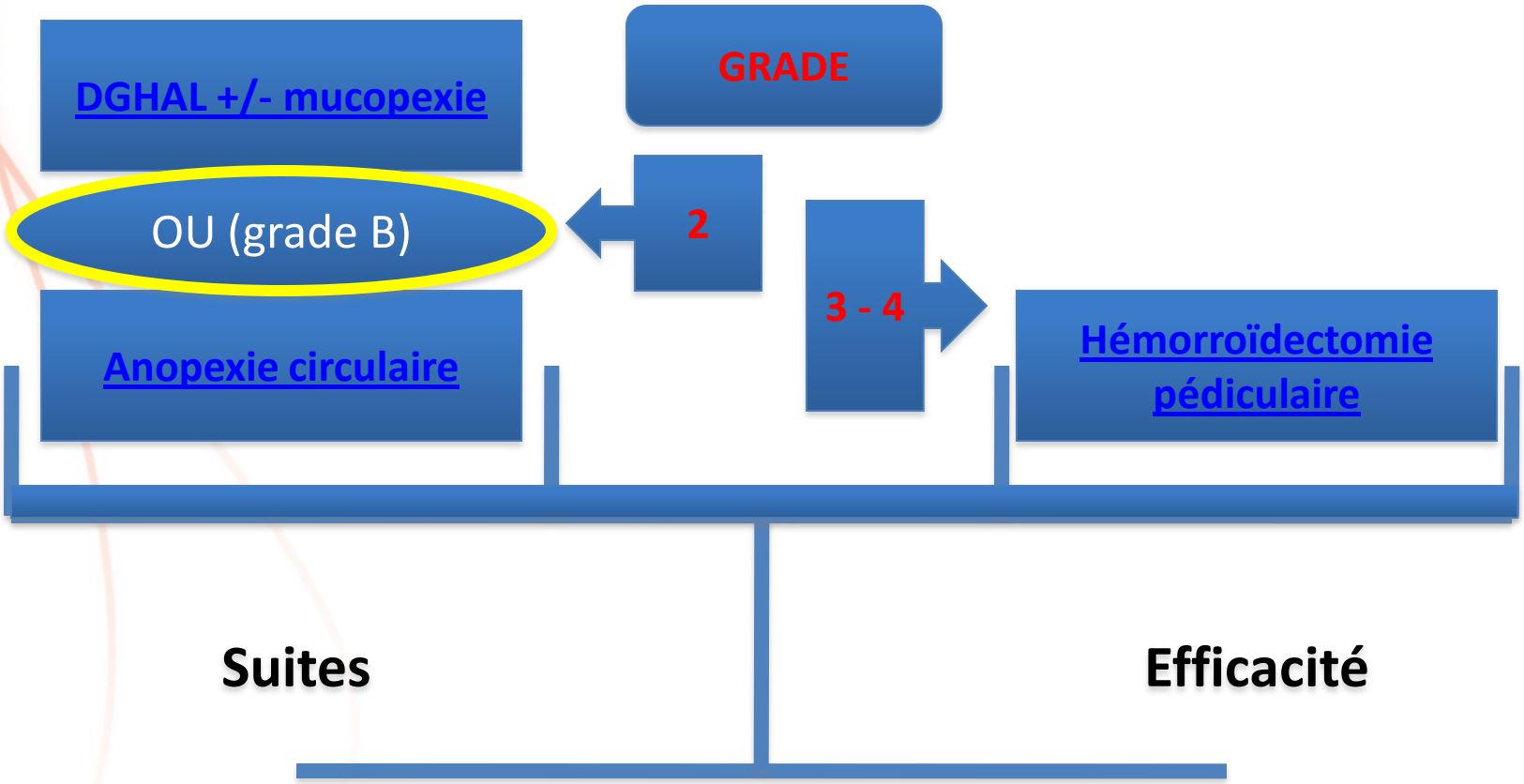
douleurs
15% [0-38]

saignements
5% [0-29]

thrombose
[1,5-7]]

fissure anale, ténesme, prurit

Pucher, Colorectal Dis 2013


DGHAL +/- mucopexie
OU (grade B)
Anopexie circulaire
GRADE
2
3 - 4
Hémorroïdectomie pédiculaire
Suites
Efficacité

Traitement de la maladie hémorroïdaire

Algorithmes décisionnels

Traitement de la maladie hémorroïdaire

la maladie hémorroïdaire est documentée par un examen clinique et les autres étiologies sont écartées

Ces traitements sont à appliquer dans toutes les situations

Régularisation du transit (au long court)

Topiques locaux (cure courte)

(Niveau 2)

Il existe …..

Une thrombose

Saignements

Prolapsus

On propose….

AINS (ou si CI et œdème: corticoïdes) + antalgiques + veinotoniques

Alternative 1:**Excision ou incision si externe** isolée, douloureuse & non œdémateuse

Alternative 2: si échec du traitement médical bien conduit : hémorroïdectomie (exceptionnel)

(accord pro)

Veinotoniques

Alternative: Traitement instrumental

(Niveau 1-2)

Traitement instrumental

Alternative : chirurgie

Cf algoritme 2

Traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire

Il existe une maladie hémorroïdaire interne chronique et récidivante non contrôlée par le traitement médical (régulation transit & veinotoniques)

Vérifier l'absence de contre-indications

Immunodépression sévère
Troubles de l'hémostases ou de la coagulation
Grossesse
MICI active
Suppuration anale active

(Avis d'expert)

Quel est le grade anatomique de la maladie hémorroïdaire ?

Grade 1 & 2

Grade 3 localisé

Grade 3 circulaire & grade 4

Quel est le meilleur bénéfice/risque ?

Infrarouges
pour ses risques moindres
(Niveau 2)

Alternative 1: injections sclérosantes
Alternative 2: ligature élastiques
(Niveau 2)

Ligature élastique
pour son efficacité
(Niveau 2)

Alternative : hémorroïdectomie monopédiculaire
(avis d'expert)

Traitement chirurgical
doit être discuté d'emblée
(Niveau 1-2)

Alternative: ligature élastique quand la chirurgie est contre indiquée
(avis d'expert)

Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire

Il existe une maladie hémorroïdaire chronique invalidante pour laquelle les traitements instrumentaux sont inefficaces ou non recommandés

Intervention chirurgicale planifiée

Existe-t–il une alternative possible à l'hémorroïdectomie pédiculaire ?

Non
Poly thrombose hyperalgique
Thromboses externes récidivantes
Hémorroïdes de grade 4
(avis d'expert)

Oui
dans les autre situations

Discussion bénéfices risques avec le patient

Stratégie

La plus efficace
Hémorroïdectomie pédiculaire
(Niveau 1)

Avec suites courtes & immobilité réduite
Hémorroïdopexie
(Niveau 1)
Alternative :
HAL ou HAL RAR
(Niveau 2)

La moins douloureuse
Hémorroïdopexie
(Niveau 1)
Alternative :
HAL ou HAL RAR
(Niveau 2)

Avec morbidité la plus réduite
Toutes les techniques sont comparables
(Niveau 3)

RPC DU TRAITEMENT DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE - 2013

www.snfcp.org

Coordonateur : Thierry Higuero

Auteurs : Laurent Abramowitz L, Hélène Pillant-Le Moult, Philippe Hemery, Ghislain Staumont, Thierry Higuero, François Pigot, Agnès Sénéjoux, Jean-Luc Suduca, Cécile Laclotte, Alain Castinel, Nadia Fathallah, Béatrice Vinson-Bonnet, Laurent Siproudhis

Groupe de travail et d'harmonisation : Laurent Abramowitz, Dominique Bouchard, Jean-Luc Faucheron, Thierry Higuero, François Pigot, Agnès Sénéjoux, Laurent Siproudhis, Ghislain Staumont, Béatrice Vinson-Bonnet

POINTS FORTS

1- La régulation du transit apporte un bénéfice sur les saignements et sur la récidive des symptômes. Les topiques et les phlébotropes peuvent être utilisés en cure courte en cas de manifestation aigue de la maladie hémorroïdaire

2- En raison de sa relative innocuité, la photocoagulation infrarouge pourrait être la technique de première intention sur les hémorroïdes hémorragiques non prolabées. La ligature peut être recommandée devant une procidence hémorroïdaire modérée ou localisée avant de proposer une chirurgie

3- Le patient doit être informé des alternatives chirurgicales et peut participer à la prise de décision

4- L'hémorroïdectomie pédiculaire est recommandée quelque soit le grade de la maladie hémorroïdaire. Elle peut-être indiquée d'emblée en cas de complication aiguë, d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire grade 4

5- La DGHAL et l'hémorroïdopexie agrafée circulaire sont recommandées en cas de maladie hémorroïdaire de grade 2 et 3