

43^e
21-23
novembre
Hôtel Royal Tulip
Tanger

**Congrès
SMMAD 2019**
couplé au
5^e Congrès de la
Fédération Maghrébine de
Gastro-Entérologie



Nouveautés dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire

Dr Samy SULTAN

Unité d'hépatogastro-entérologie et de
proctologie médico-chirurgicale
Hôpital Américain de Paris



American Hospital of Paris

INTRODUCTION

- . La maladie hémorroïdaire implique une structure anatomique double : le plexus hémorroïdaire interne et le plexus sous cutané externe.
- . Prévalence : 5% de la population
- . 50% après 50 ans ont souffert au moins une fois des hémorroïdes
- . Les symptômes sont variés : saignement, douleur, suintement, prolapsus, prurit
- . Il s'agit d'une maladie bénigne mais qui peut altérer fortement la qualité de vie dont l'amélioration constitue l'objectif principal du traitement
- . Le développement des techniques mini invasives a marqué un véritable tournant dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire

INTRODUCTION

- L'intervention de Milligan & Morgan (hémorroïdectomie tri pédiculaire) offre une solution définitive et efficace de la maladie hémorroïdaire mais au prix de douleurs post opératoires importantes, de soins locaux prolongés et d'un arrêt de travail de 3 à 4 semaines
- Les techniques mini invasives, qui ne résèquent pas de tissu hémorroïdaire ont modifié le paradigme de la prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire : chirurgie ambulatoire, peu douloureuse, sans soins post op et avec un arrêt de travail court.

Traitement médical de la maladie Hémorroidaire

- Peu de nouveautés
- **Ligature élastique** : SNFCP recommande 1 g métronidazole une heure avant le geste
- En cas de **thrombose aiguë**, interne ou externe il est recommandé de recourir dans un premier temps à un traitement médical maximum
 - Repos
 - AINS +++, Antalgiques
 - ATB : métronidazole
 - Laxatif



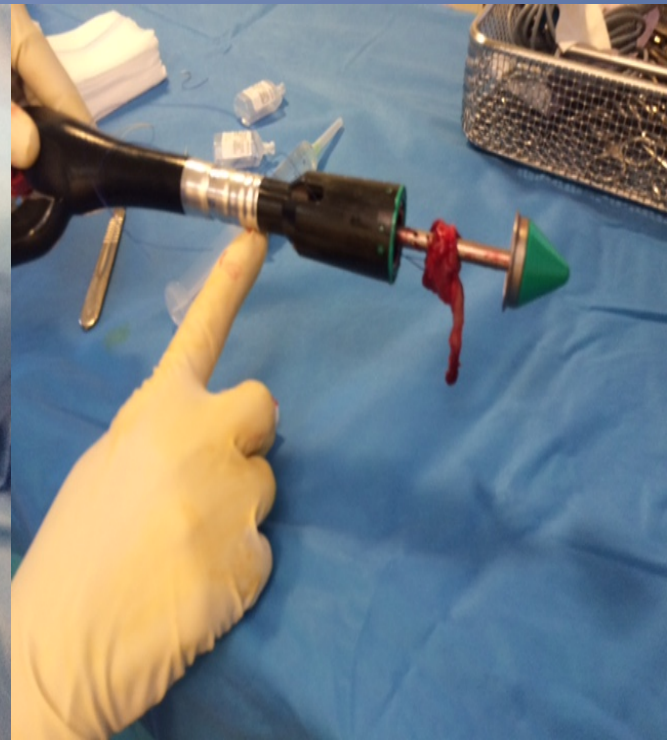
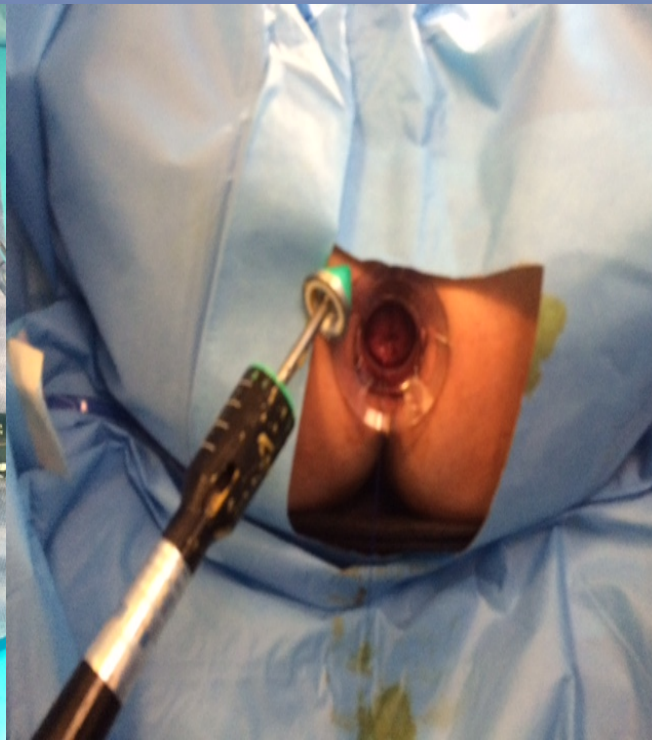
CHIRURGIE MINI INVASIVE DES HEMORROIDES

- Intervention de Longo
- Ligatures sous contrôle doppler +/- mucopexie
- Hémorroïdoplastie Laser
- HELP (Hemorroidal Laser Procedure)
- Radiofréquence (technique de Rafaelo)

Réalisation : bloc opératoire, sous anesthésie,
sans préparation colique, en ambulatoire

ANOPEXIE de LONGO (1998)

Elle consiste à remonter (« lifter ») le tissu hémorroïdaire en réséquant grâce à une pince circulaire mécanique, une collerette de muqueuse et sous muqueuse du bas rectum. Elle réduit ainsi le prolapsus et participe à la dévascularisation du réseau hémorroïdaire interne par oblitération des artères sous-muqueuses (agrafage)

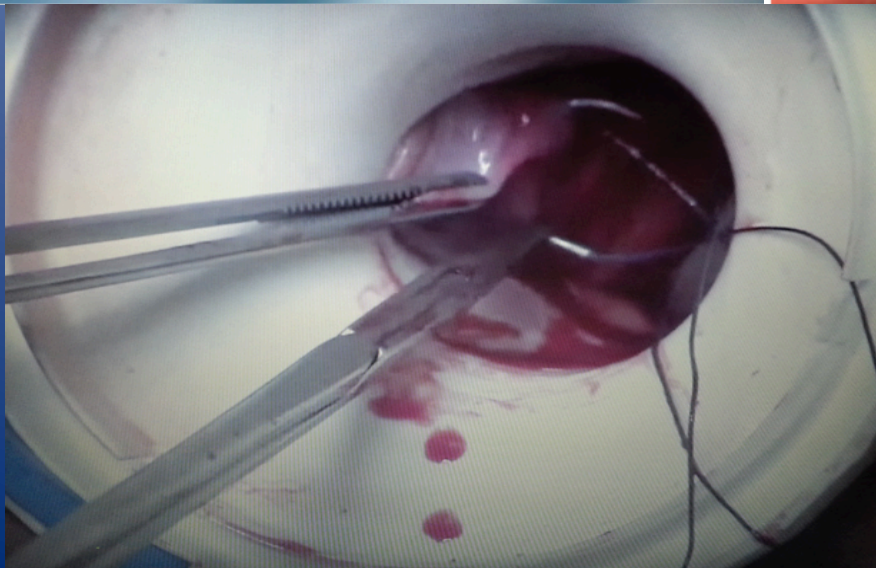
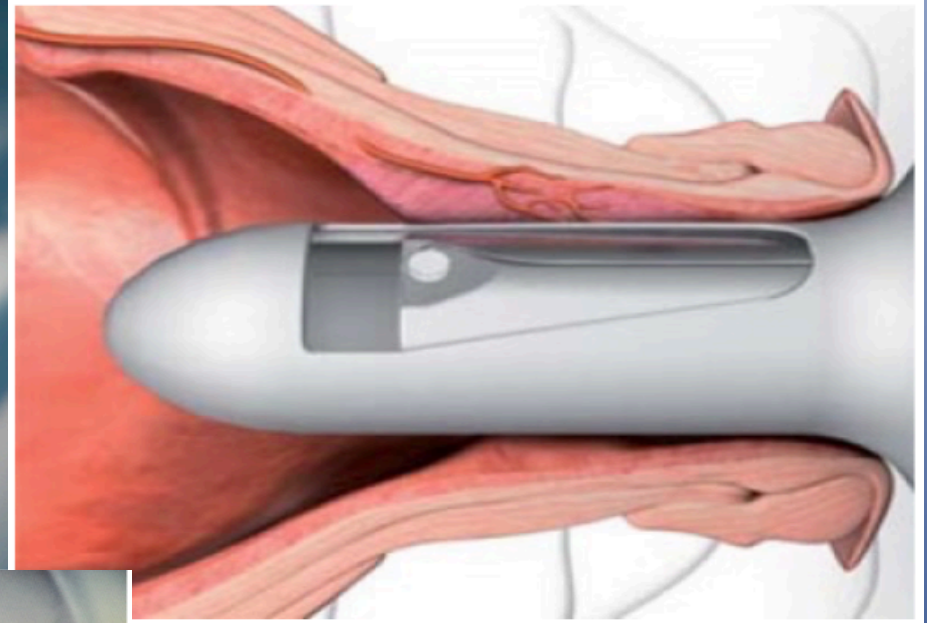


Ligature sous contrôle doppler (1995)

- La technique princeps consiste à repérer les artères hémorroïdaires sous- muqueuses rectales à l'aide d'un anoscope fenêtré équipé d'un transducteur doppler. Les artères ainsi repérées sont ligaturées par un point pariétal transfixiant en X
- **la mucopexie** : elle consiste, de manière similaire à l'anopexie, à «lifter» les hémorroïdes vers le haut à l'aide de surjets longitudinaux, au nombre de 4 à 6, partant du bas rectum, en général à partir de la ligature artérielle jusqu'à un centimètre au dessus de la ligne pectinée
 - **HAL** (Hemorrhoidal Artery Ligation) avec ou sans **RAR**
(Recto Anal Repair)
 - ou **THD** (Transanal Hemorrhoidal Desarterialization)



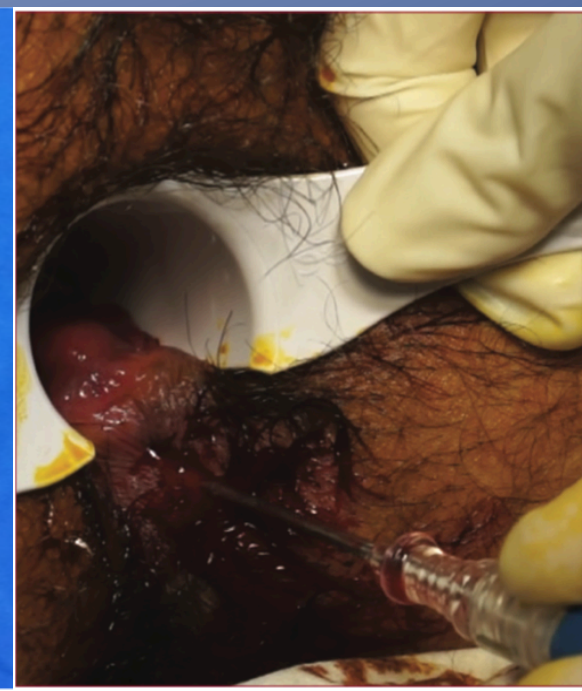
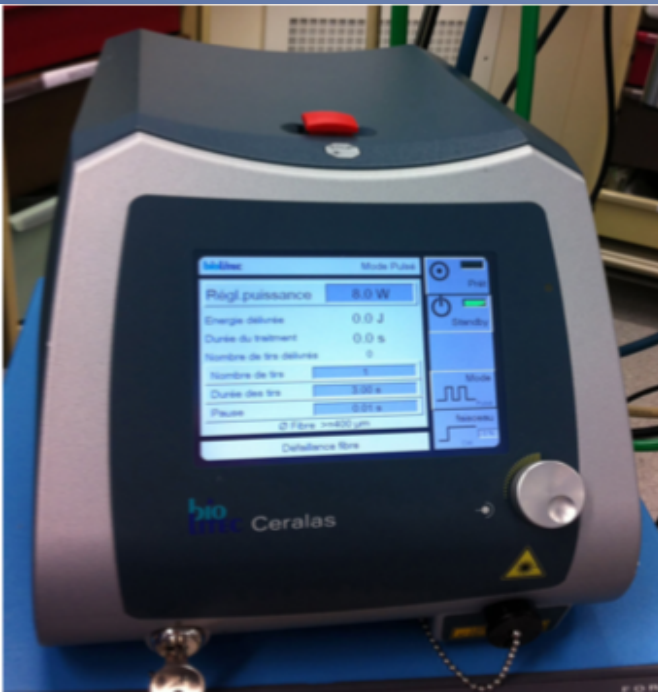
Ligature sous contrôle doppler



Hémorroidoplastie laser FiLaC (2007)

Une fibre laser spécifique, à usage unique, est introduite en sous muqueux dans le tissu hémorroïdaire interne, par son extrémité distale qui contient la diode laser.

Cette introduction se fait via de courtes incisions marginales réalisées en regard des paquets hémorroïdaires.



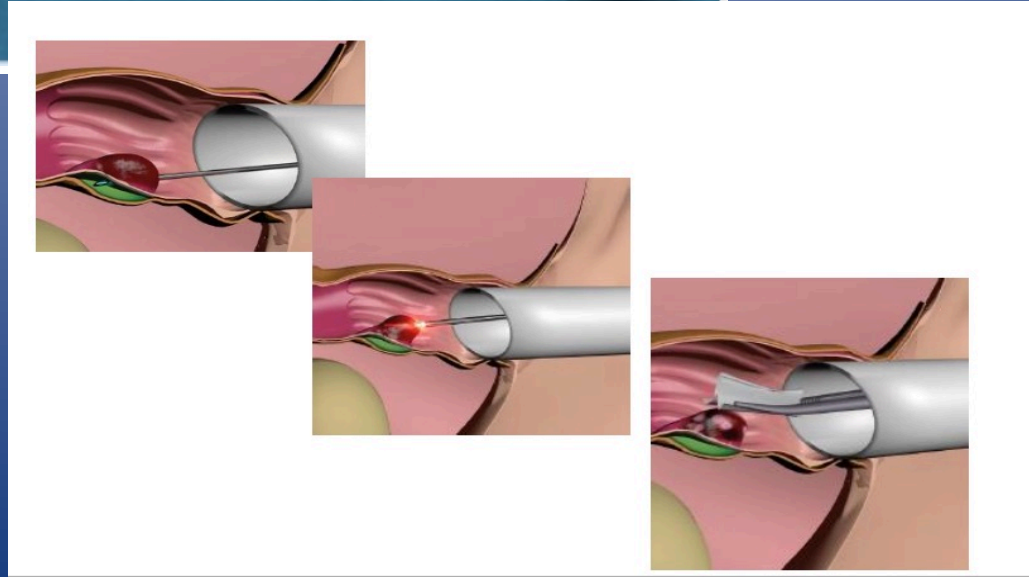
La HELP :Hemorroidhal Laser Procedure (2009)

- Mise au point par Raffaele Salfi, en s'inspirant des ligatures sous contrôle doppler et de l'hémorroïdoplastie laser.
- Elle a pour but de désartérialiser le tissu hémorroïdaire en utilisant une énergie laser fournie avec le même générateur que l'hémorroïdoplastie.
- En pratique, les branches distales de l'artère hémorroïdaire supérieure sont repérées grâce à un anoscope fenêtré équipé d'un doppler, puis coagulées en zone de muqueuse insensible du bas rectum, à environ 3 cm au-dessus de la ligne pectinée, à l'aide d'une fibre laser introduite par voie endoluminale

Radiofréquence : procédure de Rafaelo (2013)

- Mise au point par Tomasz Ktos, chirurgien polonais
- Elle consiste à introduire une sonde à travers un anuscope et à appliquer pendant quelques secondes le courant de radiofréquence dans le tissu hémorroïdaire interne qui va se nécroser puis s'évacuer par voie naturelle dans les semaines qui suivent.
- Le générateur est également utilisé pour le traitement des varices des membres inférieurs.
- C'est la technique la plus récente et pour l'instant la moins évaluée.

Radiofréquence : procédure de Rafaelo



Complications

- **Précoces (usuelles)** : rétention urinaire, saignement précoce, ténesme, thrombose hémorroïdaire, fécalome, fissure
- **ou plus tardives** : saignement retardé par chute d'escarre, sténose, troubles de la continence, suppurations.
- **des complications exceptionnelles** mais invalidantes ont été rapportées après anopexie : douleurs chroniques, dyschésie, troubles de la continence (++) par impériosités)

Tableau 4. Complications graves de l'anopexie

Hématome pré-sacré

Perforation du rectum

Nécrose rectale

Fistules recto-vaginales

Cellulite pelvienne

Péritonite et/ou rétropneumopéritoine avec pneumomédiastin

Décès

Résultats : court et moyen terme

- La grande majorité des essais randomisés concerne l'anopexie et les ligatures sous contrôle doppler avec ou sans mucopexie versus Milligan & Morgan
- suites post opératoires moins contraignantes, moins longues et moins douloureuses que l'hémorroïdectomie classique avec une efficacité quasi-similaire et un taux de satisfaction des patients très élevé (90%).
- Les résultats des ligatures sous contrôle doppler avec mucopexie apparaissent similaires à ceux de l'anopexie
- Laser et surtout la radiofréquence semblent donner les mêmes résultats à court terme : mais peu d'études publiées ...
 - Laser : une étude iranienne 341 patients 100% réussite à un an,
Hôpital Saint Joseph : 93 patients récidence 5% à 2mois
 - JFHOD 2019 (Dr Didelot J M. Montpellier) : radiofréquence suivi de 15 mois
42 patients G II et III avec 85% de satisfaction et un effet ++ sur le saignement et le prolapsus

Résultats à long terme

Le taux de récurrence de ces techniques mini-invasives est plus important sur le long terme.

En effet, une récurrence est trois à cinq fois plus fréquente après anopexie, notamment chez les patients qui avaient un prolapsus important de grade IV (jusqu'à 59 % de récurrence) avec nécessité parfois d'un nouveau geste chirurgical complémentaire.

Laser Étude suisse sur 50 patients : récurrence à 5 ans 36% (délai moyen 21 mois)

Tableau 8. Résultats à long terme des principales techniques chirurgicales hémorroïdaires [23,33]

| | Hémorroïdectomie | Anopexie | Ligatures doppler ± mucopexie |
|-------------------------|------------------|-----------|-------------------------------|
| Efficacité | > 95 % | 83 à 93 % | 78 à 97 % |
| Récurrence > 1 an | 0 à 4 % | 1 à 27 % | 3 à 25 % |
| Taux de ré-intervention | < 4 % | 7 à 11 % | 2 à 24 % |

Take Home Messages

Tableau 7. Principaux avantages et inconvénients des techniques chirurgicales hémorroïdaires mini-invasives

| Avantages | Inconvénients |
|--|------------------|
| Absence de plaies externes | Échec précoce |
| Absence de soins postopératoires | Récidive à terme |
| Douleur postopératoire moindre | Coût plus élevé |
| Arrêt d'activité moins prolongé | |
| Absence de modification de l'anatomie ou de la sensibilité du canal anal | |

Take Home Messages

Tableau 9. Bonnes et mauvaises indications des techniques chirurgicales hémorroïdaires mini-invasives

| Bonnes indications | Mauvaises indications |
|---|--------------------------------------|
| Maladie hémorroïdaire modérée en échec du traitement instrumental ou nécessitant des séances instrumentales répétées | Prolapsus hémorroïdaire de grade IV |
| Patients redoutant l'hémorroïdectomie classique | Thromboses externes répétées |
| Patients ayant des contraintes pour un arrêt d'activité prolongé | Marisques gênantes |
| Situations à risque pour l'hémorroïdectomie classique (rapports anaux, personnes âgées, handicap moteur, anticoagulation, etc.) | Fissure associée |
| | Patients souhaitant un geste radical |

Emboirrhoid

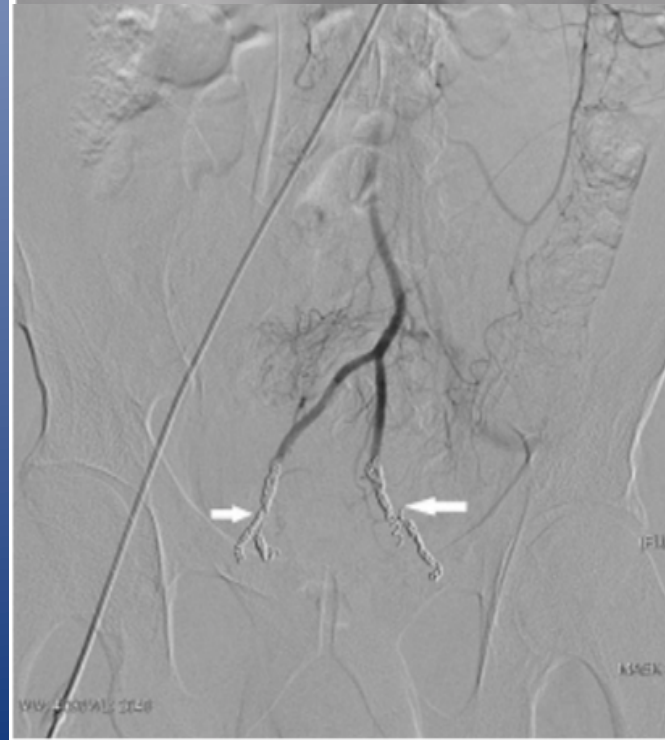
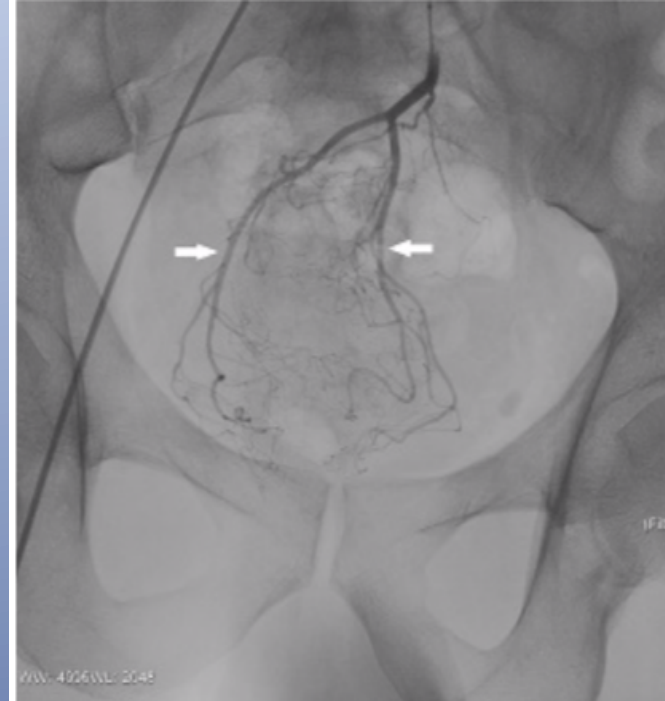
(Pr Vidal et Sielezneff)

- Emboliser avec des microcoils (spires métalliques) par voie endovasculaire les branches artérielles hémorroïdaires des artères rectales supérieures après cathétérisme de l'AMI
- Evaluation sur modèle animal puis dans le cadre de la recherche clinique sur plus de 100 patients (surtout des saignements avec trouble de la coagulation : cirrhose, ttt anticoagulant)
- Aucune complication d'ordre ischémique recensée
- Amélioration des symptômes (++) saignement) dans 60 à 80 % des cas
- 30% de récidence à 2ans (Embolisation techniquement incomplète ?)
- Encore du domaine de la recherche

Emborrhoid

Angiographie montrant les artères rectales supérieures (flèches blanches) qui vascularisent les paquets hémorroïdaires au niveau du bas rectum dans le bassin.

les terminaisons des artères rectales ont été embolisées par des coils (spires métalliques – flèches blanches).
Le flux sanguin artériel ne remplit plus les paquets hémorroïdaires



CONCLUSION

“ Le choix entre ces différentes techniques se fait selon la plainte du patient, ses attentes, le stade anatomique de la maladie hémorroïdaire, les habitudes du praticien et le matériel dont il dispose ”