

Maladie Hémorroïdaire:MH



Pr DIARRA MOUSSA
dimouss65@yahoo.fr



Lien d'intérêts

AUCUN

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

PLAN

- 1-GENERALITES
 - 2-SIGNES
 - 3-DIAGNOSTIC
 - 4-TRAITEMENT
 - CONCLUSION
-

QUI A DES HEMORROÏDES?

QUI N'A PAS D'HEMORROÏDES?

DEFINITION

La MH correspond à toute la symptomatologie attribuable à la transformation pathologique des formations vasculaires normales du canal anal, qui jouent un rôle déterminant dans les mécanismes physiologiques de la continence fine.

INTERÊT

-Epidémiologique:

- La MH est la plus fréquente des pathologies anorectales
- Cause fréquente de consultation en proctologie
- MHI 18,27% (fréquence hospitalière au Mali)

-Pronostique:

- Maladie bénigne mais nécessité d'exclure toutes autres pathologies  **Cancer colorectal!**

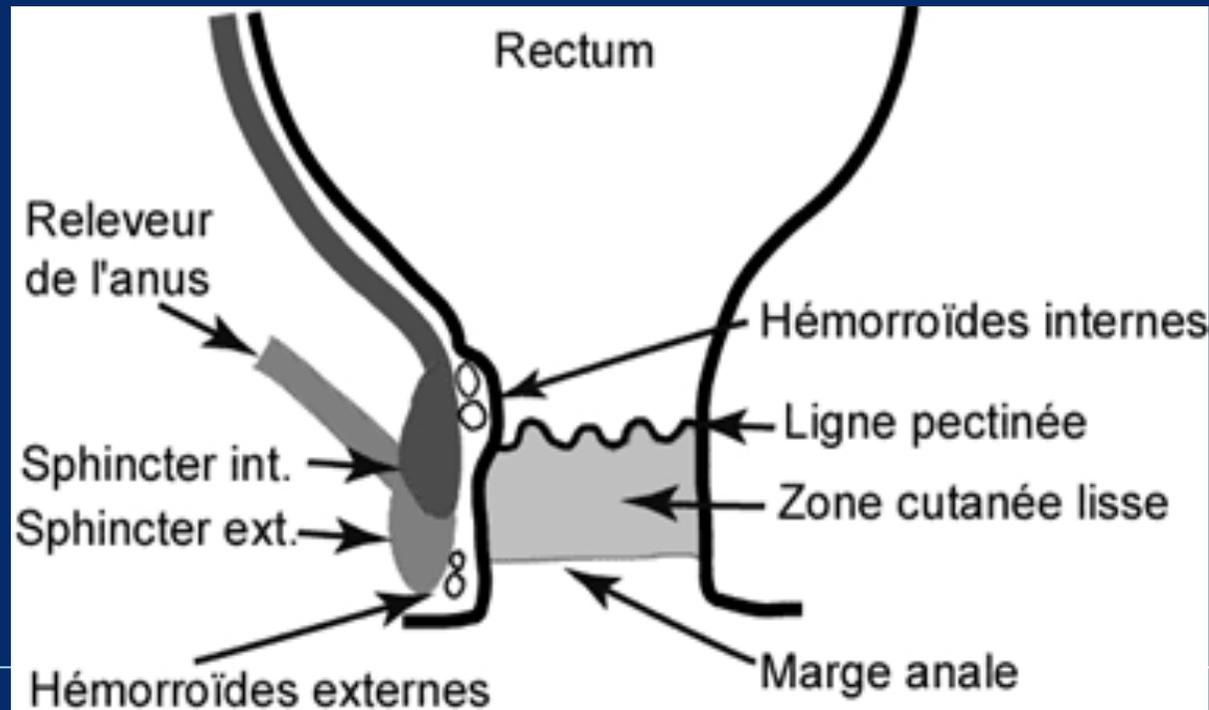
-Thérapeutique:

- Progrès thérapeutiques +++

RAPPEL ANATOMIQUE

Le canal anal:

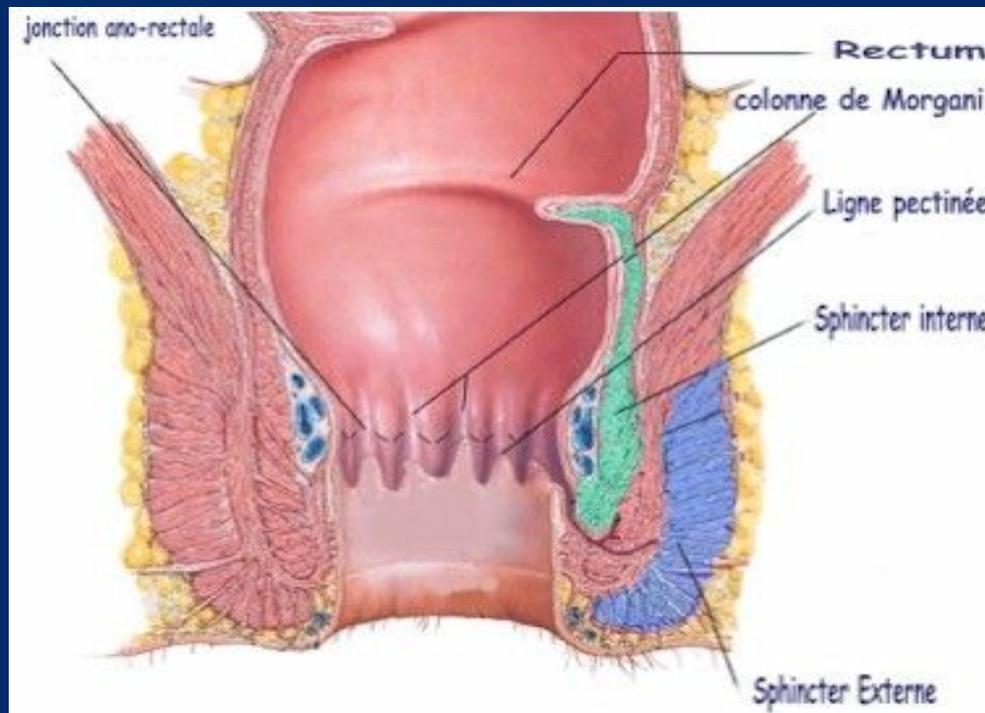
- mesure 3-4 cm
- Sa limite > est la jonction ano-rectale.
- Sa limite < est la marge anale marquée par les plis radiés.
- Divisé par la ligne pectinée.



RAPPEL ANATOMIQUE

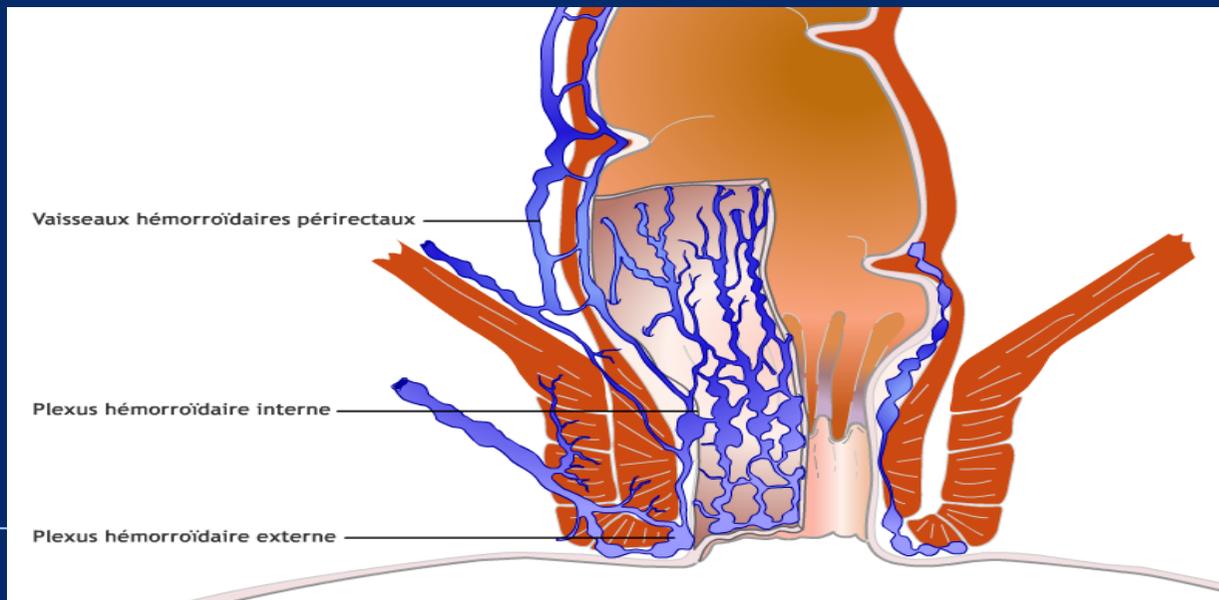
Le canal anal:- La zone sus pectinéale est rouge sombre et occupée par les colonnes de MORGAGNI.

- La zone sous pectinéale est grise bleutée et contient le pecten , les glandes de la marge anale et la peau.



RAPPEL ANATOMIQUE

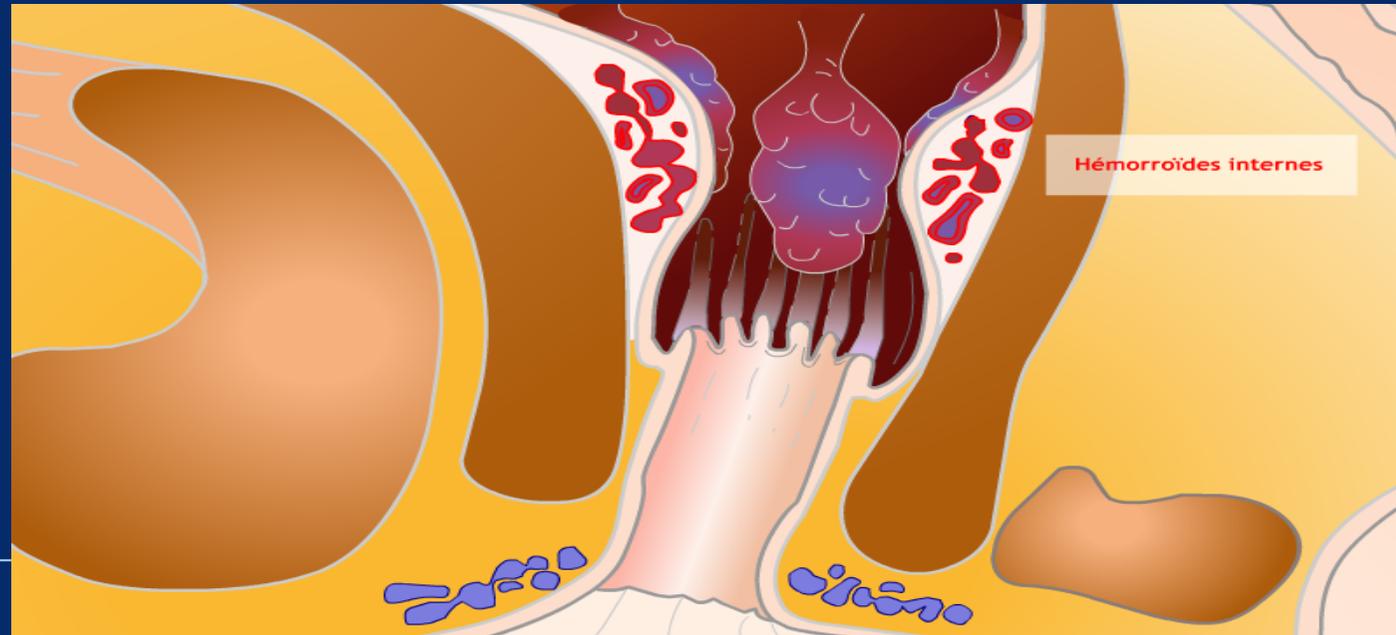
- Hémorroïdes: structures anatomiques normales présentes dès la vie embryonnaire et constantes chez l'adulte.
- ce sont des lacs sanguins avec de multiples anastomoses vasculaires situées ds l'espace sous cutané du canal anal.



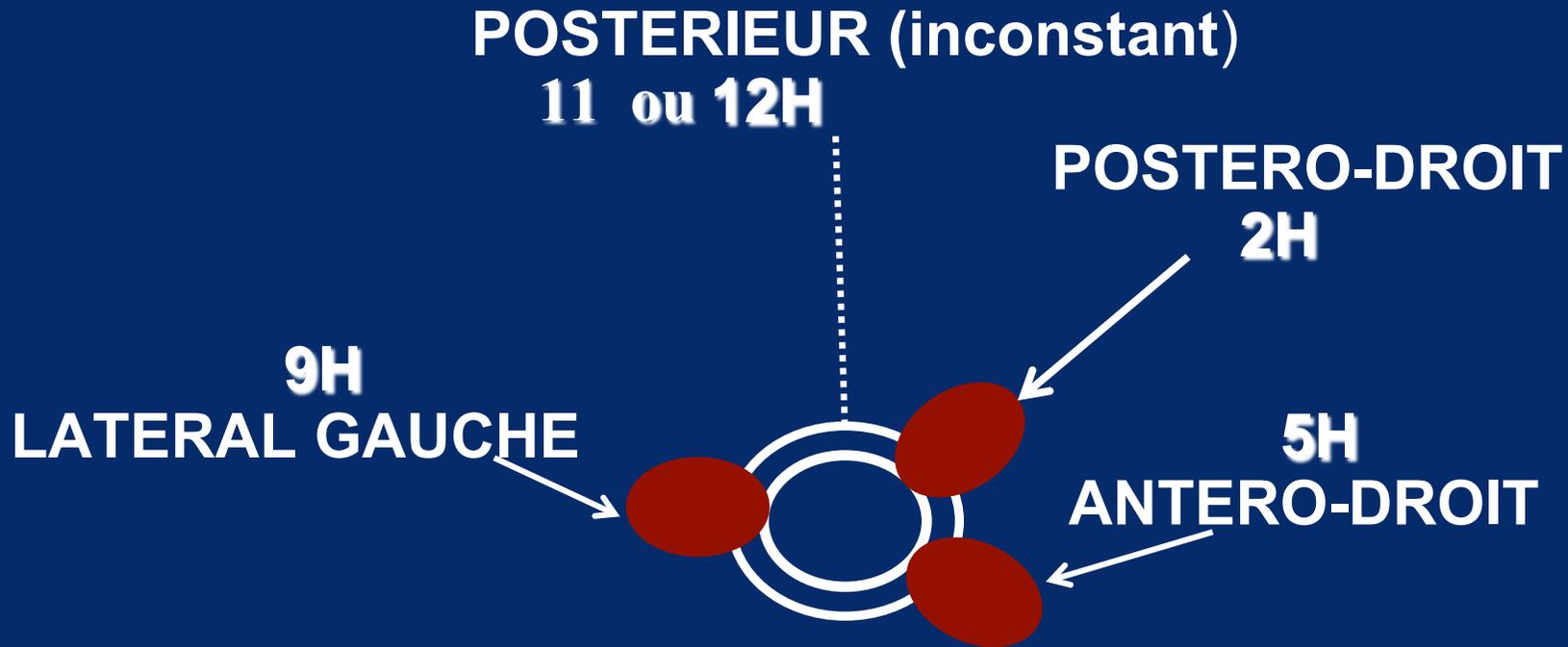
RAPPEL ANATOMIQUE

Les HI:

- sont situées au dessus de la ligne pectinée.
- réparties en 3 paquets correspondant à la division des branches artérielles hémorroïdales supérieures : 3H(latéral gauche), 8H(postérieur droit), 11H (antérieur droit) **en position gynécologique**



LOCALISATION DES PAQUETS HEMORROIDAIRES: GENU PECTORAL

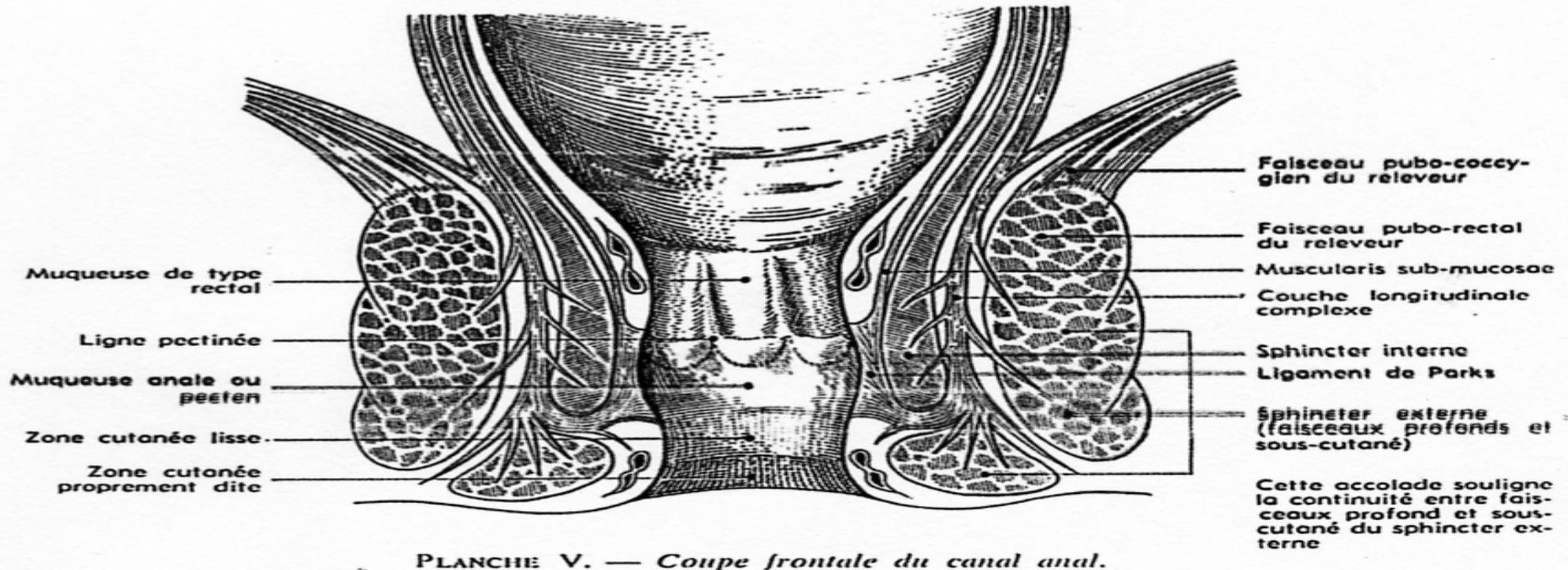


RAPPEL ANATOMIQUE

- l'apport artériel des HI est essentiellement issu des artères hémorroïdales sup branche de l'artère mésentérique inf.
 - les veines hémorroïdales sup se drainent ds la v porte ,une faible partie se draine vers la VCI par les veines iliaques int.
-

RAPPEL ANATOMIQUE

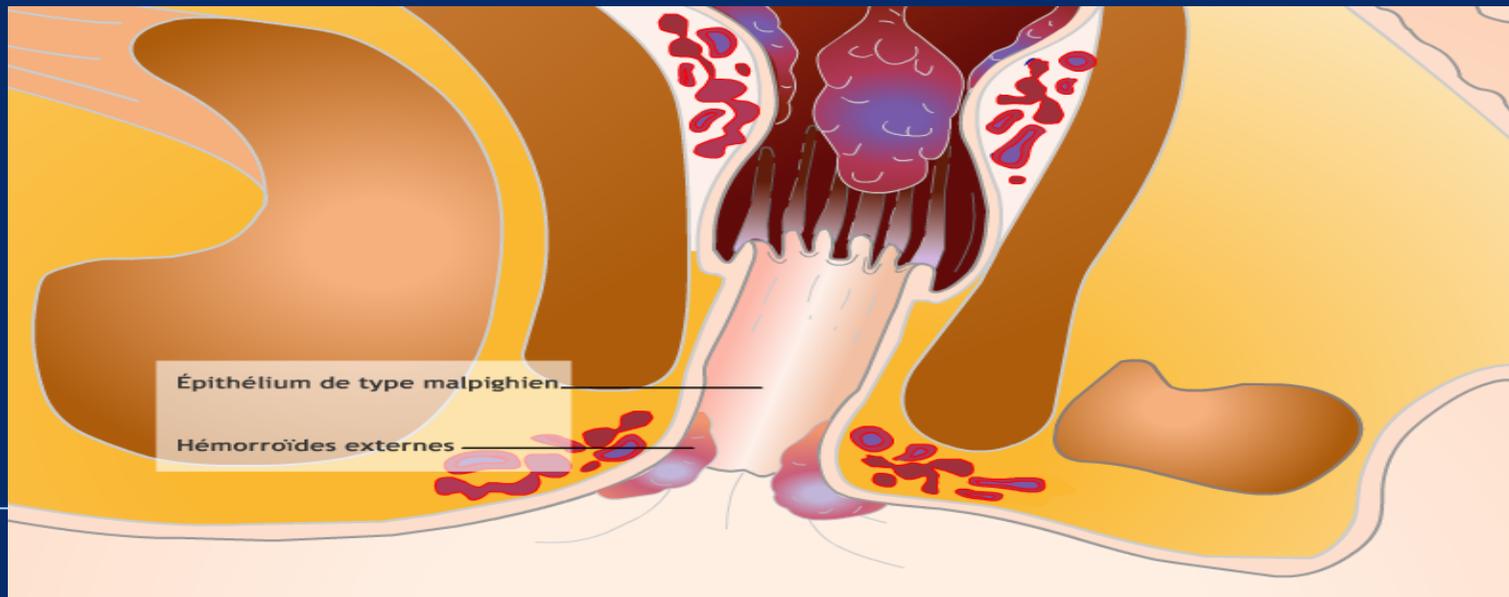
- les HI sont amarrées à la muqueuse par des fibres musculo-conjonctives qui les fixent à la face int du sphincter int et forment au niv de la ligne pectinée un ligament suspenseur dit **ligament de Parks**.
- Rôle physiologique : continence fine (contrôle des gaz).
occlusion du canal anal (15% du tonus de repos du canal anal)

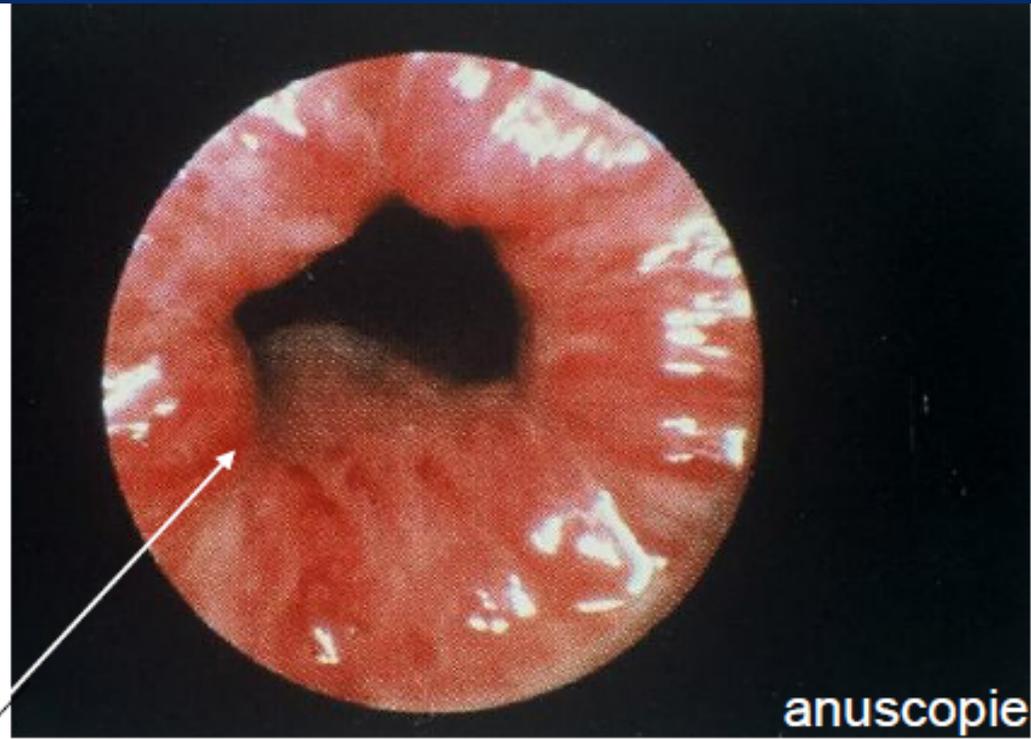
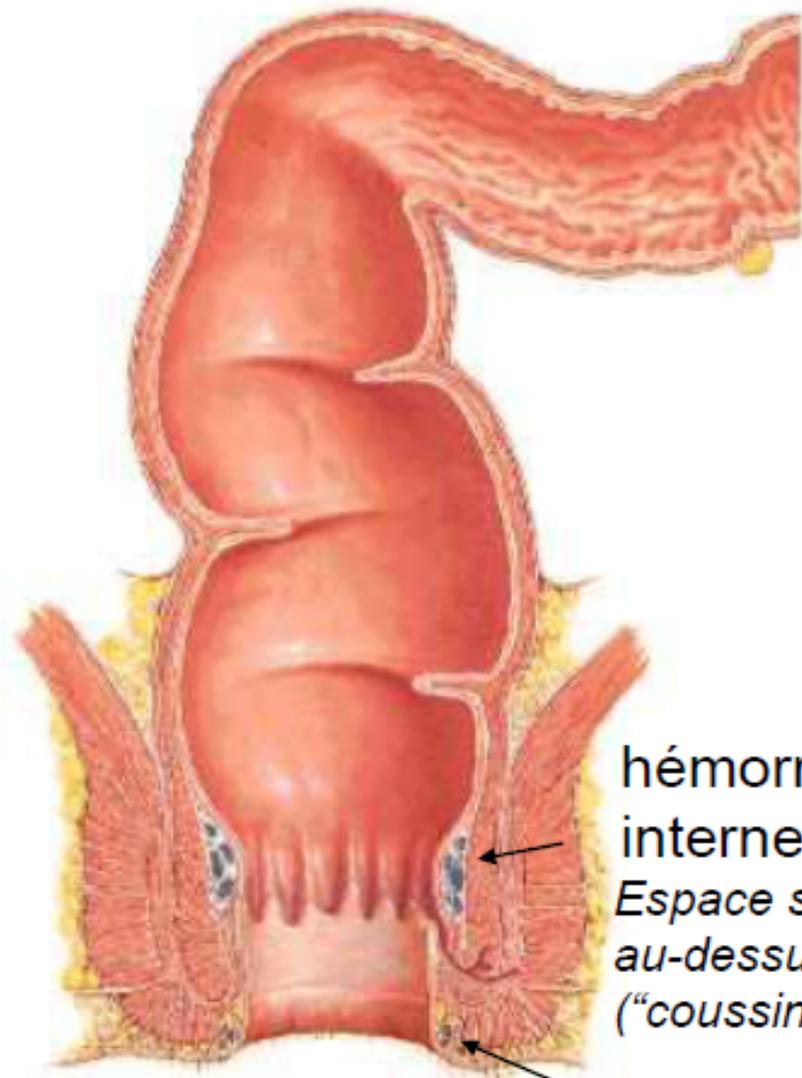


RAPPEL ANATOMIQUE

HE:

- situées sous la ligne pectinée ds l'espace sous cutané du canal anal ,au niveau de la marge anale épidermisée.
- elles sont vascularisées par l'artère honteuse interne.





hémorroïdes
internes

*Espace sous-muqueux du canal anal,
au-dessus de la ligne pectinée
("coussinets" vasculaires)*

hémorroïdes
externes

*En dessous de la ligne pectinée, au
niveau de la marge anale épidermisée*



FACTEURS

DECLENCHANTS

- Trouble de transit : constipation, diarrhée
 - Facteurs hormonaux : grossesse et autres périodes de la vie génitale
 - Augmentation de la pression intra-abdominale: Tumeur, ascite etc...
 - Alcool, épices, café (individuel)
 - Certains sports (équitation, cyclisme) ou métiers , sédentarité
 - Terrain familial souvent retrouvé
 - Certains états pathologiques : - hyper triglycéridémie ; diabète
-

PHYSIOPATHOLOGIE

■ MHE :

-anodermique (marginale)

-**affection veineuse inflammatoire**

-désordre hémodynamique et dysfonctionnement
endothélial(facteurs déclenchants)

PHYSIOPATHOLOGIE

■ MHI :- Endo canalaire

- Affection **dégénérative colla génique** du tissu

élastique de soutien et d'amarrage du plexus

interne

- Désordre hémodynamique(shunts AV) et anatomique

PHYSIOPATHOLOGIE

■ MHI :

FAC vasculaire

↗ débit artériel



Mise en jeu des shunts



Thromboses

fragilisation
de muqueuse ←

FAC mécanique

altération tissu de soutien
fibro élastique



Prolapsus



Hémorragies

dilacération du tissu de soutien



SIGNES

- **TDD : MHI non compliquée de l'adulte**
 - **CDD:**
 - Saignement(et non rectorragie)
 - Prolapsus ou procidence
-

SIGNES

- Etude Clinique

- SG

- Absents à ce stade de la maladie

SIGNES

- Etude Clinique

- SF:

- Saignement: symptôme principal



Typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation

Abondance variable: saignement goutte à goutte éclaboussant la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage

SIGNES

- Etude Clinique

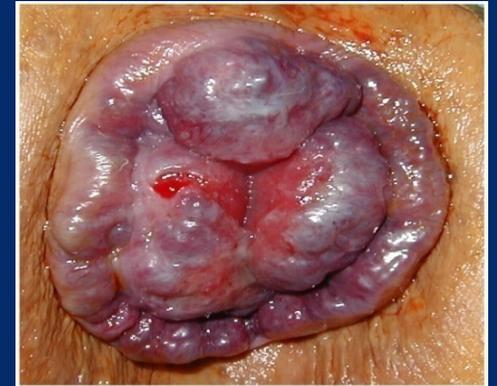
- SF:

- Prolapsus ou procidence hémorroïdaire

Correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal

Peut être circulaire ou localisé

Permet la classification de la maladie hémorroïdaire en 04 grades: **Classification de GOLIGHER**



SIGNES

- **Etude Clinique**

- **SF:**

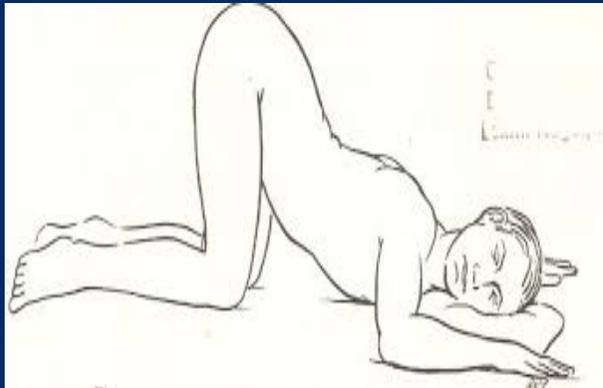
- **Prurit anal**
 - **Suintement glaireux et/ou pertes de mucus**
 - **Pesanteur anale**
 - **Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle**
-

SIGNES

- Etude Clinique

SP: Ex. procto: Inspection+Palpation+TAR + Anuscopie

- Temps essentiel du diagnostic
- Position genu-pectorale



Décubitus latéral gauche

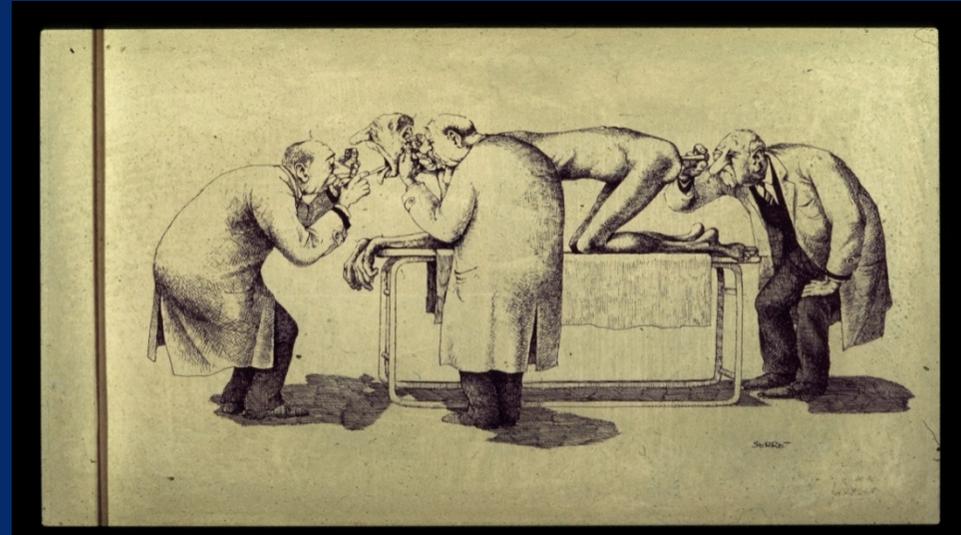


- Rectum vide
 - Très bon éclairage
-

SIGNES

- **Etude Clinique**

Inspection: Réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule)



SIGNES

- **Etude Clinique**

- Palpation:**

- L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal
- recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité



SIGNES

● Etude Clinique

TAR:

En **décubitus dorsal, cuisses fléchies** en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face post et la partie haute du rectum

▪Palpe:

Tonus et contraction volontaire de l'appareil sphinctérien

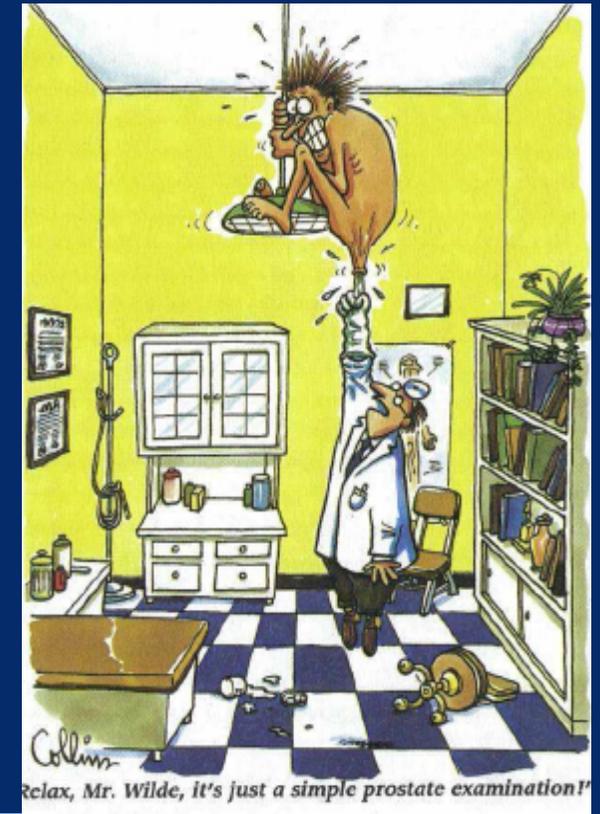
La moitié inférieure du rectum (tumeur, ulcération)

Prostate chez l'homme, col utérin chez la femme

Cul-de-sac de Douglas

▪Authentifie le saignement

▪Recherche une douleur localisée



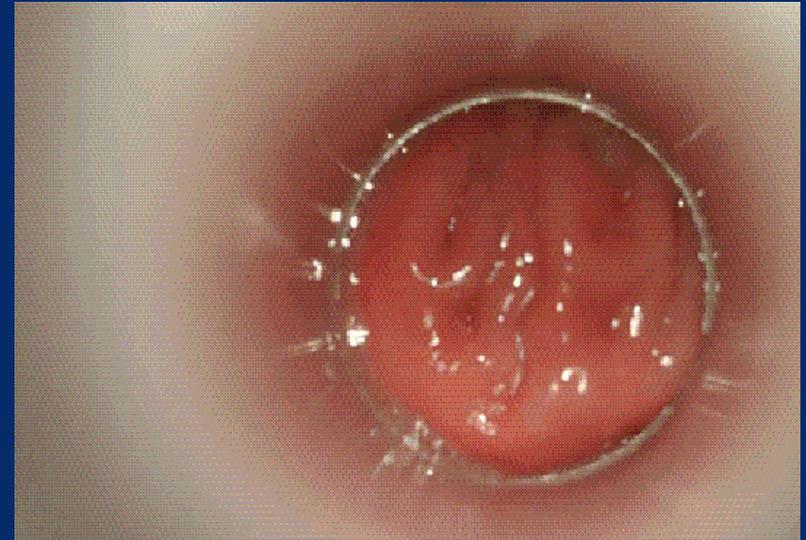
SIGNES

- Etude Clinique
ANUSCOPIE:

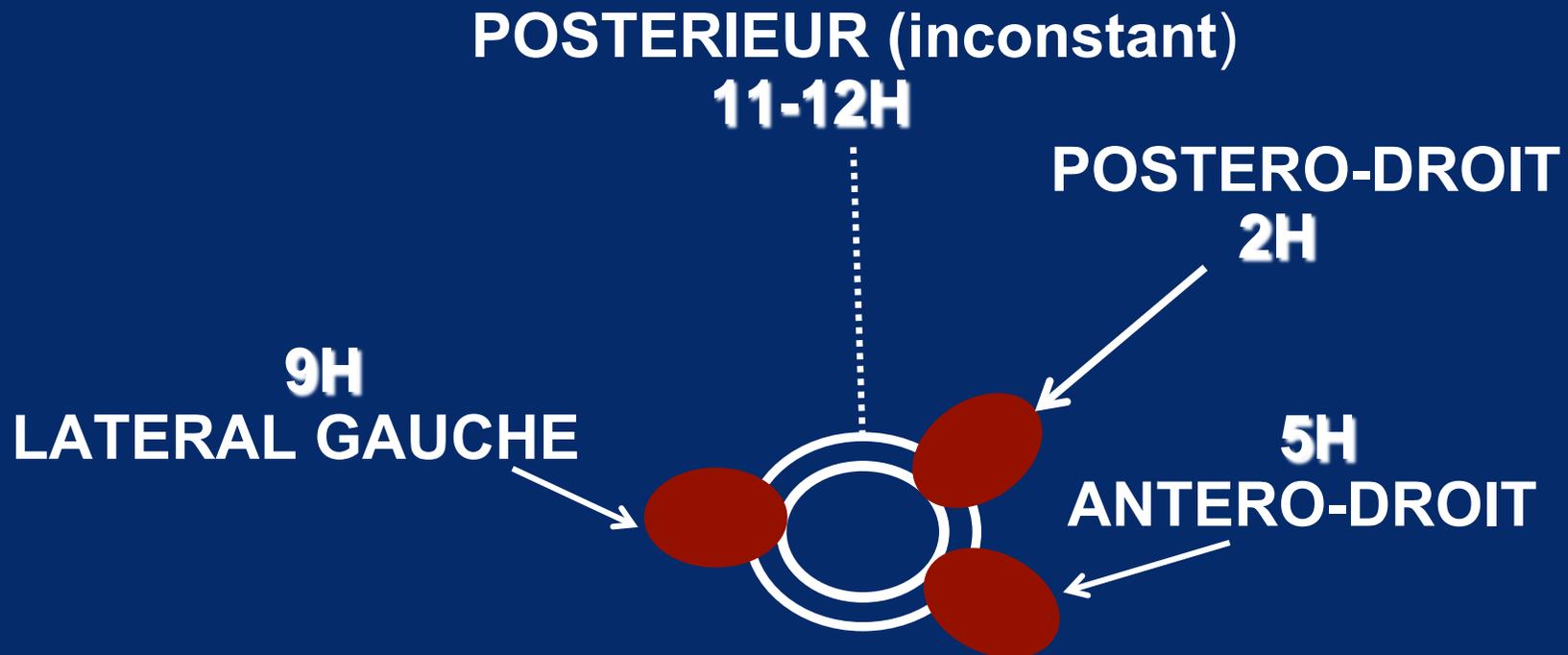
- Appareil métallique ou jetable

- Permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires

- La pathologie hémorroïdaire est ainsi classée en 4 stades de gravité croissante: **Classification de GOLIGHER**



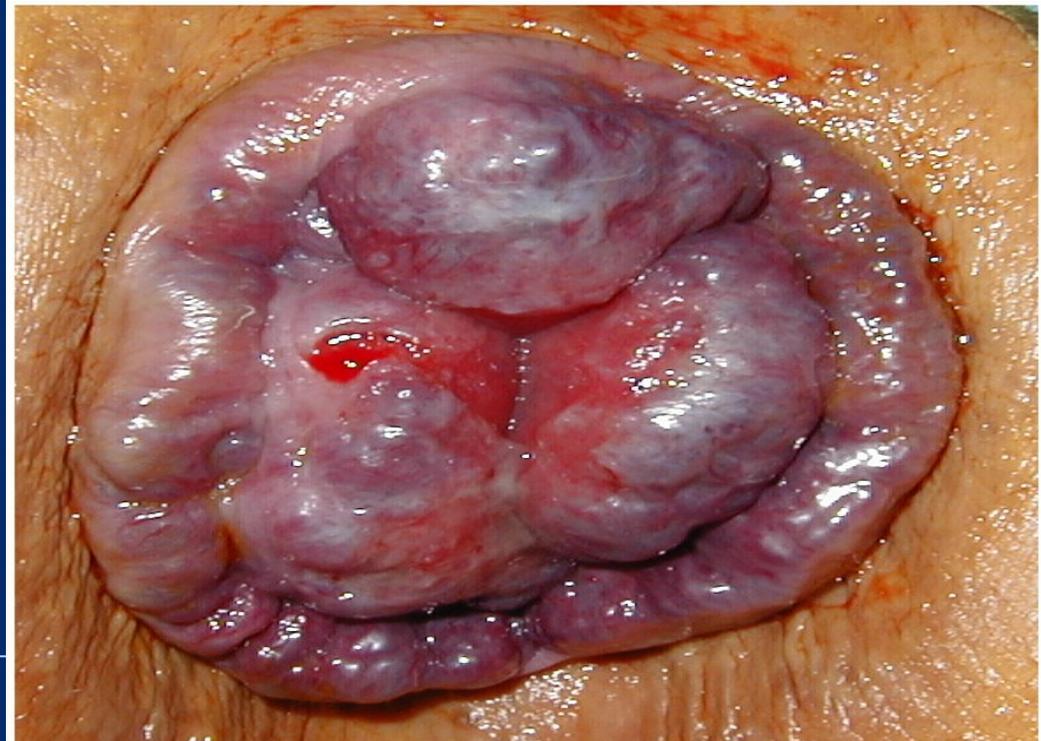
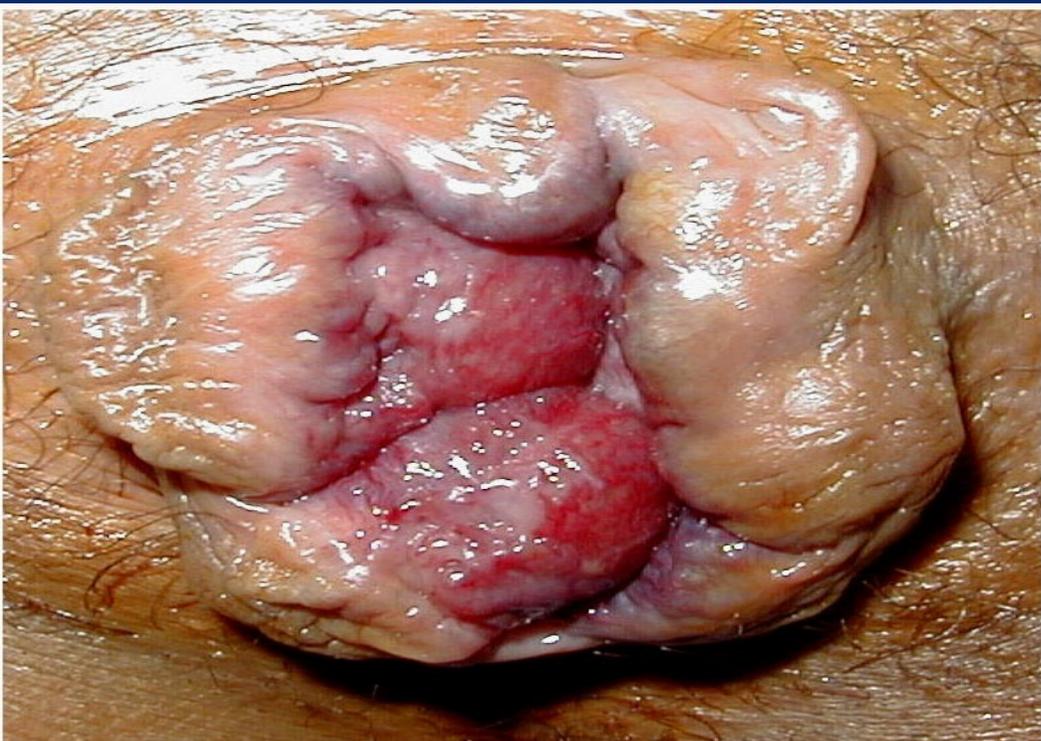
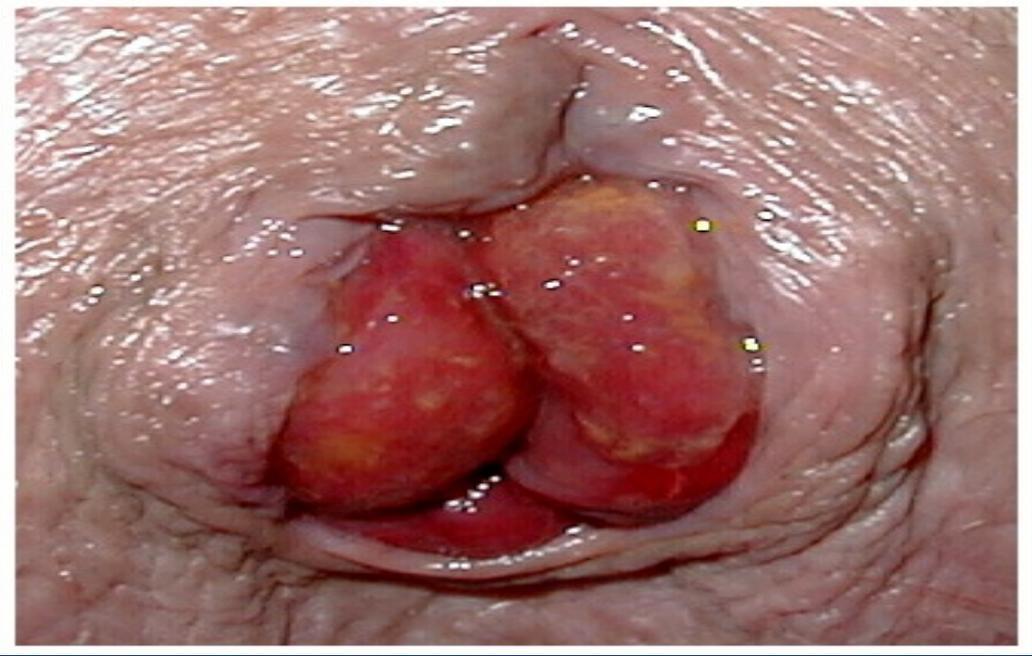
LOCALISATION DES PAQUETS HEMORROIDAIRES

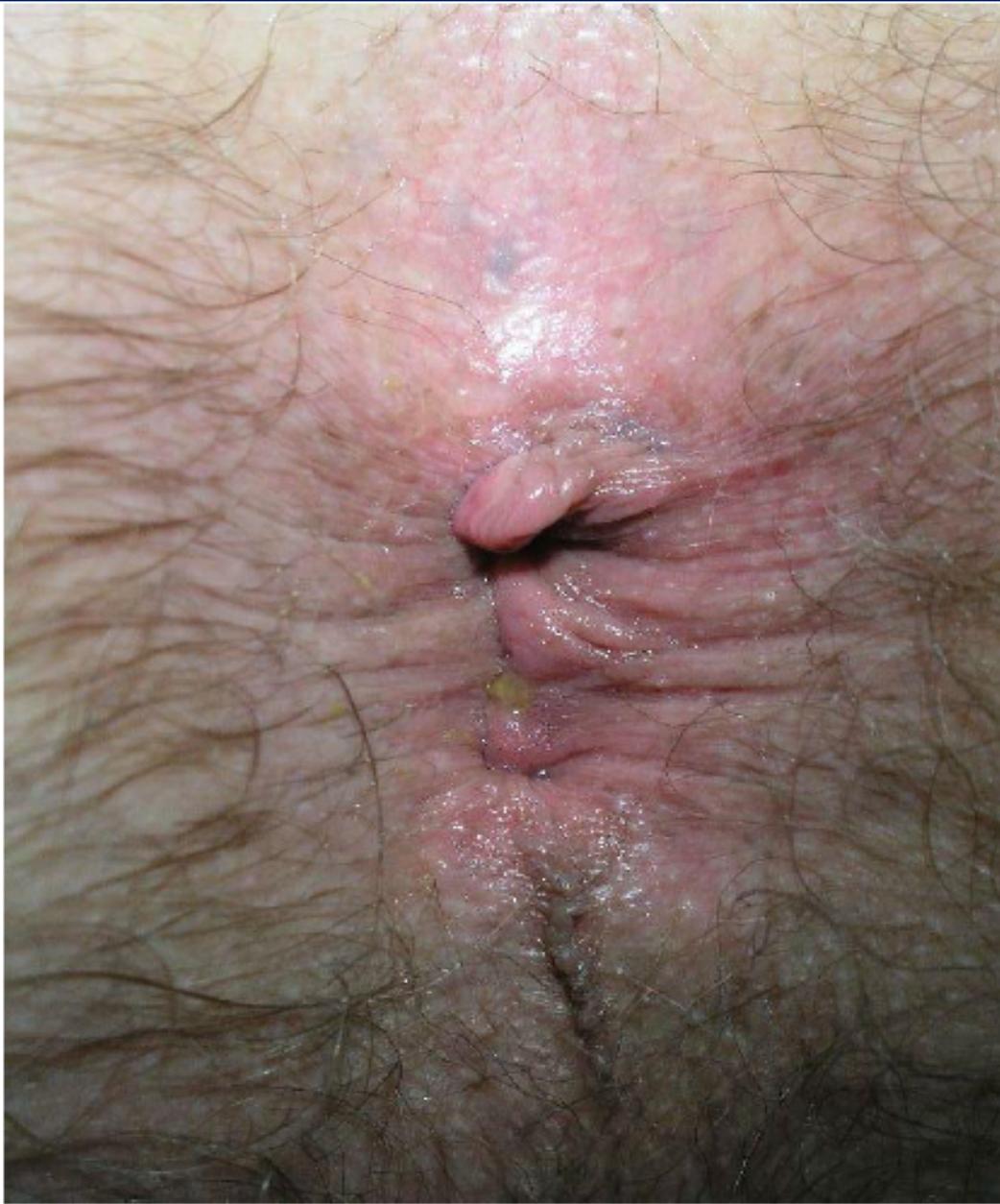


SIGNES

CLASSIFICATION DE	GOLIGHER
Grade	Clinique
I	Absence de prolapsus
II	Prolapsus spontanément réductible
III	Prolapsus manuellement réductible
IV	Prolapsus permanent et irréductible



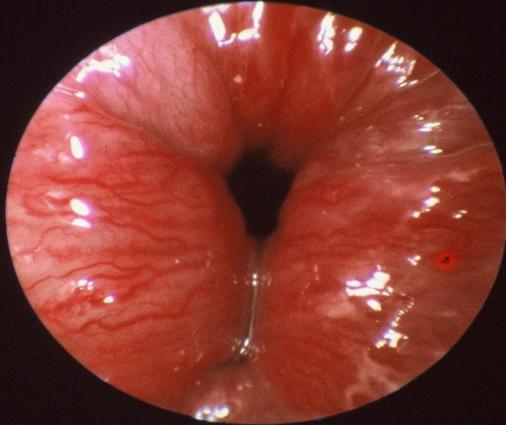




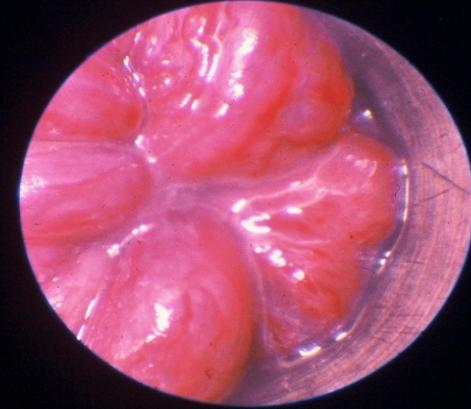
Confirmer le prolapsus hémorroïdaire:
(position accroupie, toilette, chez eux: documentation photographique)

MALADIE HÉMORROÏDAIRE INTERNE

Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4



SIGNES

- **Etude Clinique**
 - **S para cliniques:**

Le diagnostic d'hémorragie sur pathologie hémorroïdaire doit être un diagnostic d'élimination

Une exploration endoscopique colique avec au minimum une recto-sigmoïdoscopie doit être réalisée







SIGNES

- **ETUDE CLINIQUE:**

- **EVOLUTION**

Sur le plan anatomique :

l'évolution habituelle se fait vers la persistance ou le plus souvent le développement des lésions hémorroïdaires

SIGNES

- **ETUDE CLINIQUE:**

- **EVOLUTION**

Sur le plan fonctionnel :

l'évolution est très variable, sans rapport avec la taille des hémorroïdes,

- avec soit latence absolue et prolongée,

- soit manifestations rares et anodines,

- soit enfin troubles fréquents, désagréables et invalidants.

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes compliquées de la MHI:

● Crypto-papillites:



Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs

● Anémie:

Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes compliquées de la MHI:

● Thrombose hémorroïdaire interne:

- Rare elle est responsable d'une vive douleur intra-canalair
 - TAR: petit nodule dur et douloureux
 - Anuscopie: confirme le Δ en visualisant un nodule tendu de couleur bleu
-

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes compliquées de la MHI:

● Prolapsus hémorroïdaire thrombosé:

-Il s'agit d'une thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne se sont pas réintégrés dans le canal anal

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes compliquées de la MHI:

● Prolapsus hémorroïdaire thrombosé:

- Une réaction œdémateuse associée à

des ulcérations nécrotiques est

quasi constante



SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes compliquées de la MHI:

● Prolapsus hémorroïdaire thrombosé:

- peut être circulaire ou localisé



SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes associées:

- Association hémorroïdes-fissure anale
 - Est fréquente
 - Mais la fissure ne peut être considérée comme une complication des hémorroïdes, pouvant exister sans hémorroïdes.
 - En cas d'association, c'est en général la douleur fissuraire déclenchée par la défécation, qui domine le tableau clinique

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes associées:

- Association hémorroïdes-fissure anale



SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ LA MHE: THE



SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes de l'enfant:

- Sont peu fréquentes
 - Peuvent se voir à tous les âges avec un maximum entre 2 et 5 ans
 - Localisation externe dominante, touchant le réseau veineux marginal situé sur le bord inférieur du sphincter externe.
 - Elles sont souples, réductibles et indolentes, assez souvent circulaires.
-

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes de l'enfant:

- L'anuscopie montre l'absence d'hémorroïdes internes
 - L'évolution de ces hémorroïdes est en général favorable
 - Parfois annonce une prédisposition aux hémorroïdes de l'adulte
 - La thrombose est très rare.
-

SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes de l'enfant:



SIGNES

■ FORMES CLINIQUES:

✓ Formes de la femme enceinte:

- La grossesse et le post-partum sont souvent associés à des manifestations hémorroïdaires dominées par les thromboses
 - La prise en charge thérapeutique demande une adaptation aussi bien sur le plan médical que chirurgical
-

DIAGNOSTIC

- **Positif:**

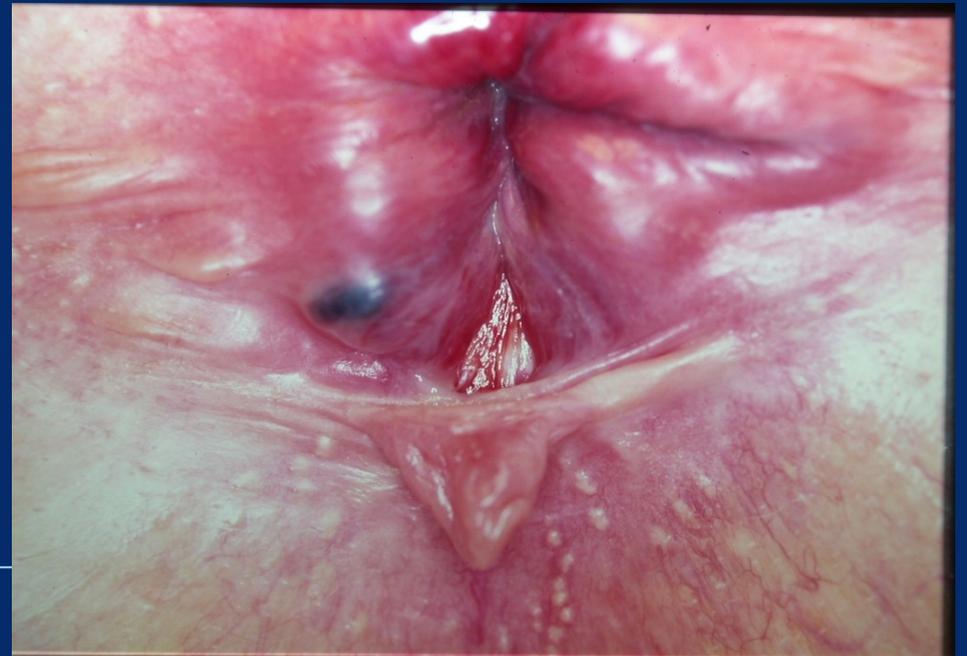
- **Interrogatoire** : saignement, prolapsus, douleur
- **Examen proctologique**



DIAGNOSTIC

■ Différentiel:

- Devant la dx anale aiguë: Eliminer
 - Fissure anale: ici la dx est en 3 temps, déclenchée par les selles, se calmant qqes mn pour réapparaître ensuite et durer plusieurs heures



DIAGNOSTIC

■ Différentiel:

- Devant la dx anale aiguë: Eliminer

○ Abscès anal: La dx est progressivement croissante non rythmée par les selles, pulsatile



DIAGNOSTIC

- **Différentiel:**

- Devant la dx anale aiguë: Eliminer

- Les infections sur l'herpès anal:



DIAGNOSTIC

■ Différentiel:

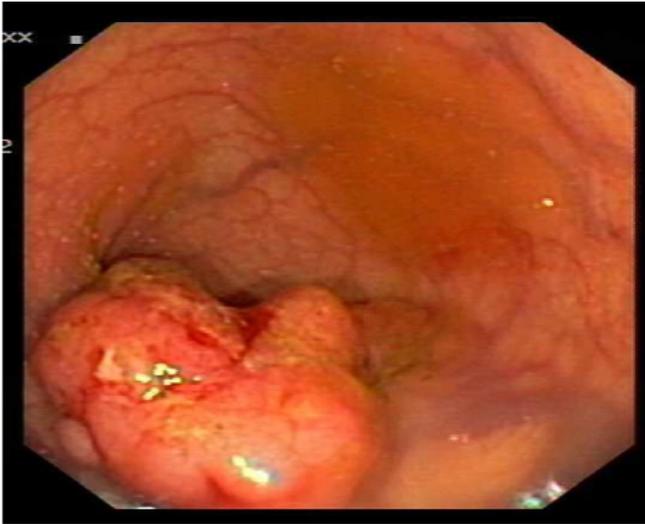
- Devant la tuméfaction de la marge anale : Eliminer
 - Le K du canal anal ou de la marge anale
 - L'abcès anal
 - Les condylomes acuminés



DIAGNOSTIC

■ Différentiel:

- Devant le saignement : Eliminer
 - Le K du rectum



Les hémorroïdes ne sont pas une cause de cancer!

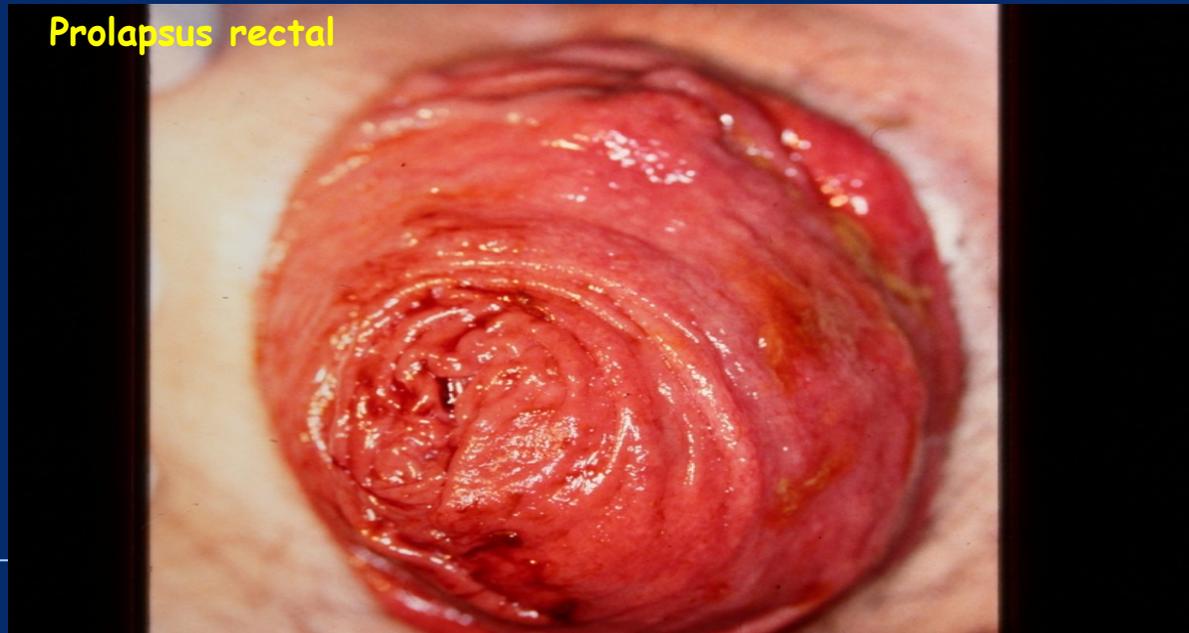


- Les autres causes d'émission de sang rouge par la voie basse

DIAGNOSTIC

■ Différentiel:

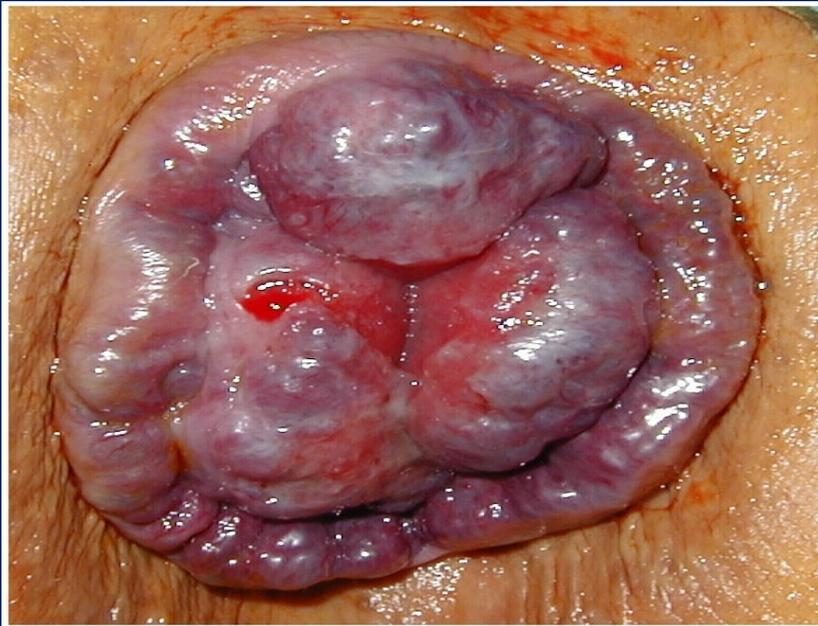
- Devant une masse prolabée lors des efforts: Eliminer
 - Un polype pédiculé du rectum
 - Le prolapsus rectal: facilement reconnu par sa couleur rosée et ses plis circulaires



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

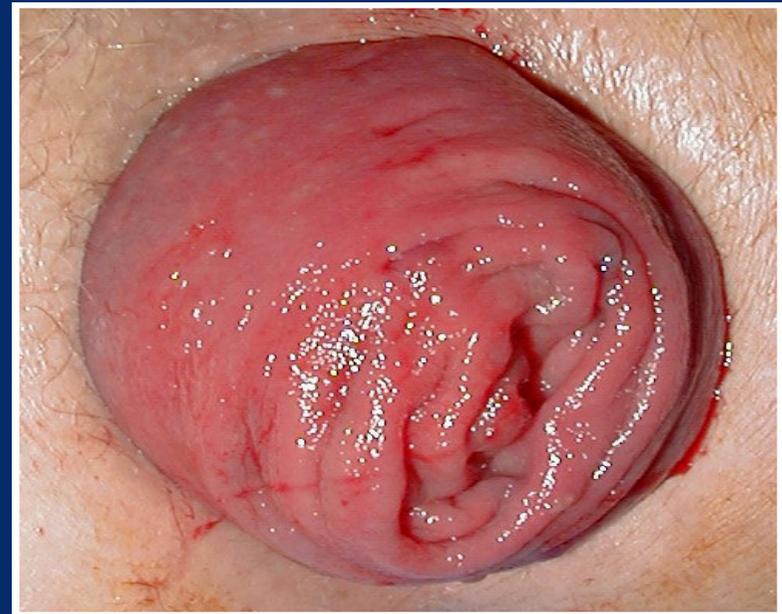
■ Prolapsus hémorroïdaire

- Plis radiaires
- Muqueuse violette
- < 5 cm



■ Prolapsus rectal

- Plis concentriques
- Muqueuse rosée
- Entre 5 et 15 cm



Traitement

But

Supprimer les symptômes en rapport avec les hémorroïdes

Ne pas traiter des hémorroïdes asymptomatiques même si elles sont volumineuses

++++++

Armes

Traitement médicamenteux
45%

Traitement instrumental 45%

Traitement chirurgical 10%



Local
Général



Infrarouge
Ligature
Injection



Technique?

Traitement :

Règles hygiéno-diététiques et contrôle des troubles du transit

Règles hygiéno-diététiques

- Assurer une hygiène locale
- ↑ la ration quotidienne en fibres alimentaires
- Lutter contre la sédentarité
- Eviter les efforts de poussée excessive

Traitement des troubles du transit

- Fibre alimentaire : son de blé et d'orge
- Prescription d'un mucilage : gomme (sterculia: normacol , karaya, guar), de graines (psyllium, isphagule) .
- Laxatifs osmotiques : Macrogol: Forlax® ; lactulose=duphalac® ;
- Permet de diminuer la fréquence des crises hémorroïdaires 4 / 10 et des saignements.
- En cas de diarrhée : Lopéramide

LES FIBRES ALIMENTAIRES

■ LES FIBRES ALIMENTAIRES (grade

- Augmentent la fréquence selles
 - Améliorent la consistance des selles
 - Favorise croissance flore colique?
 - Diminuent la consommation de laxatifs
- Son de blé - doses efficace 15-30 g/j
 - Fibres solubles moins efficaces
 - Privilégier Fibres non solubles

Fibres Alimentaires Non Solubles

Pain complet	Figes sèches
Pain de son	Pruneau
Pain de seigle	Artichauds
Céréales All Bran	Asperges
Haricots beurres	Choux de Bruxelles
Haricots noirs	Maïs
Haricots blancs	Panais
Blettes	Epinards
Pois cassés	Courge
Mures	Navet
Framboises	

LES FIBRES ALIMENTAIRES

	Fibres insolubles	Fibres solubles
Ce sont	Cellulose, hémicellulose, lignine.	Pectine, mucilage.
Actions	Facilitent le transit intestinal. Pour une action plus efficace, il est conseillé de boire 1,5 l d'eau dans la journée.	Aident à lutter contre le cholestérol en faisant baisser son taux.
Où les trouve t'on ?	Céréales complètes, son de blé, légumineuses (soja, légumes secs).	Fruits et légumes.
Apports quotidiens conseillés	30 g/jr dont la moitié est apportée par les fibres solubles.	

Traitement :

Médicaments anti-hémorroïdaires

Ils ont pour but

- Diminuer la composante inflammatoire de la crise hémorroïdaire (topiques locaux à base d'héparine et/ou d'hydrocortisone)
 - Diminuer la composante œdémateuse de la crise (anti-œdémateux)
 - Favoriser la cicatrisation (oxyde de zinc, oxyde de titane).
 - Certains topiques ont également des propriétés antalgiques par le biais d'anesthésiques locaux.
-

Traitement:

Topiques locaux

- Crèmes , pommades ou suppositoires (pas de données validant leur utilisation)
- Largement utilisés 9 fois/10 dans les manifestations aiguës (douleurs, saignements) , le rôle lubrifiant de ces topiques semble utile
- Associant veinotoniques (70 %) , anti-inflammatoires (anusol-hydrocortisone, deliproct, ultraproct, anti-hemorroïdaire cassenne); antiseptiques, anesthésiques (titanoreïne) , antispasmodiques (proctolog) ou anticoagulants

Utilisation à titre préventif ou sur le long terme non justifiée

Traitement :

Veinotoniques

Veinotoniques (phlébotoniques, phlébotropes):

- vasculotrope (*diminution de la perméabilité capillaire*)
- ± anti-inflammatoire
- et anti-oedémateux

- Atténuent les symptômes au cours de la poussée (douleur, prolapsus, saignement)
 - Mais pas d'efficacité sur le long cours ou sur la thrombose hémorroïdaire
 - Efficacité similaire
-

VEINOTONIQUES

Produit	Composition	Posologie
CYCLO 3® FORT gélule, amp buv	Ruscus aculeatus, hespéridine méthyl-chalcone, acide ascorbique	4 à 5 gélules ou 4 à 5 amp buv par jour.
DIOSMINE® 300 et 600 mg	Diovenor , veinosmil	600 : 2 à 3 cp/J. 300 : 4 à 6 cp/j
TITANORÉÏNE crème, supp, à lidocaïne 2 %	carraghénates, dioxyde de titane, oxyde de zinc	1 ou 2 app ou supp /j
PROCTOLOG® creme , supp	trimébutine, ruscogénines	1 ou 2 app ou supp /j
DAFLON® 500 mg cp	fraction flavonoïque purifiée micronisée	6 cp/j pdt 4 j, puis 4 cp/j pdt 3 j
GINKOR FORT® gelule , sachet	Ginkgo biloba, heptaminol, troxérutine	3 à 4 gél ou sachets/j
ESBERIVEN CREME	coumarine, heparine sodique	ou 2 app /j

ANTI HEMORROÏDAIRES

Produit	Composition	Posologie
TRONOTHANE [®] gel	pramocaïne	1 application matin et soir sur la région douloureuse.
DELIPROCT [®] Suppositoire ,Pommade	prednisolone, cinchocaïne	en cas de crise aiguë, 2 ou 3 supp ou app le premier jour
ULTRAPROCT [®] supp , pommade	fluocortolone, cinchocaïne	en cas de crise aiguë, 2 ou 3 supp ou app le premier jour

Traitement

Faut il associer un traitement local et un traitement par voie générale?



Pas de bénéfice démontré
cependant largement utilisée?????

Traitement:

Anti-inflammatoires, antalgiques

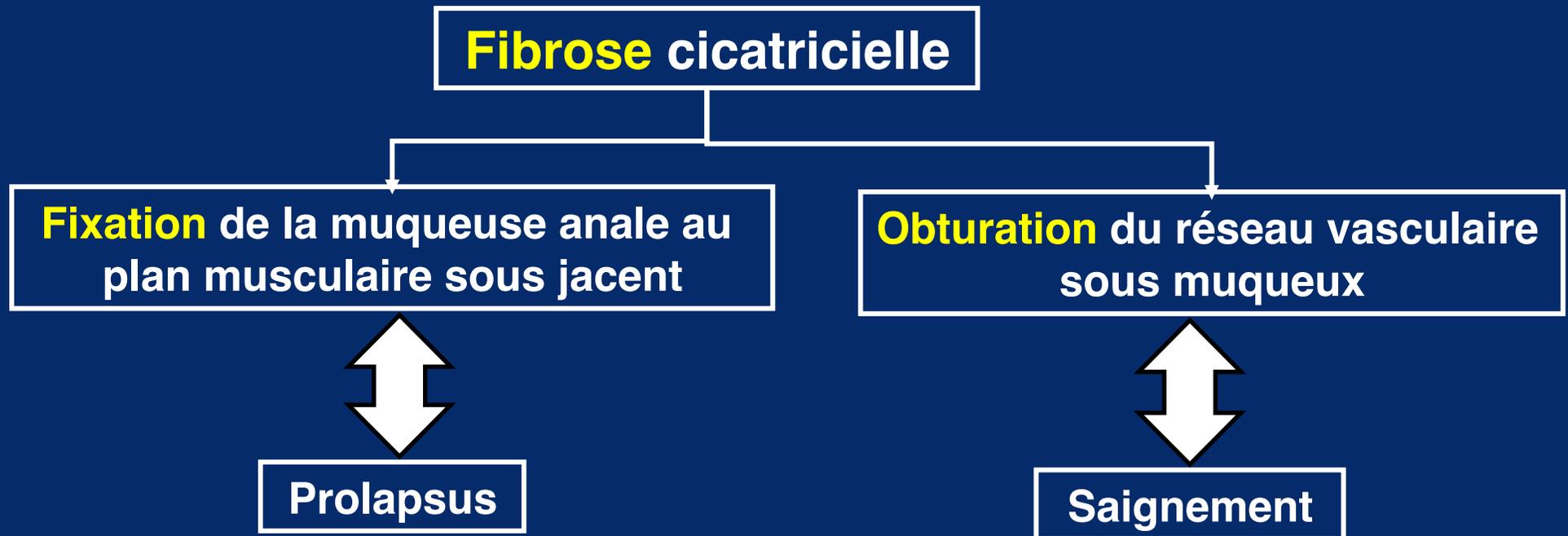
Douleur en cas de manifestations oedémato-thrombotiques internes ou externes

- AINS: les plus efficaces (effet anti-inflammatoire et antalgique)
- Corticoïdes: si contre indication des AINS (femme enceinte ou allaitant) : Solupred cp : 40mg J1 ; 30mg J2+J3 ; 20mg J4
- Antalgiques: paracétamol ((accord professionnel) Dafalgan® Doliprane® Efferalgan® Panadol®

Aspirine: risque hémorragique ?

Traitement instrumental

Mécanisme d'action



Obturation vasculaire et escarre cicatriciel au sommet des HI

- Chimique (sclérose)
- Thermique (cryothérapie)
- Ischémique (ligature élastique)
- Physique (électrocoagulation)

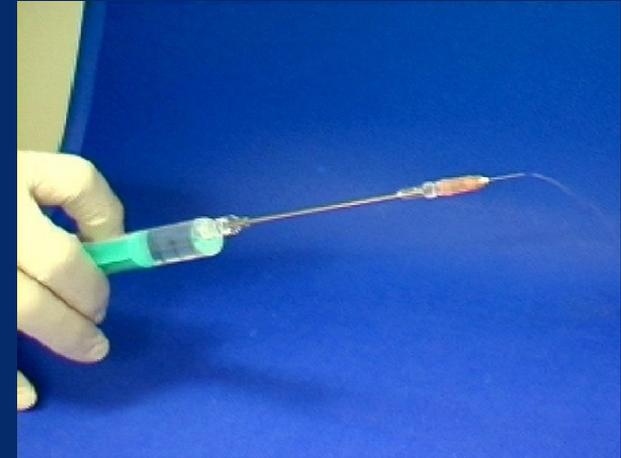
Traitement instrumental

- Injections sclérosantes
 - Photo coagulation à l'infrarouge: PCI
 - Ligature élastique: LE
 - Cryothérapie
 - Electrocoagulation
-

Traitement instrumental

INJECTIONS SCLEROSANTES (1869)

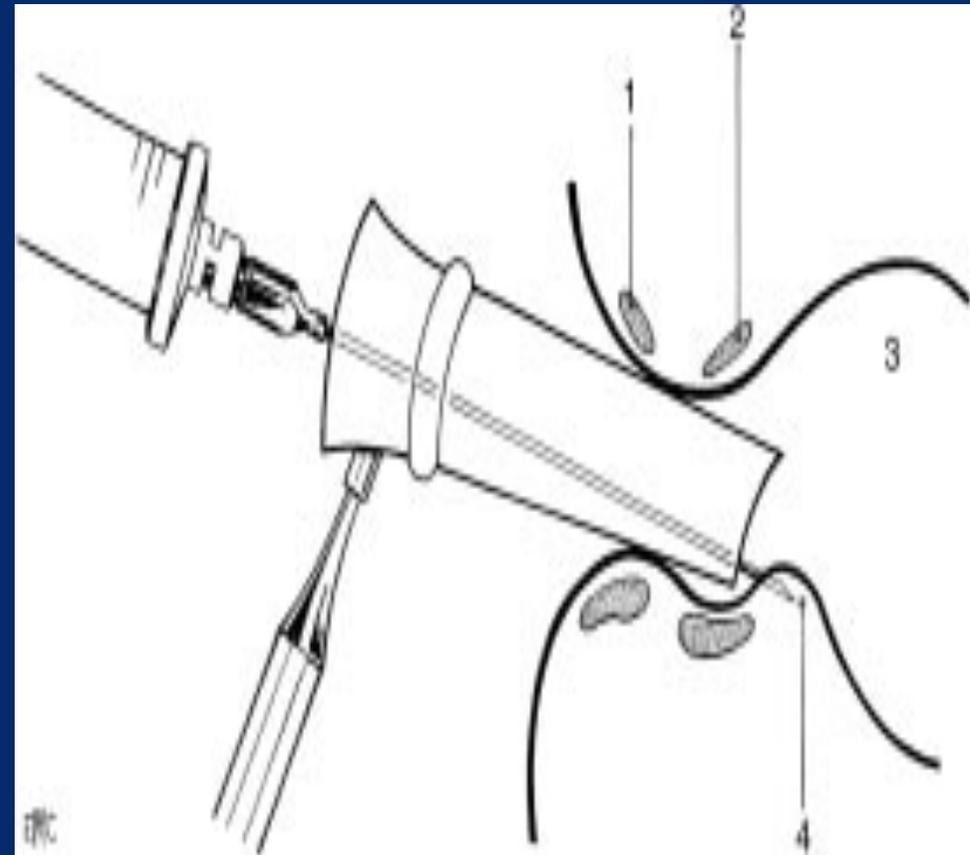
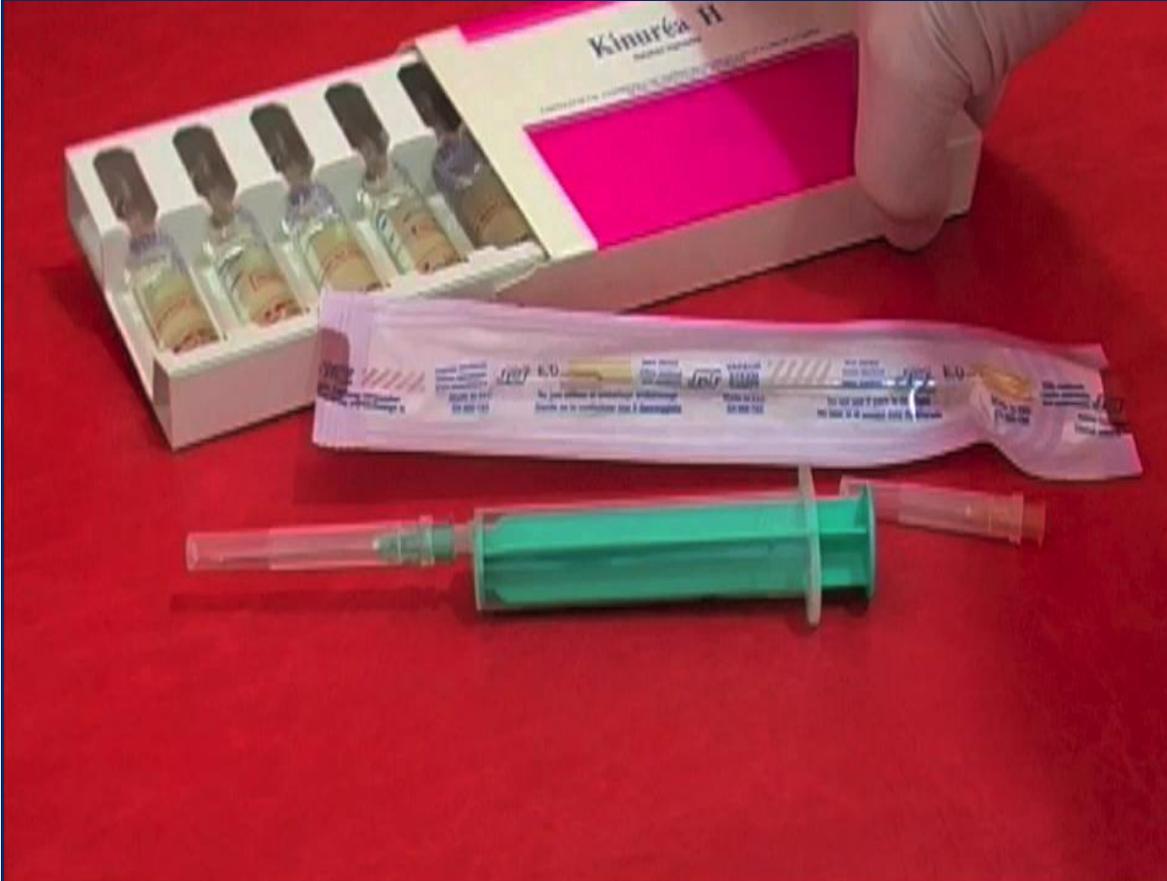
- Injection de 1/2 cc **Kinuréa*** en 2/3 sites d'injection en zone sus hémorroïdaire vers la base des pédicules hémorroïdaires en évitant le pôle antérieur de l'anus
- Plusieurs séances espacées de 2/3 semaines .
- **Effets secondaires principaux:**
 - **Douleur, pesanteur rectal nécessitant la prescription d'un antalgique de niveau 1**
 - Plus rarement rectorragies de faible abondance exceptionnellement cellulite hémospemie, hématurie
 - Bénéfice : 50 % à 1 an et 25 % à 3 - 5 ans



Meilleure indication: MHI grade 1 avec saignement

Traitement instrumental

INJECTIONS SCLEROSANTES (1869)



Traitement instrumental Photocoagulation infrarouge (1977)

- Consiste à créer une lésion à l'aide d'un app qui transforme en chaleur un rayonnement infrarouge émis par une ampoule de tungstène. 3 à 6 tirs d'une seconde en zone sus pectinée sont réalisés par séance créant ainsi une petite ulcération qui cicatrise en 2 à 3 sem.
- Les effets secondaires se limitent à une **gêne anale transitoire** ou **des douleurs** durant 48H ainsi que des **rectorragies** de faible abondance (7ème -10ème j)
- Bénéfice : 50 % à 1 an et 25 % à 3 - 5 ans

Meilleure indication: MHI grade 1 avec saignement



Traitement instrumental

Ligature élastique (1963)

Application d'un anneau élastique à la base du paquet hémorroïdaire à l'aide d'un dispositif spécifique à aspiration

Bénéfice : 90 % à 1 an
et 75 % à 3 - 5 ans

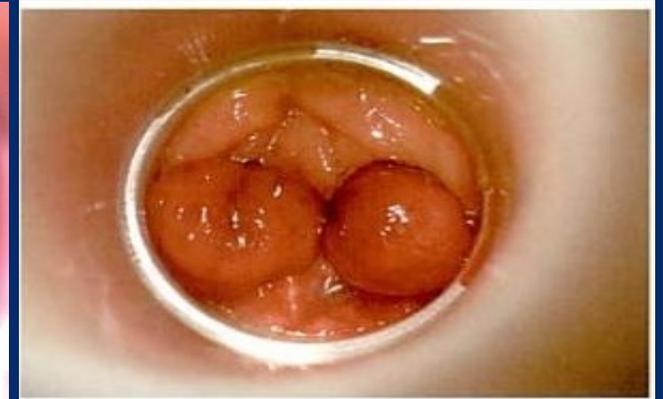
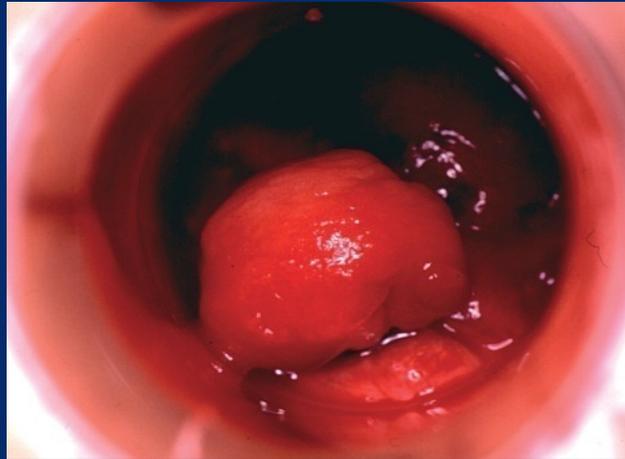
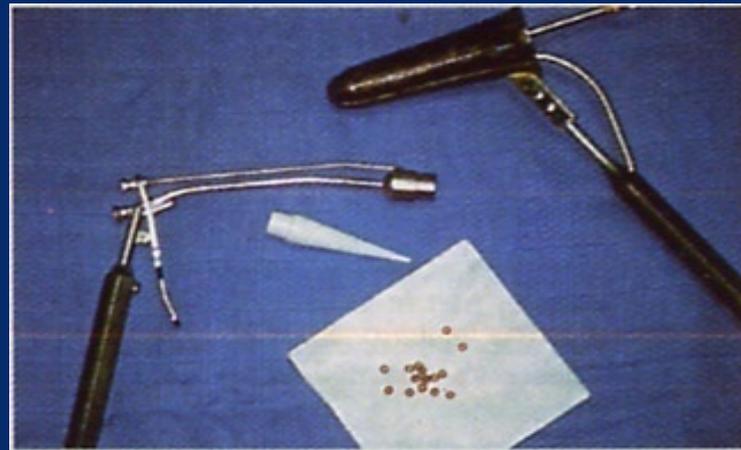


Figure 2-9 – Aspect après mise en place de deux élastiques.



Ligature d'un paquet par séance: 2-4 séances à un mois d'intervalle

Peut on faire plus d'une ligature la même séance?

Traitement instrumental

Ligature élastique

Indication : hémorroïdes prolabées à l'exception des grades IV

Effets secondaires(fréquents):

- Douleur immédiate si élastique posé près de la ligne pectinée → ablation
- Inconfort, douleur modérée, saignement minime jusqu'au 10^{ème} jour
- Thrombose hémorroïdaire interne ou externe: 1-5% des cas

Complications:

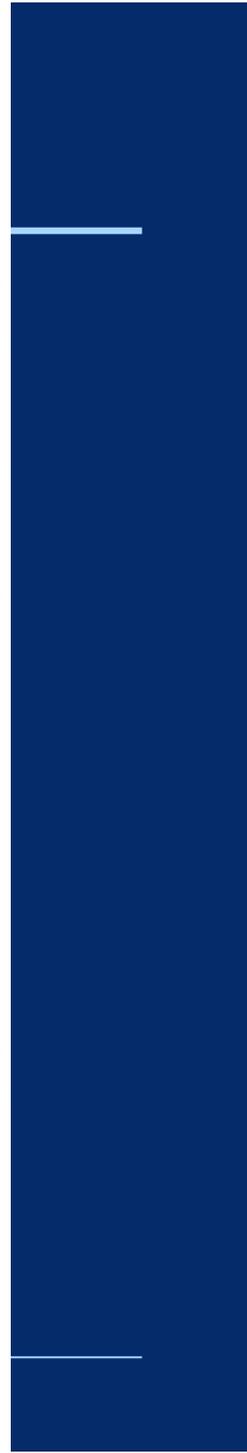
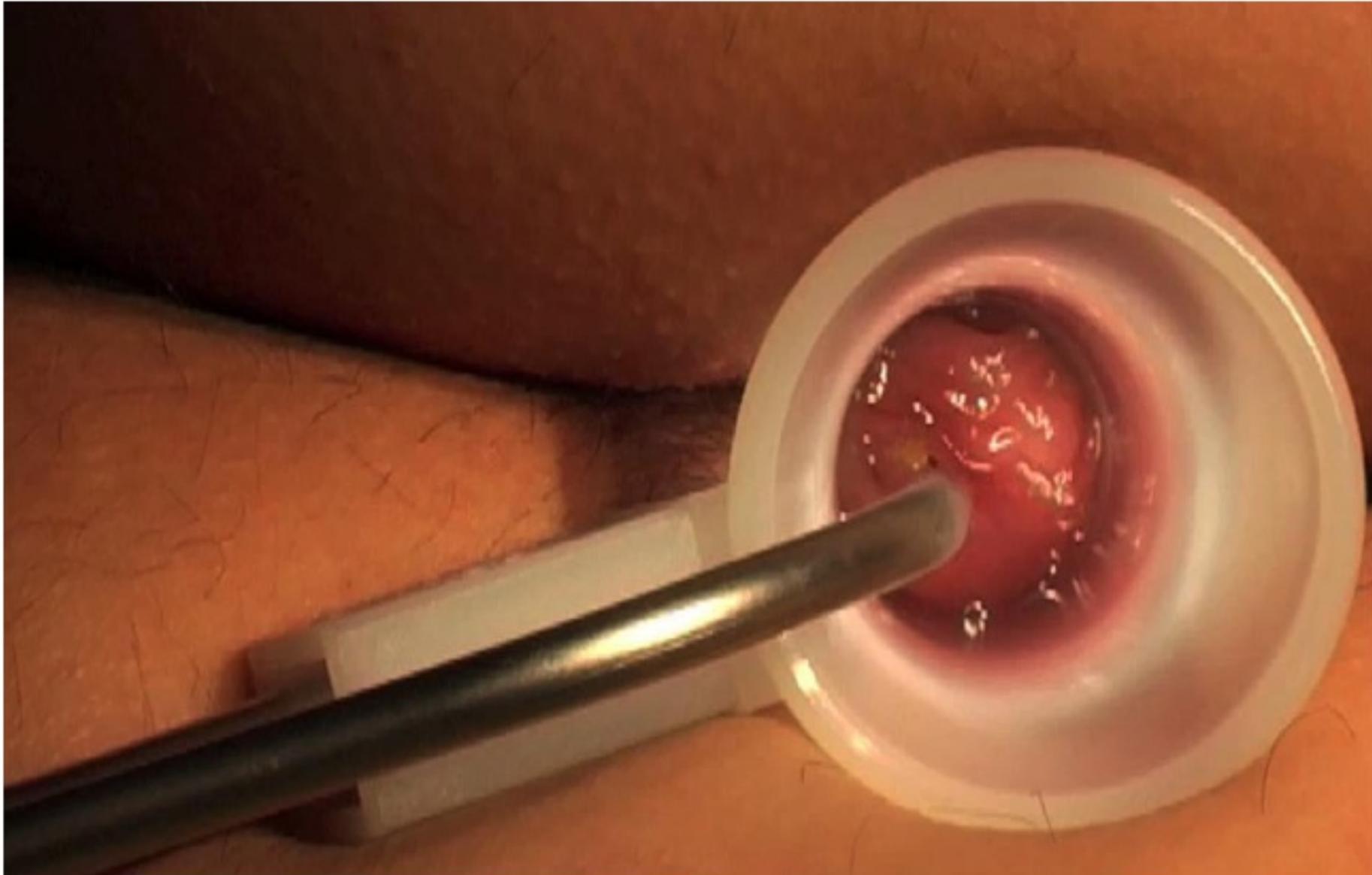
- Saignement abondant par chute d'escarre 5-12^{ème} jour
- Infectieuses: cellulites pelviennes à anaérobies (très rare) : douleurs pelviennes et troubles urinaires au delà du 2^{ème} jour ; antibioprophylaxie au métronidazole pendant 48heures?

Cryothérapie

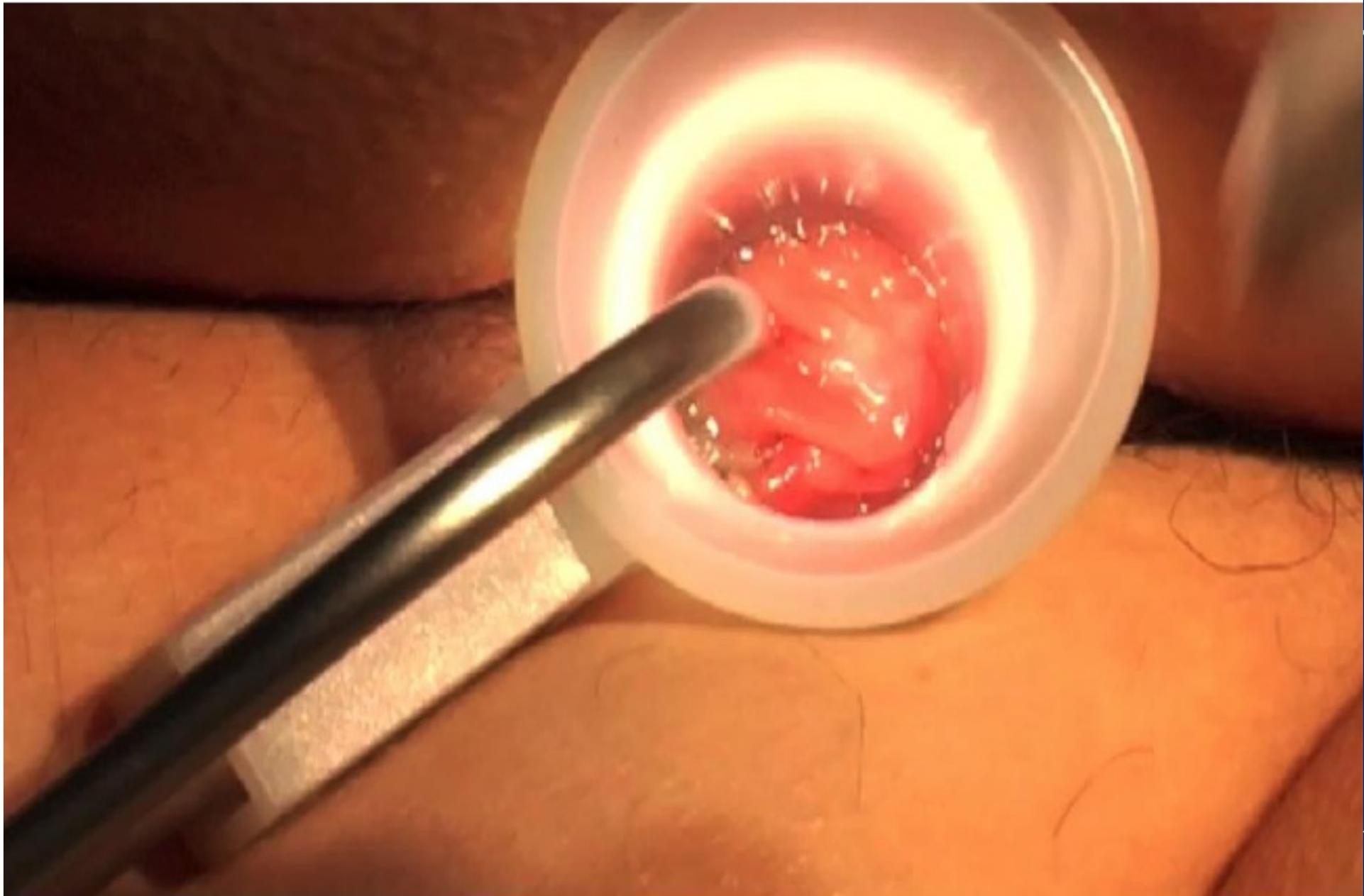
utilise la congélation des hémorroïdes à l'aide d'une cryode où circule de l'azote liquide ou du protoxyde d'azote



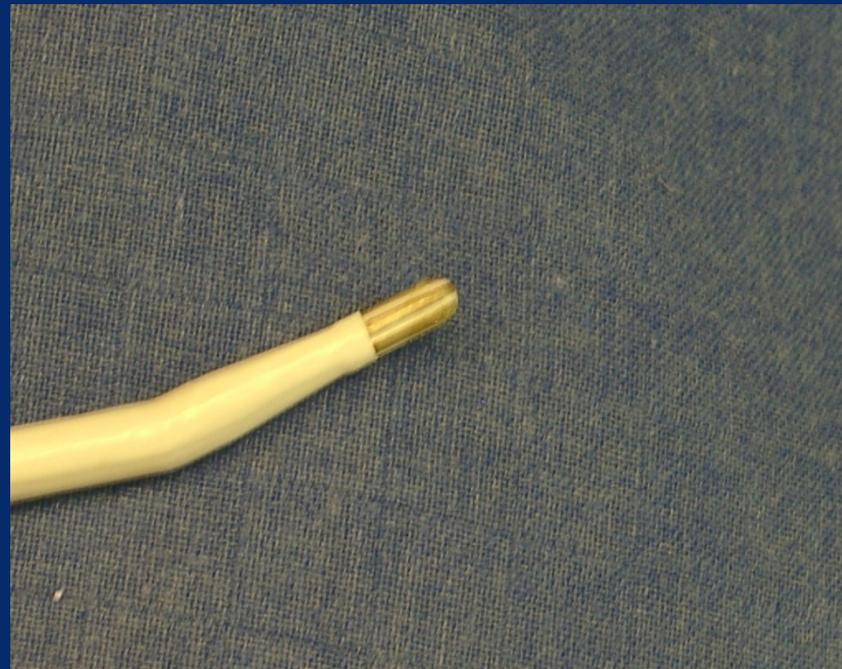
Cryo sclérose



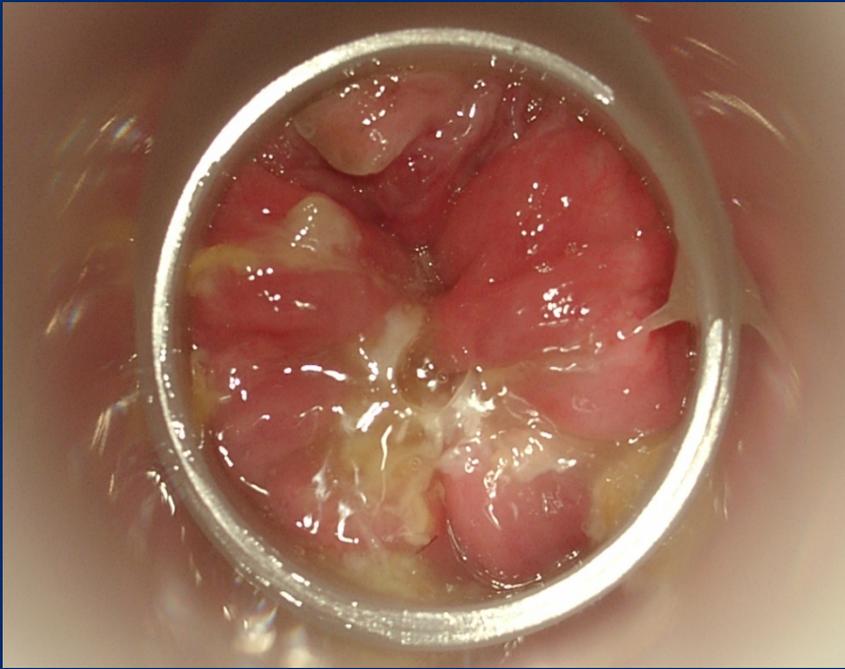
Cryo ligatures



Electrocoagulation



Electrocoagulation



LA RADIO FRÉQUENCE

- Nouvelle technique: Ondes radio de haute fréquence (4MHz) livrées à basse température par des électrodes de micro fibres de radiofréquence; Hémostase sans brûler les tissus;
- Indications : hémorroïdes grade 1 symptomatiques;
- Protocole:
 - arrêter : AINS et Anticoagulants , un laxatif la nuit
 - lidocaine(5%)+++
 - 10min après:mise en place de l'électrode à travers un anoscope
 - Une seule séance
 - Contrôle: clinique: à 02 semaines ;
anuscopie : à 03 puis 12 mois;



TRAITEMENT INSTRUMENTAL

Avantages

- En ambulatoire
- Préserve le tissu hémorroïdaire
- Efficacité immédiate
- Rapport coût/efficacité: bon

Inconvénients

- Accidents parfois graves:
 - Hémorragie
 - Sepsis
- Taux de récurrence ↑ , efficacité :
 - 1 an: 50% coagulation , et injections sclérosantes
 - Ligature: 75 à 90% à 3 ans

Contre indications

- **Fissure anale associée: phénomènes inflammatoires et fibrose pouvant aggraver les symptômes**
- **Thrombose H. interne et/ou externe**
- **Suppuration ano-périnéale**
- **Immunodépression avérée**
- **Colite inflammatoire active ou non**
- **Troubles de la coagulation (prise d'anticoagulant)**
- **Femme enceinte: injections sclérosantes ++, ligature?, infrarouges oui**

TRAITEMENT CHIRURGICAL

■ Techniques

■ Hémorroïdectomie

- technique pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan
- technique pédiculaire fermée de Ferguson
- technique pédiculaire semi-fermée de Parks

■ Hémorroïdopexie : technique de Longo

■ les nouvelles techniques (ligature sous contrôle doppler, ligasure...)

■ Incision ou excision

Traitement chirurgical

Résection pédiculaire

- Dissection des paquets hémorroïdaires selon la disposition anatomique des 3 axes artériels
 - Ligature de la partie haute du paquet hémorroïdaire
 - Résection du paquet hémorroïdaire
- Traitement des plaies et des ponts cutanéomuqueux: variés selon les écoles



Milligan et Morgan 1937

Plaies laissées ouvertes

Semi-fermées

Technique de Parks

Plaies fermées

Technique Fergusson

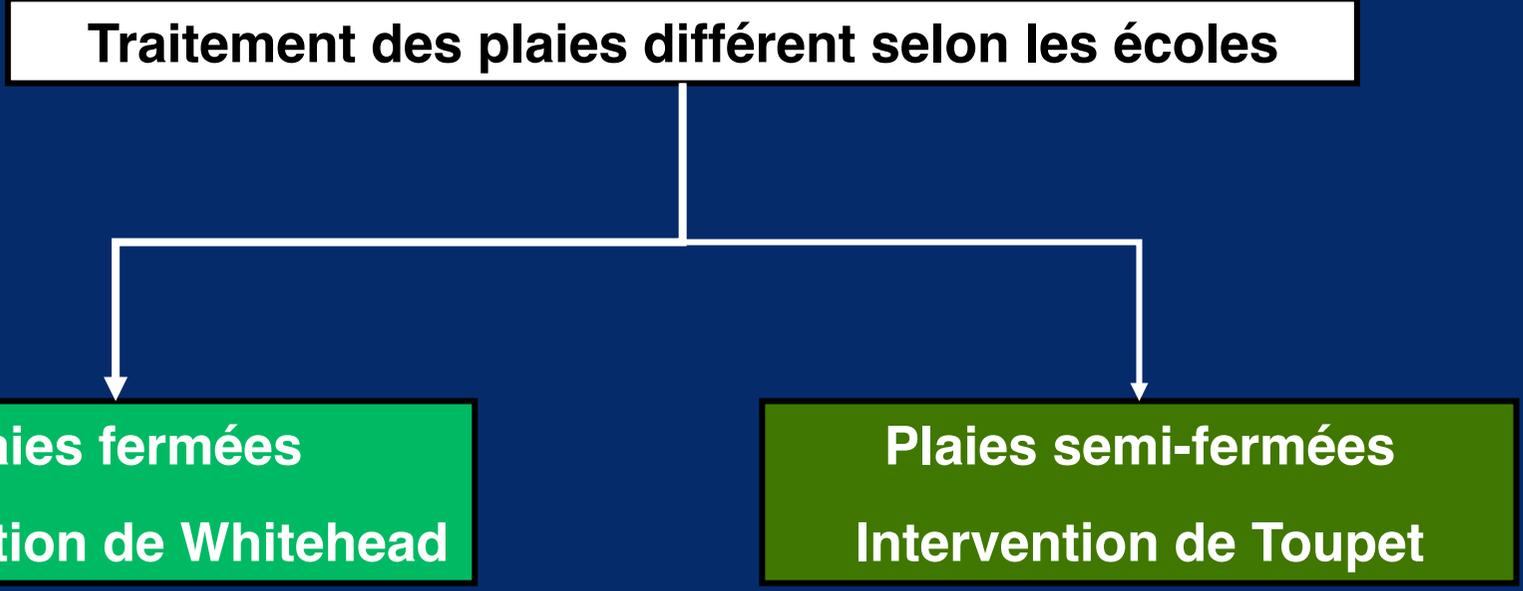
Pas d'influence sur la morbidité et le résultat à moyen terme

Traitement chirurgical

Résection circulaire

Hémorroïdectomie totale circulaire avec ligature des pédicules vasculaires

Traitement des plaies différent selon les écoles



```
graph TD; A[Traitement des plaies différent selon les écoles] --> B[Plaies fermées  
Intervention de Whitehead]; A --> C[Plaies semi-fermées  
Intervention de Toupet];
```

Plaies fermées

Intervention de Whitehead

Plaies semi-fermées

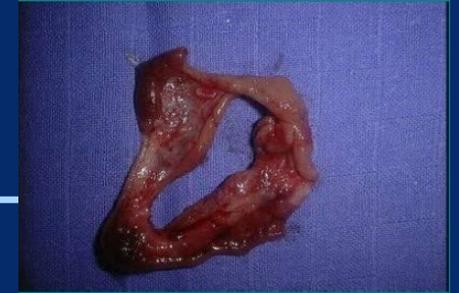
Intervention de Toupet

Traitement chirurgical



Traitement chirurgical

Hémorroïdopexie de Longo 1993



Résection d'une collerette circulaire de muqueuse rectale sus anale associée à une suture muco-muqueuse à l'aide d'une pince à agrafage mécanique

Avantages

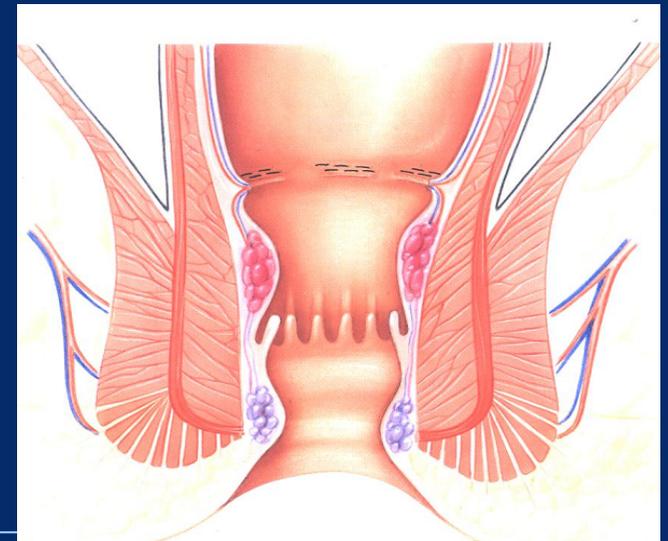
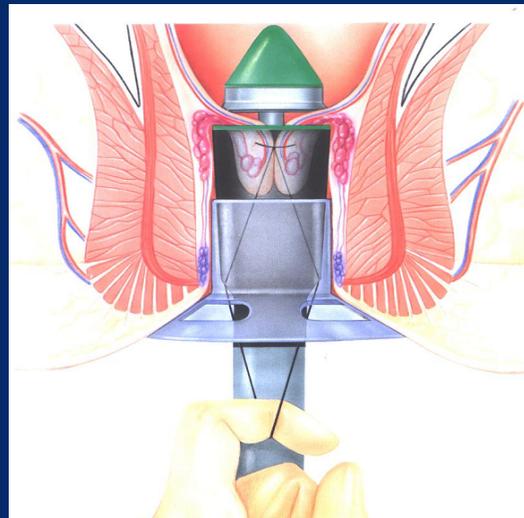
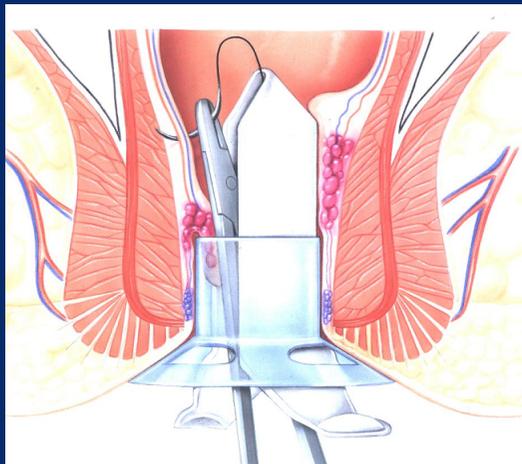
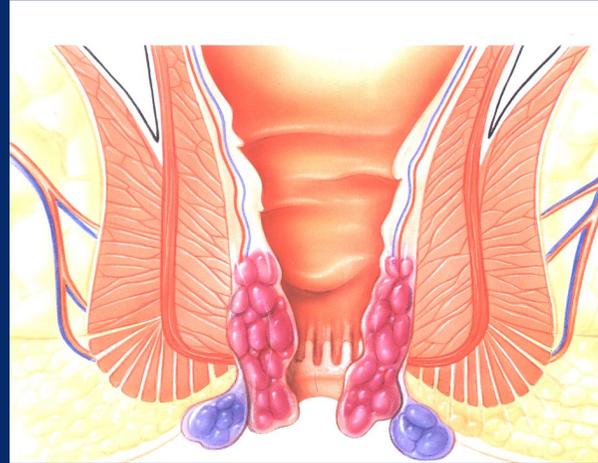
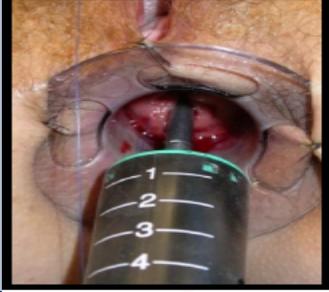
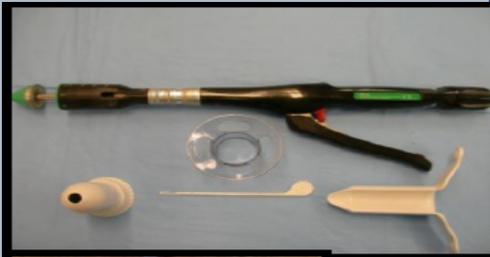
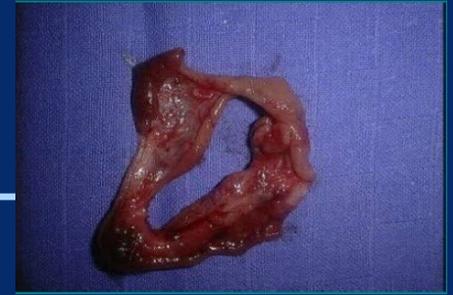
- Corrige le prolapsus muco-hémorroïdaire sans hémorroïdectomie
- Absence de plaie opératoire: soins post-op -
 - Risque d'incontinence anale ↓
- Suites op. plus simples, meilleur confort, durée d'hospitalisation réduite

Inconvénients

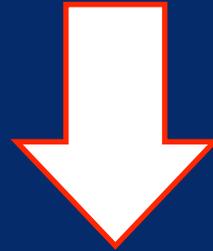
- Récidive du prolapsus stade 4++
- Risque de complications:
 - Ligne de suture: saignement, sténose
 - Douleurs prolongées post-op

Meilleure indication: prolapsus circulaire grade 3

Traitement chirurgical Opération de Longo



Faut il faire une analyse histologique de la pièce opératoire?



- Cancer sur pièce rare en l'absence d'anomalies macroscopiques**
 - Etude rétrospective: 1 cas sur 21257 pièces**
- Pas d'analyse systématique recommandée sauf si lésion suspecte**

Le taux de récurrence après traitement chirurgical est de 2-5%.

Traitement chirurgical

Résection

Avantages

- La plus efficace pour la procidence: récurrence à long terme rare 1-5%
- Répond à la totalité des situations anatomiques

Inconvénients

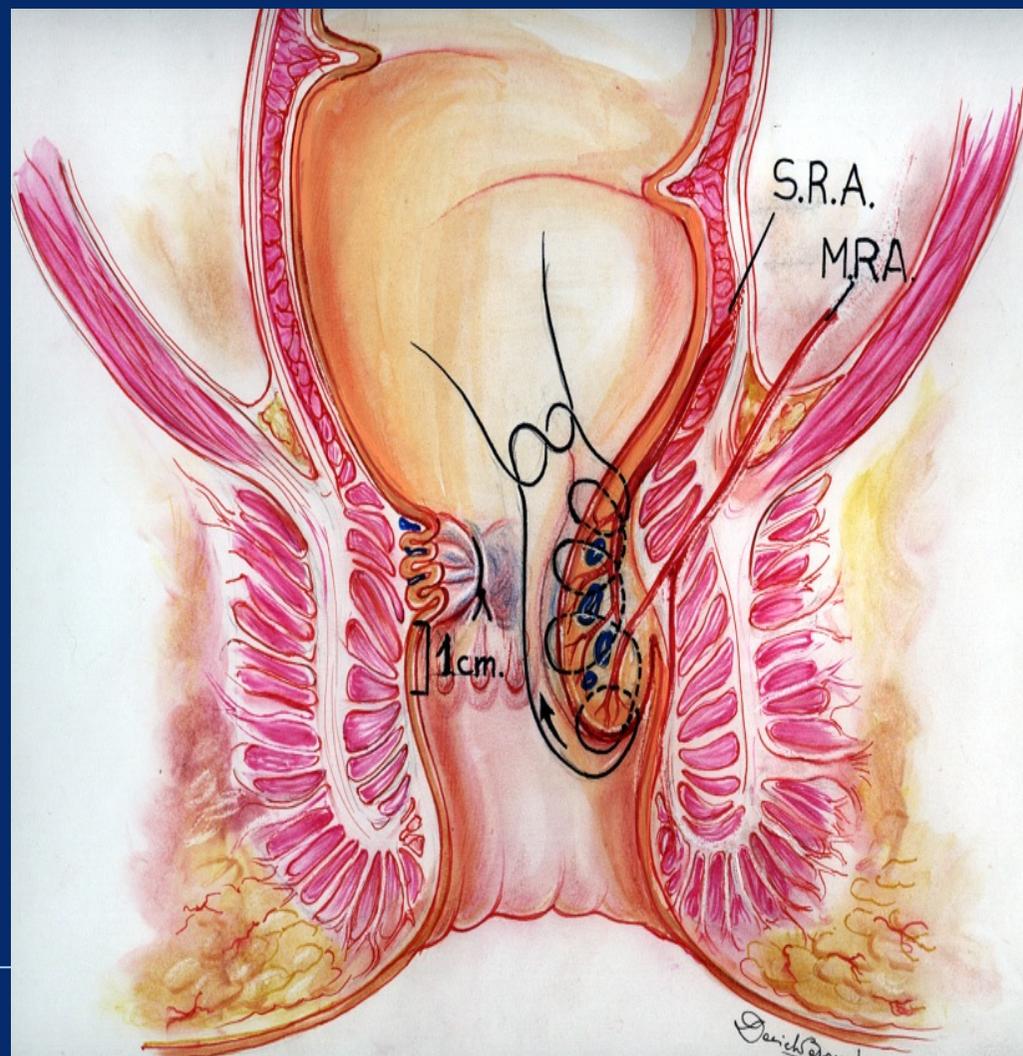
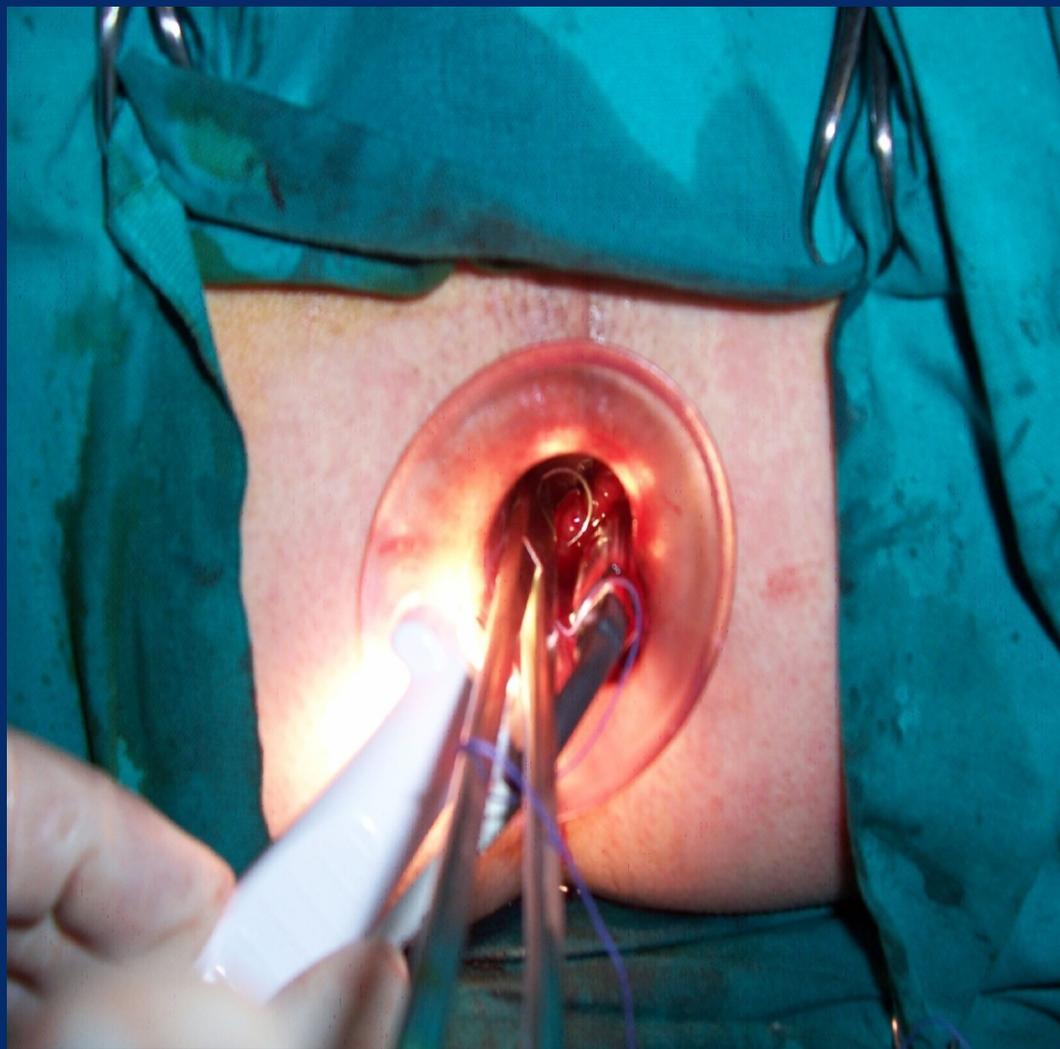
- Soins locaux post-opératoires
- Cicatrisation lente: 40-70 jours
- Effets II post-op:
 - Douleur: AINS++
 - Hémorragie: ≈4%
 - Troubles urinaires
- Fécalome: laxatifs doux en préop
- Infectieuses

Complications tardives

- Incontinence 2-10%: fact. de risque (dilatation, sphinctérotomie interne, écarteur, lésions sphinctériennes occultes..) → évaluer préopératoire+++
- Sténose: <4%, traitée par dilatation

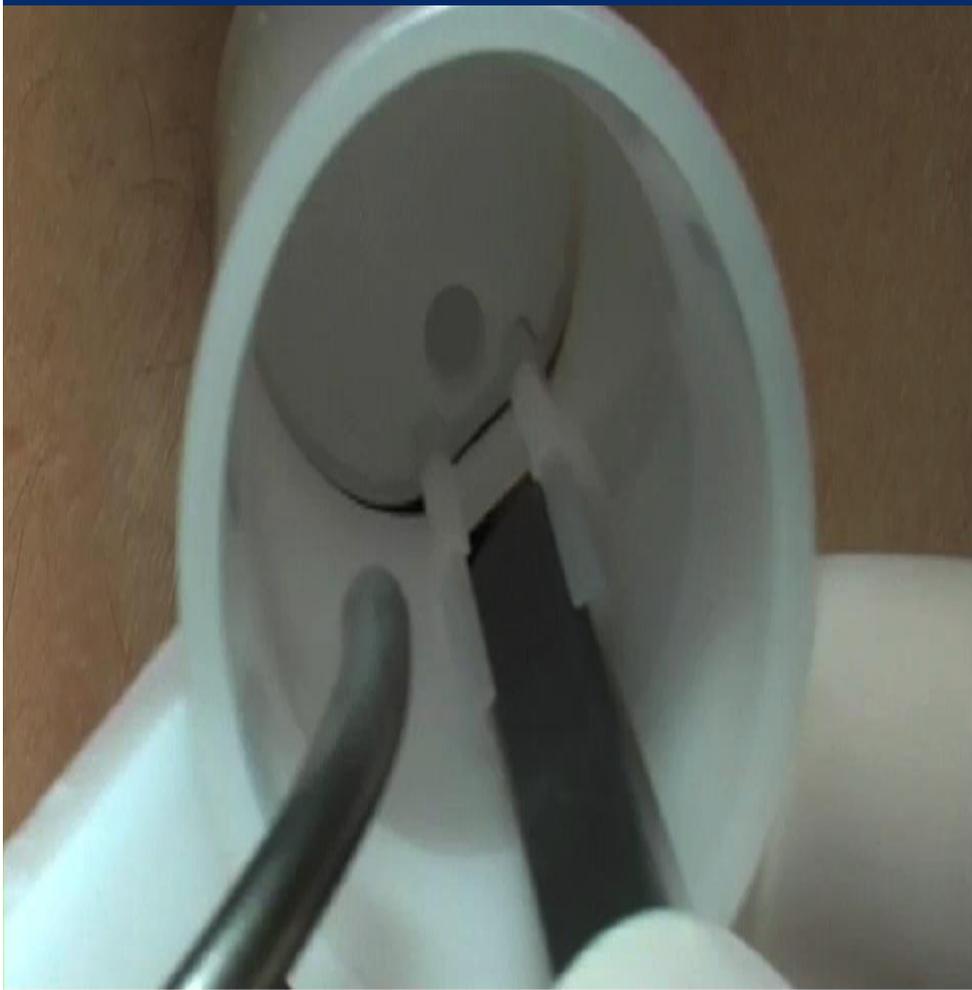
Indication: prolapsus hémorroïdaire stade 4+++

Traitement chirurgical Ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales:LAH



Traitement chirurgical

Ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales:LAH



Thrombose hémorroïdaire externe Thrombectomie (Incision ou excision)



INCISION

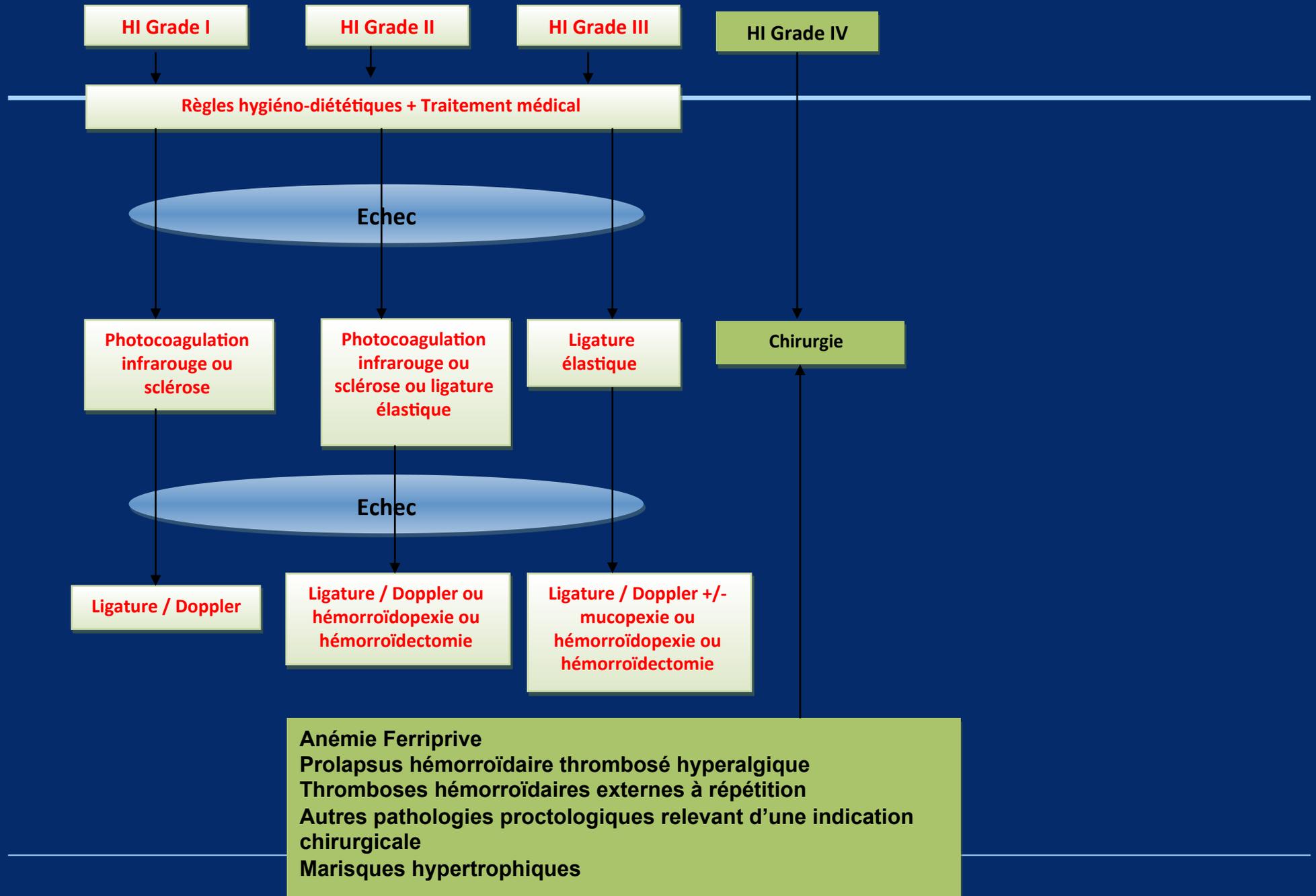
Thrombose hémorroïdaire externe Thrombectomie (Incision ou excision)



EXCISION



TRAITEMENT : Indications



RESUME: points forts

- La crise hémorroïdaire.. c'est l'expression clinique de la MHE(Thrombose)**
 - L'anite hémorroïdaire n'existe pas :la MHI saigne(pas de rectorragie)**
 - La MHI n'est pas une maladie des vaisseaux, n'est pas douloureuse**
 - Le TAR ne permet pas le diagnostic de MHI**
 - L'évaluation clinique impose après 50ans une coloscopie**
 - Le pivot de la stratégie thérapeutique est la LE**
 - La chirurgie d'exérèse doit être de résignation et la chirurgie émergente d'évaluation**
-

CONCLUSION

- Distinguer deux maladies hémorroïdaires interne et externe ,le traitement ne s'adresse qu'aux maladies hémorroïdaires symptomatiques
- Ne pas méconnaître un cancer recto-colique en cas de saignement
- Régulariser le transit est le trt de 1ère ligne de la MHI tous stades confondus
- La photocoagulation infra-rouge est utilisée en 1ère intention en cas d'hémorroïdes hémorragiques grade 1
- Associer fibres et LE résume l'efficacité thérapeutique chez 90% des patients symptomatiques d'une MHI
- La chirurgie doit être indiquée comme dernier recours
- Anti-inflammatoires et/ou Excision locale pour la MHE



