



JFHOD
WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021



Palais des Congrès de Paris

PAYS INVITÉ : *Belgique*

La prévention



PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : RECOMMANDATIONS EUROPEENNES

Docteur Thierry Higuero – Nice-Monaco-Beausoleil

DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts sur le site des JFHOD.

Liens d'intérêt en relation avec votre présentation

Aucun lien d'intérêt

Objectifs pédagogiques

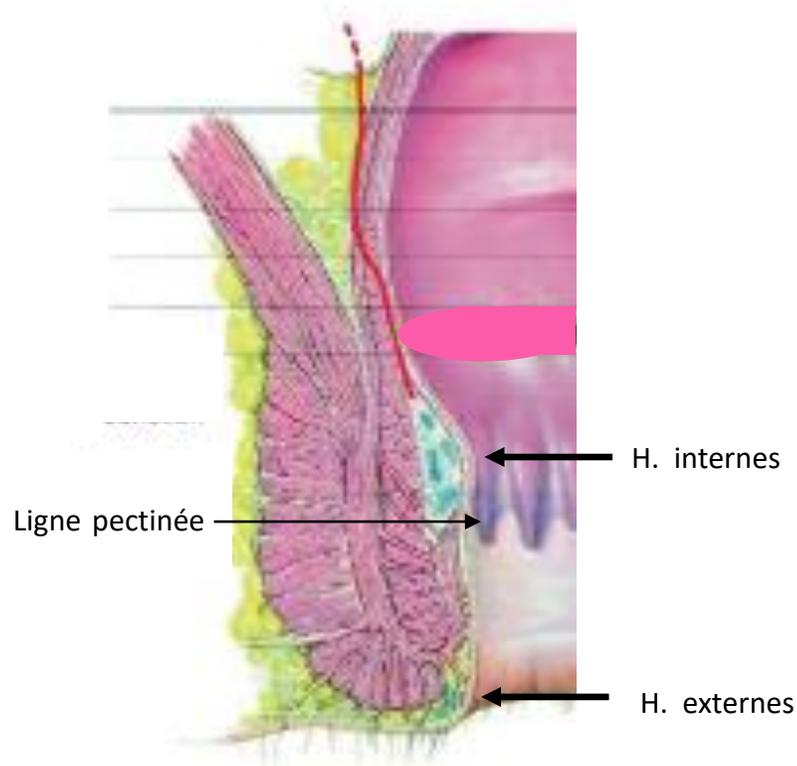
- **Connaître les symptômes de la maladie hémorroïdaire**
- **Connaître le traitement médical, instrumental et chirurgical et leurs indications**
- **Connaître la gestion des situations cliniques particulières : grossesse, MICI, troubles de la coagulation**

Préambule

- Demande par ESCP de recommandations consensuelles européennes
- Proctologues chirurgicaux, médecin généraliste, méthodologiste
- Méthodologie rigoureuse
- Echanges durant élaboration des RPC
 - attitudes consensuelles
 - attitudes différentes: « proctologie à la française » expliquée par la formation de départ (HGE) contrairement à tous les autres (chirurgie)

Connaitre les symptômes de la maladie hémorroïdaire

Pathogénie non clairement définie



- Facteurs vasculaires: hyperplasie vasculaire
 - Distension des plexus
- Facteurs mécaniques: destruction du tissu conjonctif et musculaire
 - Hyperlaxité du tissu conjonctif de soutien
 - Déséquilibre des flux vasculaires

Connaître les symptômes de la maladie hémorroïdaire

Symptômes découlent de la physiopathologie de la maladie hémorroïdaire

- Rectorragies typiques
- Douleur
 - «*Poussées fluxionnaires*»
 - Thromboses hémorroïdaires
 - Prurit +/-suintement
- Prolapsus hémorroïdaire (classification de Goligher)

Recommandations (avis d'experts)

- *Toujours rechercher un diagnostic différentiel*
- *Examen clinique incluant inspection, examen physique et anoscopie*
- *Examen proctologique réalisé dans une position adéquate*

Connaître le traitement médical

- Traitement de première intention
- Objectif de soulager des symptômes hémorroïdaires et prévenir leur récurrence
- Littérature inexistante, pauvre, ancienne ou avec biais
 - Hygiène de vie
 - Laxatifs
 - Topiques
 - Phlébotoniques
 - Antalgiques, AINS

Recommandations (études de niveaux de preuve faibles, avis d'experts)

- *Apport suffisant en eau et fibres, activité physique régulière*
- *Position facilitant l'évacuation*
- *Eviter efforts de défécation*
- *Laxatifs (saignements)*
- *Phlébotoniques en cure courte (saignements, douleurs)*
- *AINS et les antalgiques non opioïdes (douleur)*

Connaître le traitement instrumental

- But: Destruction tissulaire ischémique au sommet des plexus hémorroïdaires
 - Fibrose cicatricielle
 - Destruction du réseau vasculaire hémorroïdaire sous muqueux
 - Ascension du tissu hémorroïdaire prolabé en le fixant au plan profond
- Si échec du traitement médical (grade I, II et III non circulaire)

Ligatures élastiques

- Un cm au-dessus de la ligne pectinée
 - Douleur immédiate++
> ablation de l'élastique
- Effets indésirables:
 - Mineurs
 - Très fréquents
- Complications:
 - Rares
 - Exceptionnellement graves

Photocoagulation infrarouge

- Effets indésirables:
 - Possibles
 - Non graves

Injections sclérosantes

- Effets indésirables:
 - Mineurs
 - Très fréquents
- Complications
 - Rares
 - Exceptionnellement graves

Recommandations (études de niveaux de preuves faibles et moyens, avis d'experts)

- *Technique instrumentale décidée avec le patient (avantages et inconvénients)*
- *Ligature élastique :*
 - *maladie hémorroïdaire de grade I, II et III*
- *Photocoagulation infrarouge en 1^{ère} intention:*
 - *rectorragies et de maladie hémorroïdaire de grade I*
- *Injections sclérosantes:*
 - *maladie hémorroïdaire de grade I et II*

Connaître le traitement chirurgical

- Indications:
 - Si échec du traitement médical et instrumental
 - D'emblée en cas de maladie hémorroïdaire de grade III circulaire et IV
- Techniques:
 - Ligature artérielle guidée par doppler (DGHAL) associée à une mucopexie
 - Hémorroidopexie (ou anopexie) agrafée circulaire (Longo)
 - Hémorroïdectomie pédiculaire
 - Laser
 - Radiofréquence

DGHAL associée à une mucopexie

Désartérialisation doppler guidée des hémorroïdes et fixation du prolapsus hémorroïdaire

- Rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans canal anal restaurés
- Morbidité faible
- Complications tardives=0

Hémorroidopexie agrafée circulaire

Résection d'une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes (pince mécanique)

- Rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans canal anal restaurés
- Complications précoces
 - souvent mineures+++
 - gravissimes, rare+++
- Complications tardives
 - rares
 - parfois très invalidantes

Hémorroïdectomie pédiculaire

Résection hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels préservant des ponts cutanéomuqueux

- Variantes :
 - techniques
 - Instruments de dissection
- Complications précoces
 - souvent mineures+++
- Complications tardives
 - rares

Recommandations (études de niveaux de preuves faibles et moyens, avis d'experts)

- *Choix de la technique concertée avec le patient tenant compte de ses attentes*
- *DGHAL + mucopexie :*
 - *Grade II et III si échec du traitement instrumental*
 - *Mucopexie seule peut être envisagée*
- *Hémorroidopexie agrafée circulaire :*
 - *Grade II et III si échec du traitement instrumental*
- *Hémorroïdectomie:*
 - *Grade II et III si échec du traitement instrumental*
 - *Grade IV d'emblée*
- *Techniques alternatives (laser et radiofréquence) possibles*

Situations cliniques particulières

- **Grossesse**

- THE++, dernier trimestre et post partum
- Objectif: soulager l'épisode aigu

- **MICI**

- Rare mais possiblement sous estimée
- Complications fréquentes en cas de chirurgie

- **Trouble de la coagulation**

- Privilégier le traitement médical
- En dehors de l'aspirine, respect des règles pour les autres anti thrombotiques et anticoagulants

Recommandations (études de niveaux de preuves très faibles et avis d'experts)

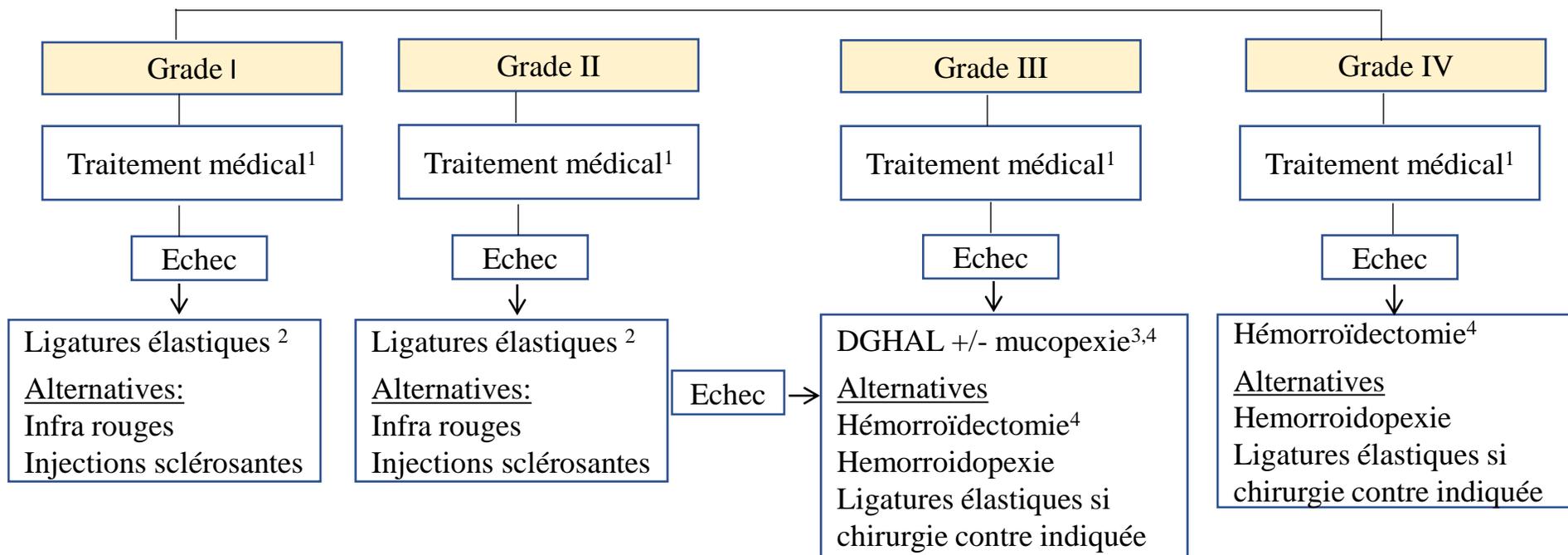
- *Parturiente :*
 - *en 1^{ère} intention: traitement médical*
 - *chirurgie possible*
- *MICI:*
 - *en 1^{ère} intention: traitement médical*
 - *traitement instrumental et/ou chirurgical si pas de signe d'activité de la maladie inflammatoire*
- *Interruption du traitement anticoagulant et anti trombotique selon les recommandations des sociétés savantes de chaque pays*

Conclusion

- Premier consensus européen sur la prise en charge de la maladie hémorroïdaire
- 34 recommandations et un algorithme proposés
- Mise en avant
 - Importance du traitement médical et instrumental
 - Participation du patient dans le choix la technique instrumentale et opératoire

Algorithme pour la prise en charge de la maladie hémorroïdaire selon EBM

Interrogatoire et examen clinique



¹Présentation à la selle, apports de fibres alimentaires et topiques

²Répétition des ligatures

³Ligature des artères hémorroïdaires guidées par doppler

⁴En cas de grade III et IV possibilité de faire des ligatures élastiques si la chirurgie est contre-indiquée

Points forts

- Le diagnostic de la maladie hémorroïdaire implique un examen clinique proctologique (incluant l'anuscopie si possible)
- En première intention, la prise en charge est médicale. En cas d'échec, le patient doit être référé à un proctologue
- Le traitement instrumental est indiqué en cas d'échec du traitement médical: la photocoagulation infrarouge est à privilégier en cas de rectorragies en rapport avec une maladie hémorroïdaire de grade I et les ligatures élastiques en cas de grade II ou III localisé
- La chirurgie est indiquée en cas d'échec du traitement médical et instrumental ou d'emblée en cas de maladie hémorroïdaire de grade III circulaire ou de grade IV
- La prise en charge doit également tenir compte des attentes du patient clairement informé