

JFHOD JFHOD.COM

**19-22
MARS
-2026-**

**PALAIS DES
CONGRÈS DE
PARIS**



*L'intelligence
artificielle*

Pays invité
LA ROUMANIE



Techniques chirurgicales dans le traitement de la pathologie hémorroïdaire

DR MERLE Pauline

Toulouse, Clinique Croix du Sud



Conflits d'intérêt

- Aucun pour cette présentation

Objectifs pédagogiques

Connaître le principe des techniques chirurgicales hémorroïdaires :

- Hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan
- Hémorroïdopexie par agrafage circulaire selon Longo
- DGHAL* et mucopexie
- Thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence
- Hémorroïdoplastie laser

*Ligature des artères hémorroïdaires guidée par Doppler et mucopexie

Préambule

- Pathologie hémorroïdaire : motif **fréquent** de consultation de proctologie, dont **17% relève d'une chirurgie ***
- Prise en charge chirurgicale orientée par les **symptômes**, le **retentissement sur la qualité de vie** et les **attentes du patient**
- **Choix** de la technique chirurgicale orienté par l'**importance du prolapsus** et de l'existence d'une **pathologie externe**

• Fathallah N, Alam A, Rentien AL, La Greca G, Co J, Pommaret E, Barré A, Kegne S, Beaussier H, Spindler L, de Parades V. Hemorrhoidal disease: Epidemiological study and analysis of predictive factors for surgical management. *J Visc Surg.* 2024 Jun;161(3):161-166. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2024.03.005. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38580520.



La pathologie hémorroïdaire en images...



Hémorroïdectomie tripédiculaire ouverte selon Milligan et Morgan



Hémorroïdectomie tripédiculaire ouverte selon Milligan et Morgan

Avantages	Inconvénients	Complications
<ul style="list-style-type: none">• Traitement radical• Peu de récurrences• Maladie hémorroïdaire interne tous grades• SEULE technique pour la pathologie externe	<ul style="list-style-type: none">• Douleurs intenses• Nécessité des soins post opératoires• Cicatrisation longue : 6-8 semaines• Arrêt de travail (de 3-4 semaines)	<ul style="list-style-type: none">• Hémorragies : 5-7%• Sténose anale (ponts muqueux étroits)

Hémorroïdectomie tripédiculaire ouverte selon Milligan et Morgan



Les techniques mini invasives

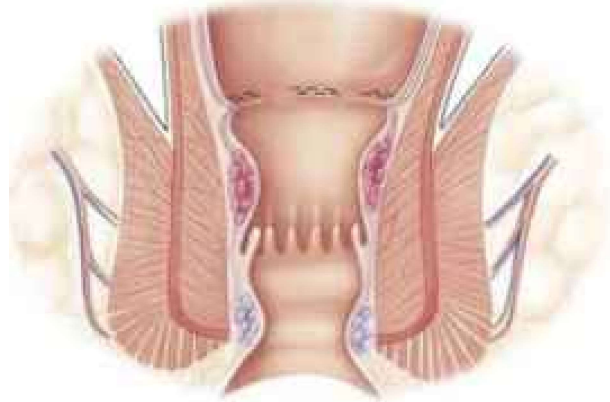
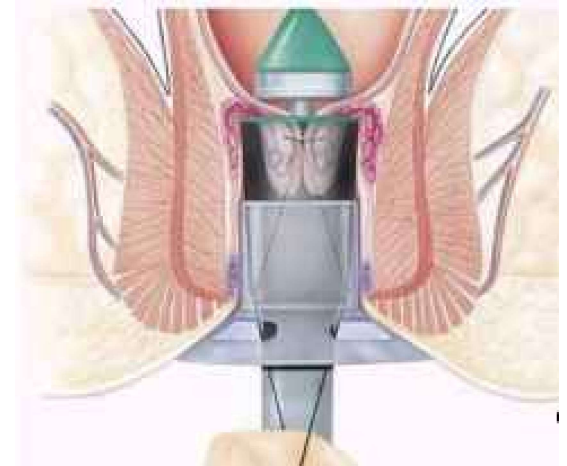
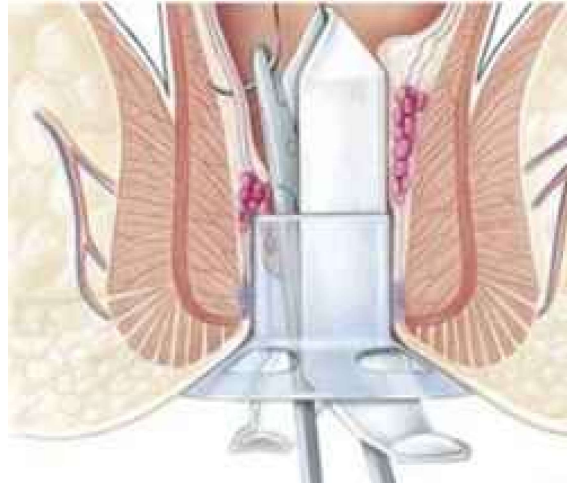
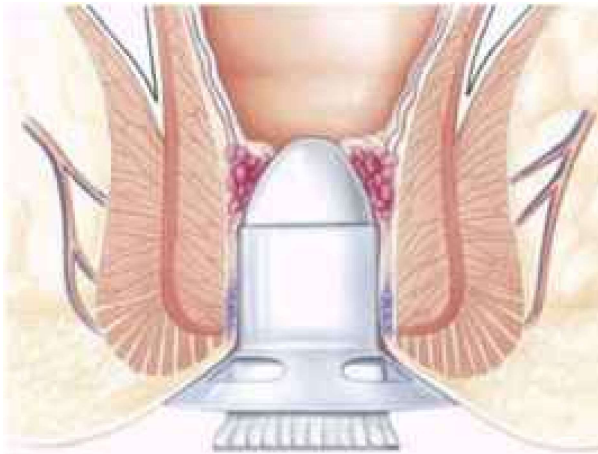
- Pas de plaies cutanées
- Moindre douleur post opératoire
- Reprise plus rapide des activités

MAIS

pour la pathologie hémorroïdaire **INTERNE uniquement**



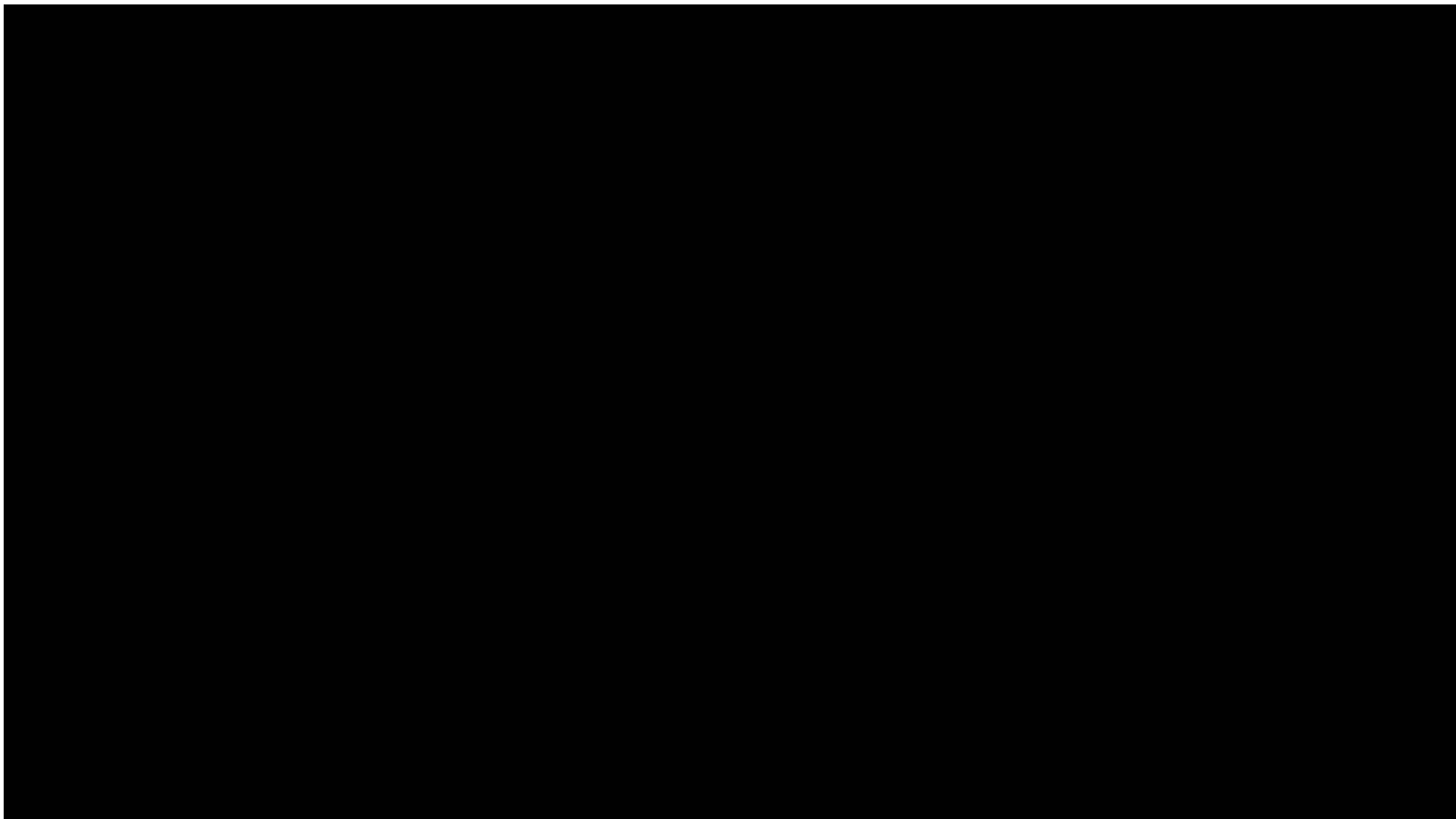
Anopexie par agrafage circulaire selon Longo



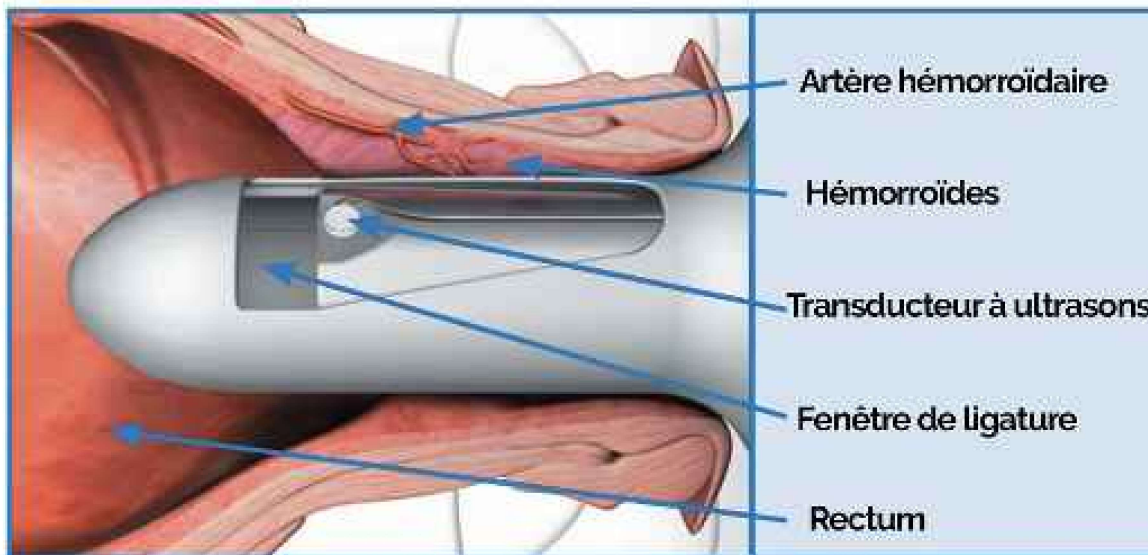
Anopexie par agrafage circulaire selon Longo

Avantages	Inconvénients	Complications
<ul style="list-style-type: none">• Suites moins douloureuses• Pas de soins post opératoire• Arrêt de travail plus court (7jours)• Technique rapide	<ul style="list-style-type: none">• Pathologie hémorroïdaire interne circulaire homogène de grade 2-3• Risque de récidives : 5 fois plus élevée (notamment pour les grades 3-4)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Précoces</u> : idem que Milligan et Morgan• <u>Tardives (rares)</u> : sténose, dyschésie, douleur +++• Complications <u>rares mais graves</u> : perforation, suppuration, fistule, hématome

Anopexie par agrafage circulaire selon Longo



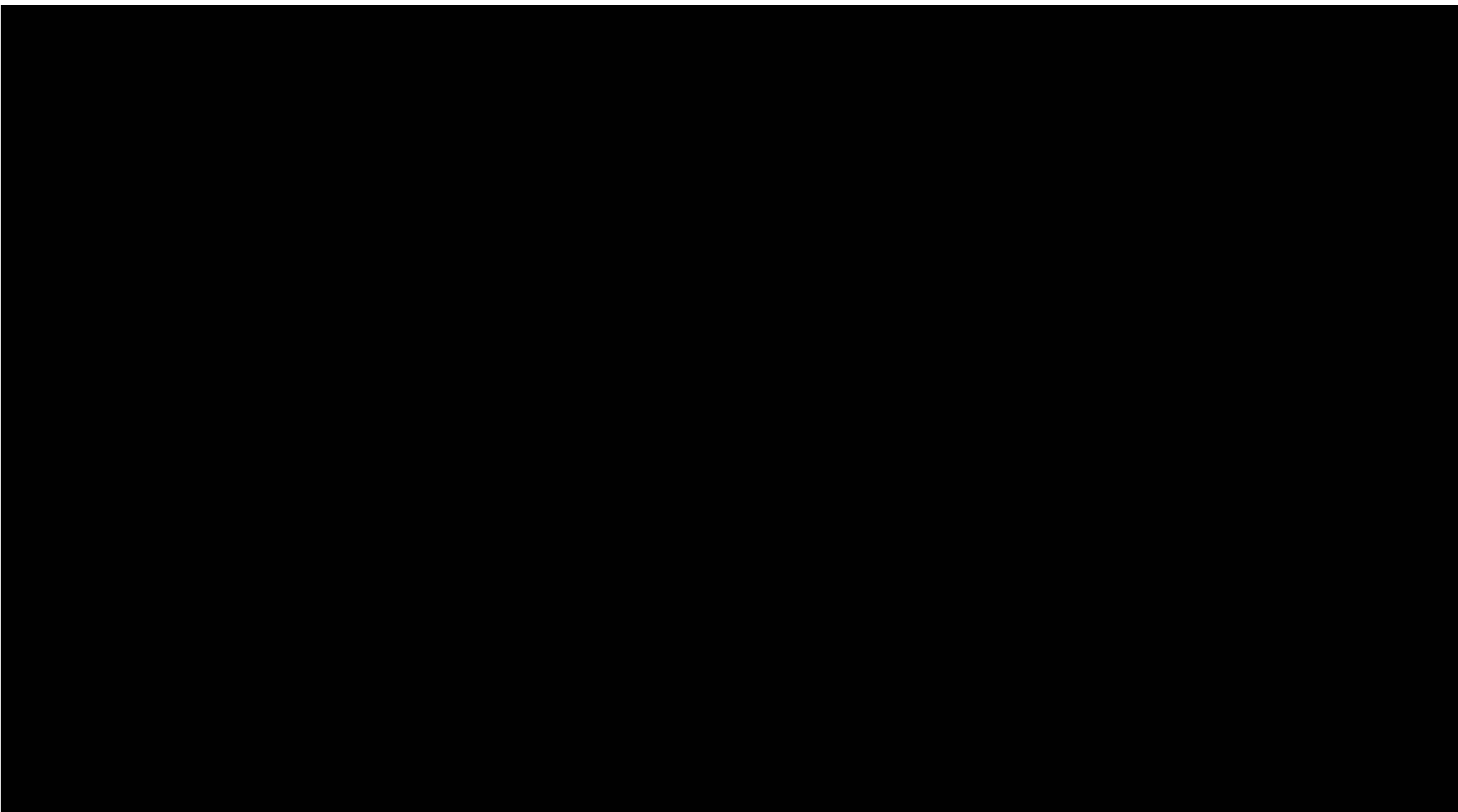
Ligature artérielle sous contrôle Doppler (DGHAL) avec mucopexie



Ligature artérielle sous contrôle Doppler (DGHAL) avec mucopexie

Avantages	Inconvénients	Complications
<ul style="list-style-type: none">• Suites peu douloureuses• Pas de soins post opératoire• Court arrêt de travail (limité à quelques jours)	<ul style="list-style-type: none">• Durée de 40-60 minutes• Pathologie hémorroïdaire de grade 2-3• Récidives notamment sur les grades 4 : 8 à 20% à 5 ans (+ fréquent dans grade 4)	<ul style="list-style-type: none">• Rares et bénignes

Ligature artérielle sous controle Doppler (DGHAL) avec mucopexie



Thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence

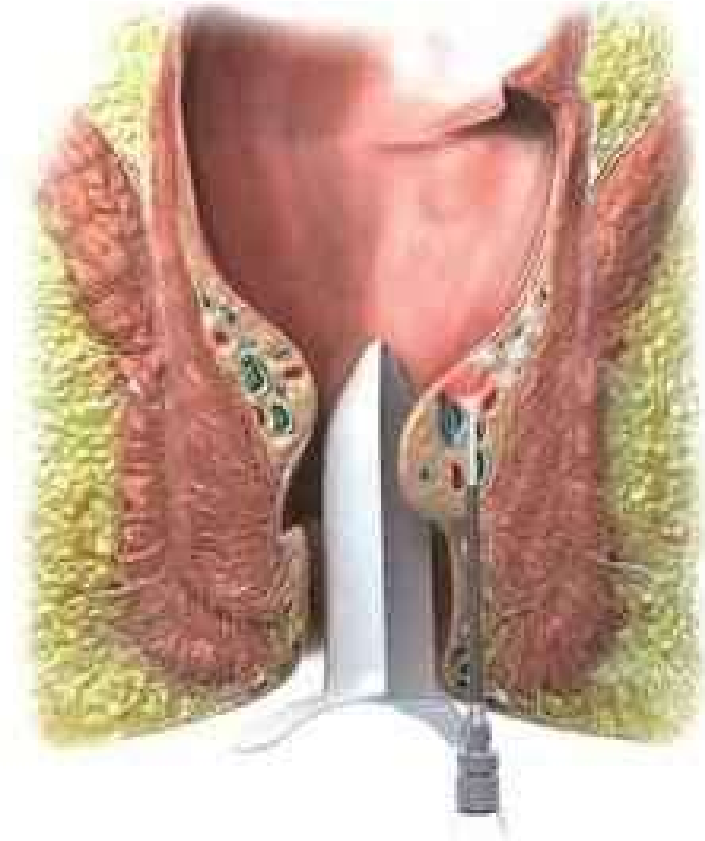


Thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence

Avantages	Inconvénients	Complications
<ul style="list-style-type: none">• Technique rapide• Efficace sur les saignements et prolapsus petite taille• Suites simples• Pas de soins post opératoire• Arrêt de travail court	<ul style="list-style-type: none">• Pathologie hémorroïdaire de grade 2-3• Récidives à moyen terme (0-12% à 1 an et 21% à 30 mois)	<ul style="list-style-type: none">• Rares et bénignes

Thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence

Hémorroïdoplastie laser (LHP)



Hémorroïdoplastie laser (LHP)

Avantages	Inconvénients	Complications
<ul style="list-style-type: none">• Technique rapide• Peu douloureux• Arrêt de travail court• Pas de soins post opératoires• Efficace sur les saignements dans les grade 2	<ul style="list-style-type: none">• Récidives (10% à 1 an)• Uniquement grade 2 et 3	<ul style="list-style-type: none">• Rares et bénignes

Hémorroïdoplastie laser (LHP)

Remerciements à mes collègues

- Dr Castinel Alain, pour le montage sur la technique d'agrafage circulaire selon Longo
- Dr Didelot Jean Michel, pour son montage sur la thermocoagulation par radiofréquence
- Dr Fathallah Nadia et Dr Aubert Manuel pour le montage sur l'hémorroïdoplastie laser
- Dr Higuero Thierry pour le montage sur DGHAL +mucopexie
- A toute l'équipe infirmière du Dr Merle Pauline, pour la réalisation de la vidéo sur l'hémorroïdectomie tripédiculaire
- Mme Gobbato Clelia, designer indépendante, pour son travail de montage et de retouche d'images et de vidéos



Points forts

- La chirurgie est indiquée en cas de **gêne fonctionnelle invalidante**, et **d'échec du traitement médico instrumental**, ou d'emblée en cas de maladie hémorroïdaire de grade III circulaire ou de grade IV
- La technique de référence reste l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte selon Milligan-Morgan
- Les techniques **mini invasives** (ligature artérielle sous contrôle Doppler avec mucopexie, thermocoagulation par radiofréquence, hémorroïdoplastie laser) se développent, en raison de suites plus simples et moins douloureuses et d'arrêt de travail plus court mais ne peuvent être proposées que pour une pathologie hémorroïdaire interne **de grade 2-3**
- **L'hémorroïdopexie par agrafage circulaire** (Longo) est de moins en moins pratiquée du fait des complications **rarees mais graves**
- Le choix de la technique chirurgicale doit être discuté avec le patient, après une information claire et appropriée, sur le rapport bénéfices/risques (notamment un risque majoré de récurrence pour les techniques mini invasives)