



TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?



Jean-Michel DIDELOT
MONTPELLIER



LIENS D'INTERET

ABSENCE DE CONFLIT D'INTERET



OBJECTIFS PEDAGOGIQUES



PLÉNIÈRE FMC-HGE Coloproctologie

17h10 : Traitement instrumental ou mini-invasif de la maladie hémorroïdaire : peut-on éviter le Milligan et Morgan ?

J.M. Didelot (Montpellier)

- Connaître les contre-indications des traitements instrumentaux ou mini-invasifs
- Connaître les traitements instrumentaux, leur efficacité et leurs complications
- Connaître les techniques mini-invasives, leur efficacité et leurs complications
- Savoir guider le choix du traitement

VENDREDI 17 MARS / 16H45 → 18H35

VENDREDI 17 MARS / 16H45 → 18H35
Plénière
FMC-HGE
Coloproctologie
J.M. Didelot
(Montpellier)

TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?



INTRODUCTION

- la « maladie hémorroïdaire » est la plus fréquente pathologie anale
- la « maladie hémorroïdaire » atteint 10 à 40% de la population
- la « maladie hémorroïdaire » regroupe:
 - la pathologie hémorroïdaire EXTERNE (thromboses principalement)
 - la pathologie hémorroïdaire INTERNE : prolapsus et saignements



Sheikh P - *J Comp Eff Res* 2020
Tournu G - *BMC Fam Pract* 2017
Riss S - *Int J Colorectal Dis* 2012
Nelson RL - *Dis Colon Rectum* 1995



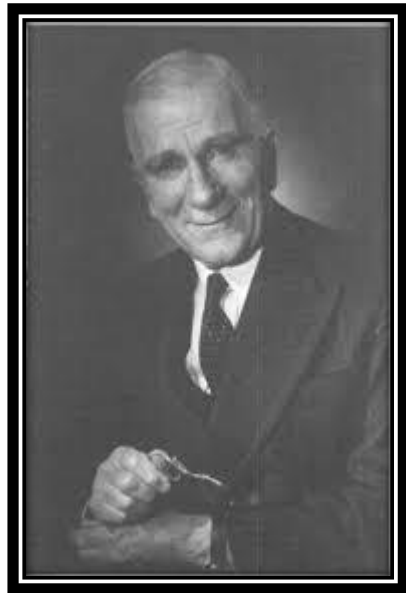
PRE-REQUIS

- Dans tous les cas, la prise en charge de la maladie hémorroïdaire repose en première intention sur les **traitements médicaux conservateurs** et le **respect des règles hygiéno-diététiques** :
 - régularisation du transit,
 - régime riche en fibres,
 - limitation du temps passé sur la cuvette des WC
 - limitation des efforts de poussée...
- Les **traitements instrumentaux ou mini-invasifs** ne concernent **QUE** la prise en charge de la maladie hémorroïdaire **INTERNE**

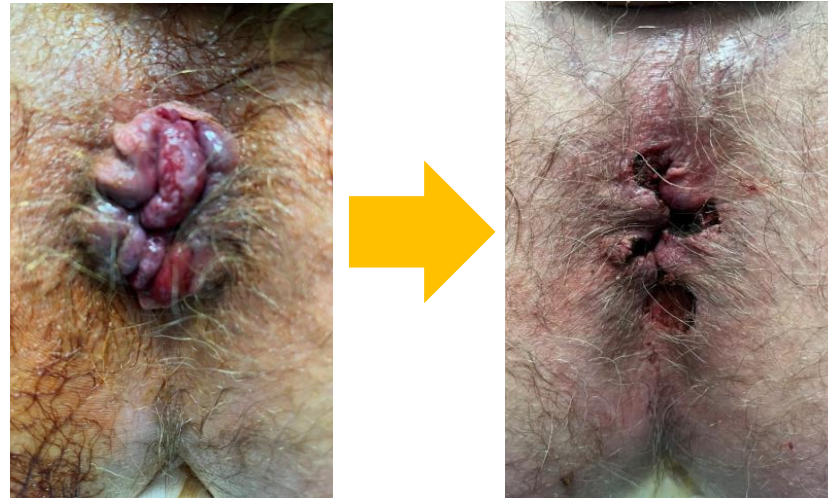
Higuero T – *J Visc Surg* 2016
Abramowitz L – *Gyn Obst Fertil* 2001
Muldoon R – *JAMA* 2020

POSITION DU PROBLEME

Intervention historique (1937) :
hémorroïdectomie pédiculaire selon Milligan et Morgan (MM)⁽¹⁾



Edward Thomas Campbell
MILLIGAN
(1886-1972)⁽²⁾



⁽¹⁾Milligan ETC, Naunton Morgan C - *The Lancet* 1937

⁽²⁾Davey WW - *Aust NZJ Surg* 1985

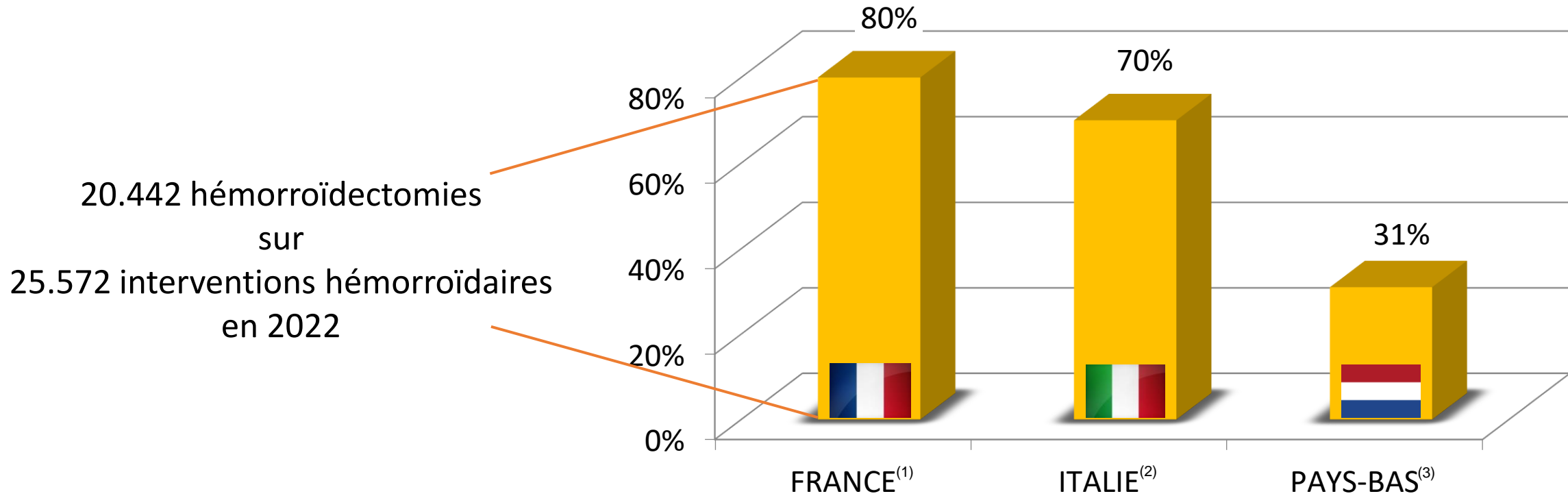
⁽³⁾Bird W - *National Portrait Gallery* 1966



Sir Clifford Naunton
MORGAN
(1901-1986)⁽³⁾

POSITION DU PROBLEME

Proportion du MM
dans les interventions chirurgicales hémorroïdaires



20.442 hémorroïdectomies
sur
25.572 interventions hémorroïdaires
en 2022

(1) www.scansante.fr 2023

(2) Altomare DF – *Colorect Dis* 2018

(3) Van Tol RR – *IJCD* 2018



POURQUOI EVITER LE MILLIGAN MORGAN ?

Hémorroïdectomie standard type Milligan-Morgan

Tableau : Intensité et durée de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne	Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocoliq Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie
Douleur modérée	Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Coelioscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale Thyroïdectomie Neurochirurgie	Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx, pharynx)
Douleur faible	Cholécystectomie coelioscopique Prostate (résection transurétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/curetage Chirurgie ophtalmologique	

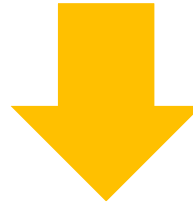
- douleurs

SFAR - Conférence de consensus, 1997



POURQUOI EVITER LE MILLIGAN MORGAN ?

Hémorroïdectomie standard type Milligan-Morgan



- douleurs
- suites opératoires longues (4 à 8 semaines de cicatrisation)
- arrêt de travail prolongé (3-4 semaines)
- modifications anatomiques du canal anal (diminution du tonus de base, risques de sténose...)

COMMENT L'EVITER ?

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

scléroses 1869

ligatures élastiques 1963

photo-coagulation infrarouge 1978

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

1937 hémorroïdectomie ouverte selon Milligan-Morgan

1959 hémorroïdectomie semi-fermée selon Ferguson

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX MINI-INVASIFS

1998 hémorroïdopexie selon Longo

2003 ligature artérielle doppler (HAL®)

2007 { ligature artérielle doppler + mucopexie (HAL-RAR®, THD®)
hémorroïdoplastie laser (LHP®)

2008 radiofréquence hémorroïdaire (Rafaelo®)

2009 HeLP® (Hemorroidal Laser Procedure)

TRAITEMENT MINI-INVASIF RADIOLOGIQUE

Emborrhoid 2014

Plénière
FMC-HGE
Coloproctologie
J.M. Didelot
(Montpellier)

TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?



TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

- Scléroses hémorroïdaires

Indisponibles en France depuis 09/2020
(arrêt commercialisation du Kinurée-H®)

IMPOSSIBLE

- Cryothérapie

N'est actuellement plus recommandée

INUTILE

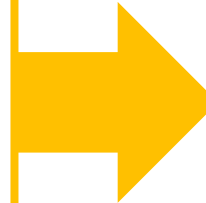
- Ligatures élastiques



- Photo-coagulation infrarouge



fibrose cicatricielle du
sommet des plexus
hémorroïdaires internes



TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

CONTRE-INDICATIONS GENERALES



- MICI actives
- rectites infectieuses
- grossesse
- troubles innés de la coagulation
- immunodépressions sévères

Higuero T – *J Visc Surg* 2016
Davis BR – *Dis Col Rectum* 2018
Van Tol RR – *Colorectal Dis* 2020



TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

CONTRE-INDICATIONS (CI) : SITUATIONS PARTICULIERES

- antiagrégants plaquettaires :
 - aspirine autorisée
 - clopidogrel à remplacer/interrompre mais pas de consensus^{(1),(2)}
- anticoagulants :
 - contre-indication (taux d'hémorragie par chute d'escarre > 25%)⁽³⁾
- cirrhose :
 - pas d'augmentation franche du risque hémorragique (?) mais conséquences graves potentielles en cas d'accident par décompensation hépatique => CI de prudence
- antécédent de radiothérapie pelvienne:
 - pas de consensus car données insuffisantes
 - risques de complications graves^{(4),(5)} => CI de principe⁽⁶⁾

⁽¹⁾Hite N – *J Surg Res* 2018 ⁽²⁾Nelson RS – *Am J Surg* 2008 ⁽³⁾Iyer VS – *Dis Col Rectum* 2004

⁽⁴⁾Thornhill JA – *Ir Med J* 2012 ⁽⁵⁾Pita I - *Port J Gastroenterol* 2018 ⁽⁶⁾Van Tol RR – *Colorectal Dis* 2020

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

INDICATIONS ET EFFICACITE

	INDICATIONS	EFFICACITE
LIGATURES ELASTIQUES (LE)	Saignements Prolapsus grade I à III (non circulaires)	50 à 90% à 1 an ⁽¹⁻⁵⁾ 50% à 4 ans ⁽⁶⁾
PHOTO-COAGULATION INFRAROUGE (PIR)	Saignements Prolapsus grade I +/- II	70 à 90% immédiate 40% à 1 an ⁽⁷⁾
SCLEROSES (SCL)	Saignements Prolapsus grade I à II ⁽⁸⁾	----
CRYOTHERAPIE	N'est plus recommandée	----

(1) Higuero T – *J Visc Surg* 2016

(2) Muldoon R - *JAMA* 2020

(3) Van Tol RR – *Colorectal Dis* 2020

(4) Gallo G – *Tech Coloproct* 2020

(5) Brown S – *Colorectal Dis* 2022

(6) Brown S – *Health Technol Assess* 2016

(7) Higuero T- *Post'U* 2014

(8) Tutino R – *Front Surg* 2021

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE DES TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX ENTRE EUX



- Effets sur le prolapsus :
 - LE > PIR^{(1),(2)} ou LE = PIR⁽³⁾ mais + de douleurs
 - LE > SCL^{(2),(4),(5)} mais + de douleurs
- Effets sur les saignements :
 - PIR > LE⁽¹⁾ en l'absence de prolapsus (grade I)

(1)Walker AJ – *IJCD* 1990

(2)Mc Rae HM – *Can J Surg* 1997

(3)Ding Z – *Postgrad Med J* 2022

(4)Tutino R– *Front Surg* 2021

(5)Ng KS – *Ann Coloproctol* 2020

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE LIGATURES ELASTIQUES / CHIRURGIE

- **Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM)^{(1),(2)} :**
 - LE = MM pour grades II mais + de séances
 - LE < MM pour grades III
 - LE : arrêt travail moins long, moins de complications à distance, satisfaction patients équivalente



⁽¹⁾Shanmugam V – *Cochrane Database Syst Rev* 2005

⁽²⁾Dekker L – *Tech Coloproctol* 2021

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE LIGATURES ELASTIQUES / CHIRURGIE

- Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM)^{(1),(2)} :
- **Par rapport à l'hémorroïdopexie (Longo)⁽³⁾ :**
 - LE < Longo pour grades II mais le Longo entraîne plus de complications



⁽¹⁾Shanmugam V – *Cochrane Database Syst Rev* 2005

⁽²⁾Dekker L – *Tech Coloproctol* 2021

⁽³⁾Shanmugam V – *Colorectal Dis* 2010

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE LIGATURES ELASTIQUES / CHIRURGIE

- Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM)^{(1),(2)} :
- Par rapport à l'hémorroïdopexie (Longo)⁽³⁾ :
- **Par rapport aux ligatures artérielles/Doppler (DGHAL)⁽⁴⁾ :**
 - LE répétées = DGHAL pour grades II/III en terme de récives
 - LE moins douloureuses



⁽¹⁾Shanmugam V – *Cochrane Database Syst Rev* 2005

⁽²⁾Dekker L – *Tech Coloproctol* 2021

⁽³⁾Shanmugam V – *Colorectal Dis* 2010

⁽⁴⁾**Brown S – *Health Technol Assess* 2016**

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE LIGATURES ELASTIQUES / CHIRURGIE

- Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM):
- Par rapport à l'hémorroïdopexie (Longo):
- Par rapport aux ligatures artérielles/Doppler (DGHAL) ⁽⁴⁾ :
- **Par rapport aux techniques laser (LHP et HeLP) (laser) :**
 - LE < laser⁽⁵⁾ et LE + douloureuses⁽⁶⁾



⁽¹⁾Shanmugam V – *Cochrane Database Syst Rev* 2005

⁽²⁾Dekker L – *Tech Coloproctol* 2021

⁽³⁾Shanmugam V – *Colorectal Dis* 2010

⁽⁴⁾Brown S – *Health Technol Assess* 2016

⁽⁵⁾Giamundo P – *Dis Col Rectum* 2011

⁽⁶⁾Longchamp G – *Lasers Med Sci* 2021

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

EVALUATION COMPARATIVE LIGATURES ELASTIQUES / CHIRURGIE

- Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM):
- Par rapport à l'hémorroïdopexie (Longo):
- Par rapport aux ligatures artérielles/Doppler (DGHAL) ⁽⁴⁾ :
- Par rapport aux techniques laser (LHP et HeLP) (laser) :
- **Par rapport à la radiofréquence hémorroïdaire :**
 - Il n'existe pas de données publiées



⁽¹⁾Shanmugam V – *Cochrane Database Syst Rev* 2005

⁽²⁾Dekker L – *Tech Coloproctol* 2021

⁽³⁾Shanmugam V – *Colorectal Dis* 2010

⁽⁴⁾Brown S – *Health Technol Assess* 2016

⁽⁵⁾Giamundo P – *Dis Col Rectum* 2011

⁽⁶⁾Longchamp G – *Lasers Med Sci* 2021

TRAITEMENTS INSTRUMENTAUX

COMPLICATIONS

LIGATURES ELASTIQUES	PHOTOCOAGULATION INFRAROUGE	SCLEROSES
<p><u>Fréquentes</u> :</p> <p>malaises vagues (---> 30%) douleurs post-procédure ténesmes saignements</p> <p><u>Rares (1 à 5%)</u> :</p> <p>thromboses hémorroïdaires, dysurie, priapisme, hémorragie/chute d'escarre</p> <p><u>Exceptionnelles</u> :</p> <p>abcès hépatiques, endocardites, gangrène de Fournier (J3-J10), tétanos (ligateurs à griffes)</p>	<p>rare saignements par chute d'escarre</p> <p>gêne anale transitoire (20-35%) douleurs modérées < 48h00 (4-8%) saignements minimes (5-25%)</p>	<p>douleurs ulcères rectaux sténoses rectales fistules recto- vaginales fasciites nécrosantes abcès hépatiques endocardites...</p>

Recommandation d'experts (SNFCP) : métronidazole
500 mg *per os* 2 h 00 avant le geste
puis 500 mg matin et soir pdt 3 jours

TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

DEFINITION

Absence de plaie cutanée



6 techniques :

- Hémorroïdopexie circulaire par agrafage (Longo)
- Ligatures artérielles sous contrôle Doppler +/- mucopexie
 - Thermocoagulation par radiofréquence (Rafaelo®)
 - Hémorroïdoplastie laser (LHP®)
- Procédure de traitement des hémorroïdes au laser (HeLP®)
- Embolisation radiologique des artères hémorroïdaires (Emborrhoid)



TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

HEMORROÏDOPEXIE PAR AGRAFAGE (LONGO)

- INDICATIONS : prolapsus hémorroïdaire grade II/III⁽¹⁾
- CONTRE-INDICATIONS : sténose anale, rectite radique, MICI, suppurations, +/-grade IV, sexualité anale
- EFFICACITE :
 - 83 à 93%
 - Douleurs post-op et arrêt de travail < MM^{(2),(3)}
- RECIDIVE :
 - 3 à 5 fois + élevé que MM tous grades confondus^{(3),(4)}
 - Jusqu'à 40% à 10 ans si grade III^{(5),(6)}
 - Scores de qualité de vie à 2 ans < MM⁽⁷⁾

⁽¹⁾Van Tol – *Colorect Dis 2020*

⁽²⁾Gallo G – *Tech Coloproctol 2020*

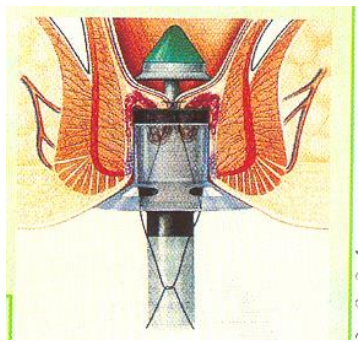
⁽³⁾Jin JZ – *BJS 2021*

⁽⁴⁾Lumb KJ - *Cochrane Database 2006*

⁽⁵⁾Bellio G – *Dis Col Rectum 2018*

⁽⁶⁾Sturiale A – *Tech Coloproctol 2018*

⁽⁷⁾Ruan QZ – *Tech Coloproctol 2021*



TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

HEMORROÏDOPEXIE PAR AGRAFAGE (LONGO)

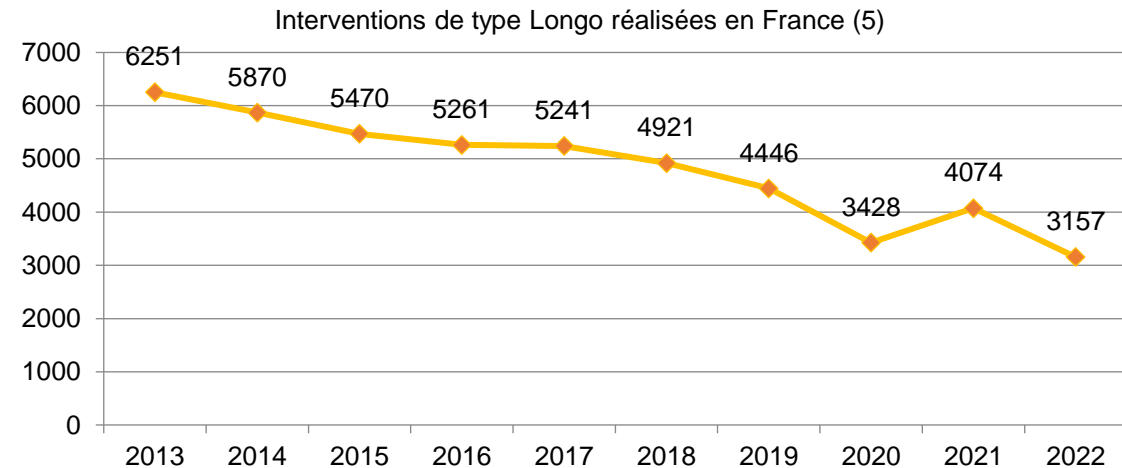
• COMPLICATIONS :

- Ténésmes, douleurs chroniques, dyschésie, incontinence *de novo* : Longo = MM⁽¹⁾
- Rétentions urinaires précoces et incontinence fécale > autres techniques mini-invasives⁽²⁾
- Complications graves liées à la technique : hématomes pré-sacrés, perforations rectales, nécroses rectales, sténoses rectales, fistules recto-vaginales, péritonites, rétropneumopéritoïnes, décès...⁽³⁾

↳ complications exceptionnelles
=> diminution +++ de l'utilisation^{(4),(5)}



indications électives à redéfinir



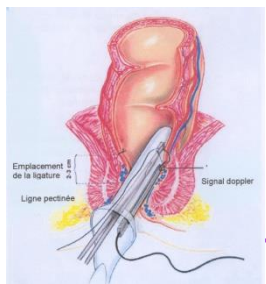
⁽¹⁾Ruan QZ – *Tech Coloproctol 2021*

⁽²⁾Jin JZ – *BJS 2021*

⁽³⁾Porrett LJ – *Int Surg 2021*

⁽⁴⁾Altomare DF – *Colorectal Dis 2018*

⁽⁵⁾www.scansanté.fr 2023



TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

LIGATURES ARTERIELLES GUIDEES PAR DOPPLER +/- MUCOPEXIE

- MATERIEL DISPONIBLE : HAL-RAR[®], THD[®], Anuphone[®]
- INDICATIONS : prolapsus hémorroïdaire grade II/III⁽¹⁾
- CONTRE-INDICATIONS : rectite radique, MICI, suppurations
- EFFICACITE :
 - Ligature seule : 73% à 5 ans
 - Ligature + mucopexie : 73 à 92% à 5 ans⁽²⁻⁴⁾
 - Amélioration de la qualité de vie
- INTERET DU GUIDAGE DOPPLER
 - Pas de certitude => recommandations européennes : mucopexie seule⁽¹⁾ ...
- COMPLICATIONS :
 - Morbidité faible : saignements (0-10%), douleurs (18.5%), ténésmes (10-24%), thromboses (3-9%), hématomes sous-muqueux (3.7%), globe urinaire (5.5%), dyschésie (1.8%)^{(5),(6)}

⁽¹⁾Van Tol – *Colorect Dis 2020*

⁽²⁾Gallo G – *Tech Coloproctol 2020*

⁽³⁾Pucher PH – *Colorectal Dis 2013*

⁽⁴⁾Ferrandis C – *Tech Coloproctol 2020*

⁽⁵⁾Ratto C – *Tech Coloproctol 2017*

⁽⁶⁾Figueiredo MN – *World J Gastrointest Surg 2016*

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

HEMORROÏDOPLASTIE LASER (LHP®)

- INDICATIONS : prolapsus hémorroïdaire grade II/III (faible niveau de preuve)^{(1),(2)}
- CONTRE-INDICATIONS : aucune étude publiée => reprise des contre-indications (CI) habituelles
- EFFICACITE :
 - 29⁽³⁾ à 75%⁽⁴⁾
 - Pas d'intérêt de rajout d'un guidage Doppler⁽⁵⁾
- COMPLICATIONS :
 - Abscès et fistules : 6-18% => technique à reconsidérer ?^{(3),(6)}

⁽¹⁾Van Tol – *Colorect Dis* 2020

⁽²⁾Gallo G – *Tech Coloproctol* 2020

⁽³⁾Thierry ML – *Tech Coloproctol* 2020

⁽⁴⁾Jain A – *Ann Coloproctol* 2022

⁽⁵⁾Lim SY – *BMC Surg* 2022

⁽⁶⁾Faes S – *Colorectal Dis* 2019

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

PROCEDURE LASER (HeLP®)

- INDICATIONS : prolapsus hémorroïdaire grade II/III avec saignements (faible niveau de preuve)^{(1),(2)}
- CONTRE-INDICATIONS : aucune étude publiée => reprise des CI habituelles
- EFFICACITE :
 - 60 à 90% à 1 an^{(3),(4)}
- RECIDIVE : données insuffisantes
- COMPLICATIONS :
 - Saignements : 8%, hématome de paroi avec occlusion (1 cas rapporté)⁽⁵⁾

⁽¹⁾Van Tol – *Colorect Dis 2020*

⁽²⁾Gallo G – *Tech Coloproctol 2020*

⁽³⁾Giamundo P – *Surg Endosc 2022*

⁽⁴⁾Crea N – *Lasers Med Sci 2022*

⁽⁵⁾Giamundo P – *Tech Coloproctol 2016*

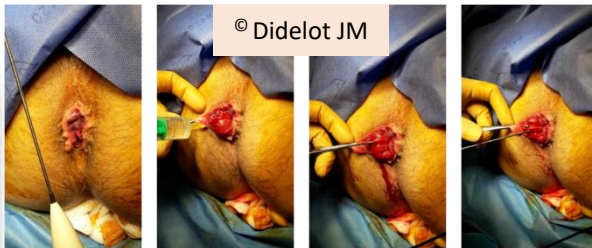


©Giamundo P Tech Coloproctol 2018

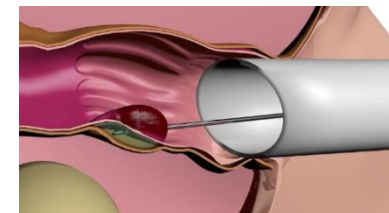
TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

THERMOCOAGULATION PAR RADIOFREQUENCE (Rafaelo®)

- INDICATIONS : prolapsus hémorroïdaire grade II-III +/- IV avec saignements⁽¹⁾
- CONTRE-INDICATIONS : aucune étude publiée => reprise des CI habituelles
- EFFICACITE :
 - 88 à 100% à 1 an^{(2),(3)} et 79% à 3 ans⁽¹⁾
 - Intérêt sur les saignements
 - Amélioration de la qualité de vie à 5 ans (indice de satisfaction +4/5 en EVA)⁽⁴⁾
- RECIDIVE : 21% à 3 ans⁽⁴⁾
- COMPLICATIONS :
 - Thromboses hémorroïdaires externes (8.4%)⁽⁴⁾
 - Si utilisation au travers d'un anoscope : abcès anaux et fistules intersphinctériennes^{(5),(6)}



- ⁽¹⁾Didelot JM– *IJCD* 2021
⁽²⁾Eddama MMR - *Tech Coloproctol* 2019
⁽³⁾Hassan S – *Ann Coloproctol* 2021
⁽⁴⁾Didelot JM - *Ann Coloproctol* 2022
⁽⁵⁾Drissi F - *J Visc Surg* 2021
⁽⁶⁾Laurain A – *CO JFHOD* 2022



TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

© Panneau J
2022

EMBOLISATION DES ARTERES HEMORROÏDAIRES (Emborrhoid®)

INDICATIONS :

- saignements des prolapsus hémorroïdaires grade I à III^{(1),(2)}
- patients ayant habituellement une CI opératoire : troubles de coagulation, cirrhose...

CONTRE-INDICATIONS :

- grade IV ? + CI des injections de produits de contraste (allergie à l'iode, insuffisance rénale)

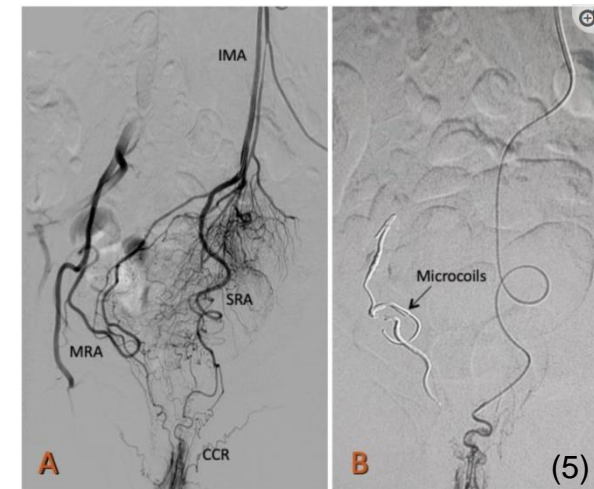
EFFICACITE :

- diminution des besoins transfusionnels : 82%⁽³⁾

RECIDIVE : 14% à 1 an⁽¹⁾

COMPLICATIONS :

- 1 ischémie recto-sigmoïdienne publiée⁽⁴⁾



⁽¹⁾Vidal V - *Diagn Interv Imag* 2014

⁽²⁾Camperi P – *J Clin Med* 2022

⁽³⁾Nguyenhuy M – *Cardiovasc Intervent Radiol* 2022

⁽⁴⁾Eberspacher C – *Dig Dis Sci* 2021

⁽⁵⁾De Gregorio MA – *J Clin Med* 2022

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

EVALUATION COMPARATIVE



- Par rapport à l'hémorroïdectomie standard (MM) :
 - Toutes les méthodes mini-invasives: < douleurs et < arrêt travail
 - Longo et DGHAL : efficacité immédiate = MM mais récurrences > MM
 - Données insuffisantes pour RF, LHP, HeLP, Emborrhoid
- Comparaison entre les techniques mini-invasives :
 - DGHAL = Longo mais sans les risques du Longo^{(1),(2),(3)}
 - Données insuffisantes pour RF, LHP, HeLP, Emborrhoid

(1) Sajid MS – *Tech Coloproctol 2012*

(2) Venara A – *IJCD 2018*

(3) Song Y – *Medicine 2018*

TRAITEMENTS MINI-INVASIFS

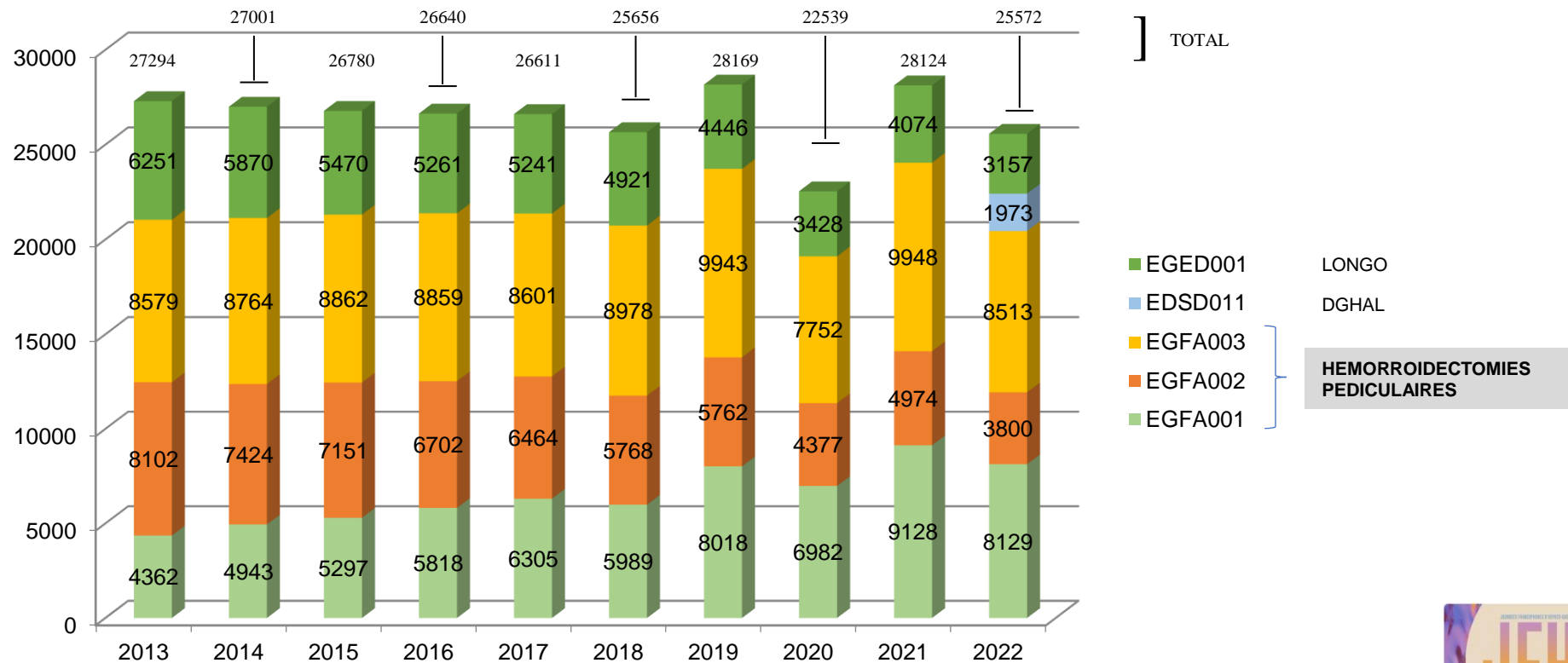
EVALUATION COMPARATIVE

	Efficacité	Récidive > 1 an	Taux de réintervention
Hémorroïdectomie standard	> 95%	0-4%	< 4%
Hémorroïdopexie (Longo)	83-93%	1-47%	7-15%
Ligatures artérielles Doppler +/- mucopexie	78-97%	3-36%	7-11%
Radiofréquence (Rafaelo®)	87-96%	21%	6%
Hémorroïdoplastie laser (LHP®)	60-97%	0-36%	0-55%
Procédure laser (HeLP®)	60-90%	5-9%	8%
Emborrhoid	82%	5-9%	---

PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

NON, si

respect des non/contre-indications des techniques instrumentales ou mini-invasives (thromboses, fissures et/ou marisques associées, grade IV, troubles acquis ou innés de coagulation...), choix du patient d'une solution radicale...



<https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostic-et-actes>

TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

OUI, si

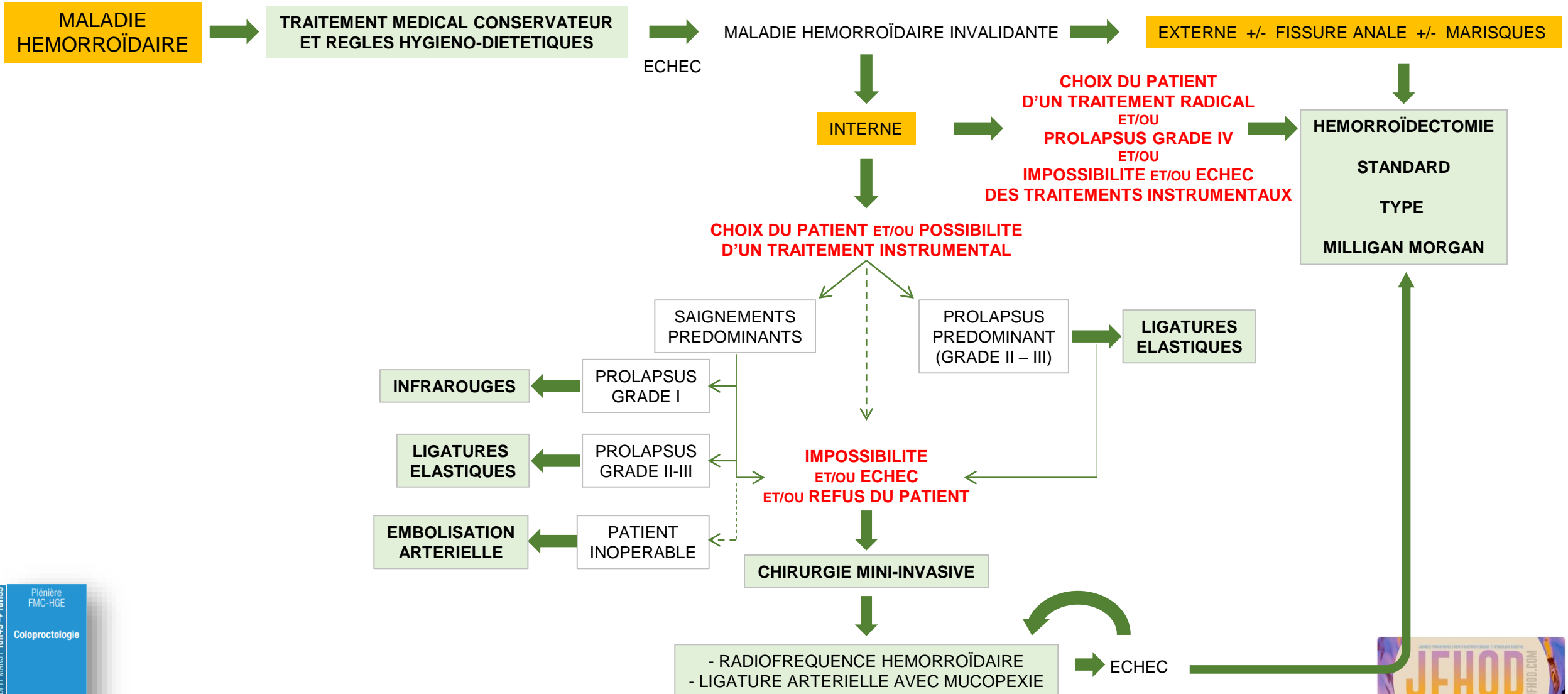
- Respect préalable de la prise en charge conservatrice (traitements locaux, règles hygiéno-diététiques communes)
- Respect des contre-indications du MM
- Respect du souhait du patient d'avoir une prise en charge mini-invasive s'il y est éligible
- Changement d'objectifs du praticien privilégiant la qualité de vie et le résultat fonctionnel plutôt que la correction anatomique à tout prix

➔ proposition systématique d'une prise en charge instrumentale ou chirurgicale mini-invasive si elle est indiquée

primum non nocere



SAVOIR GUIDER LE CHOIX



TRAITEMENT INSTRUMENTAL OU MINI-INVASIF DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE : PEUT-ON EVITER LE MILLIGAN-MORGAN ?

POINTS FORTS

5

Les cinq points forts

- Les ligatures élastiques et la photocoagulation infrarouge gardent une place importante en première intention dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire interne de grade I-II.
- Les traitements mini-invasifs voient leur part augmenter dans la prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire interne et doivent être proposés systématiquement en l'absence de contre-indications.
- La ligature artérielle sous contrôle Doppler et la thermocoagulation par radiofréquence hémorroïdaire semblent efficaces pour améliorer la qualité de vie des patients opérés.
- L'hémorroïdopexie circulaire par agrafage (Longo), exposant à des complications graves liées à la technique, est de moins en moins pratiquée.
- L'hémorroïdectomie standard type Milligan-Morgan garde cependant une place incontournable dans la prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire.