

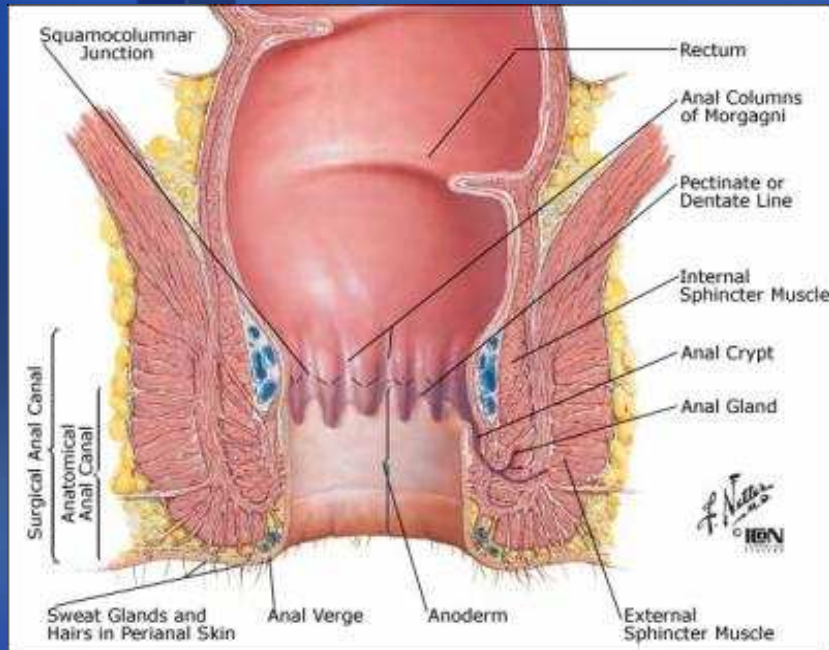
Maladie hémorroïdaire

Quand et Comment opérer?

SCVO juin 2011

A. Merdrignac

Anatomie



Plexus vasculaires qui forment des coussinets > rôle dans la continence fine.

- Internes > ligne pectinée
- Externes < ligne pectinée

10% des patients souffrant de maladie hémorroïdaire seront opérés un jour.

Maladie hémorroïdaire

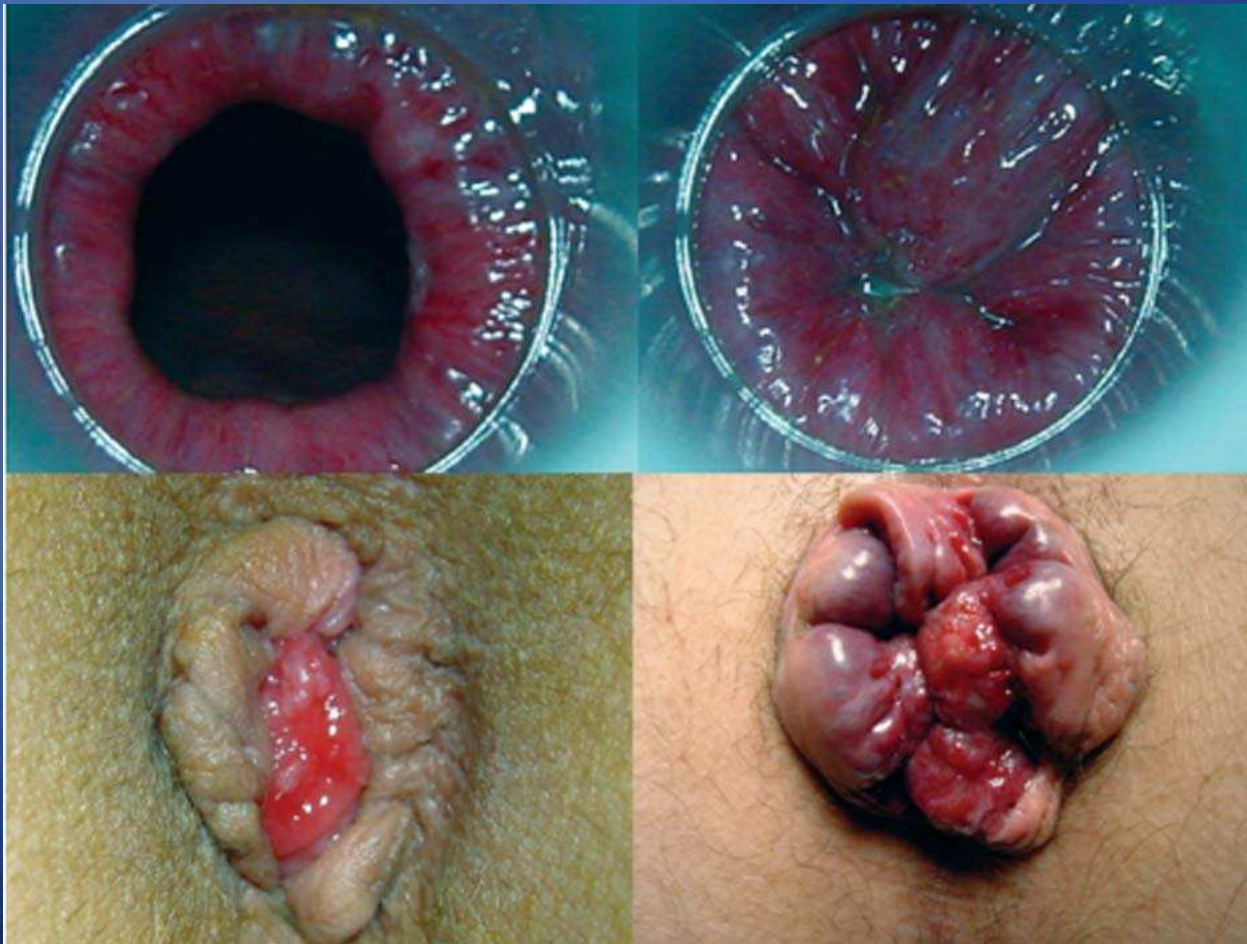
HEMORROIDES EXTERNES



ce

Maladie hémorroïdaire

HEMORROIDES INTERNES (3 pédicules)



e
se (rare).

blapsus

ation

TTT de la maladie hémorroïdaire interne

SEULEMENT SI PATIENT SYMPTOMATIQUE

Le but du ttt n'est pas de rétablir une anatomie normale

- **TTT médical** dans tous les cas
 - Eviter facteurs favorisants: REGULARISER LE TRANSIT (laxatif, ttt diarrhée...)
 - En cas de crise aigue: antalgiques, AINS, veinotoniques, topiques locaux

- **TTT instrumental et chirurgical**
= ttt de fond de la maladie chronique

Ttt chirurgical: quand?

➤ 1ère INTENTION

- Prolapsus important: stade 4 voire 3.
- Anémie ferriprive due aux rectorragies.
- Pathologie associée nécessitant un ttt chirurgical (fissure...) avec maladie hémorroïdaire paucisymptomatique.
- Polythrombose hémorroïdaire interne.

➤ 2ème INTENTION

- Après échec ttt médical et instrumental stades 1 à 3.

TTT chirurgical: quand?



BILAN PREOPERATOIRE

- Endoscopie: si symptôme principal= rectorragie.
- Evaluation de la continence si ATCD traumatisme sphinctérien (obstétricaux...).
- Bilan des troubles du transit (intestin irritable...).
- Evaluation des risques de rétention urinaire, fécalome postopératoires.
- Recherche de contre indications (maladie de Crohn, VIH...).

Comment?

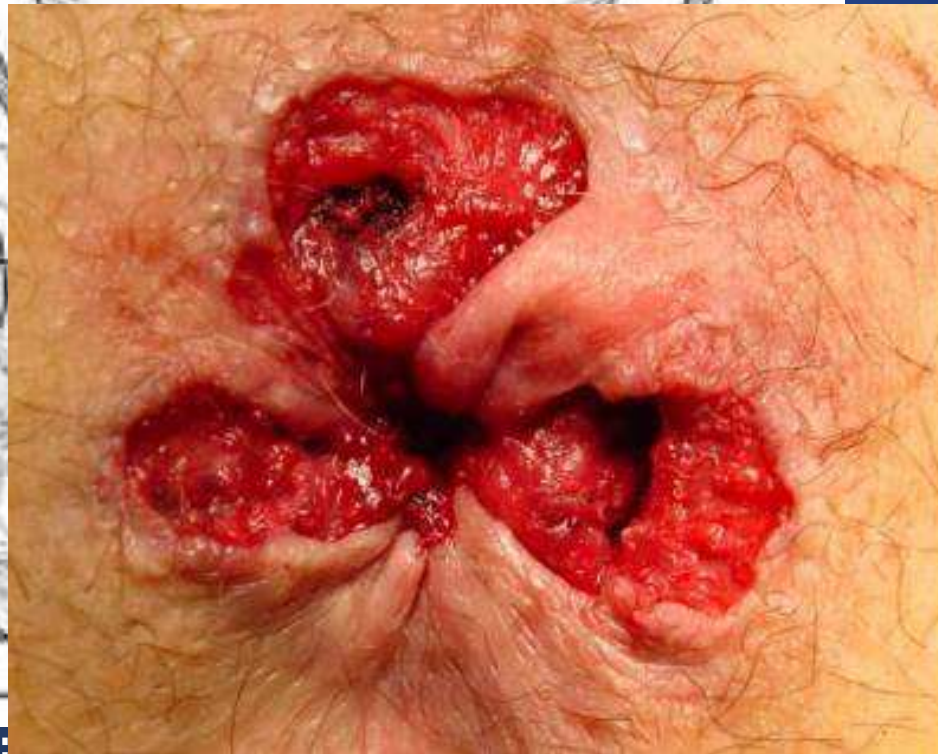
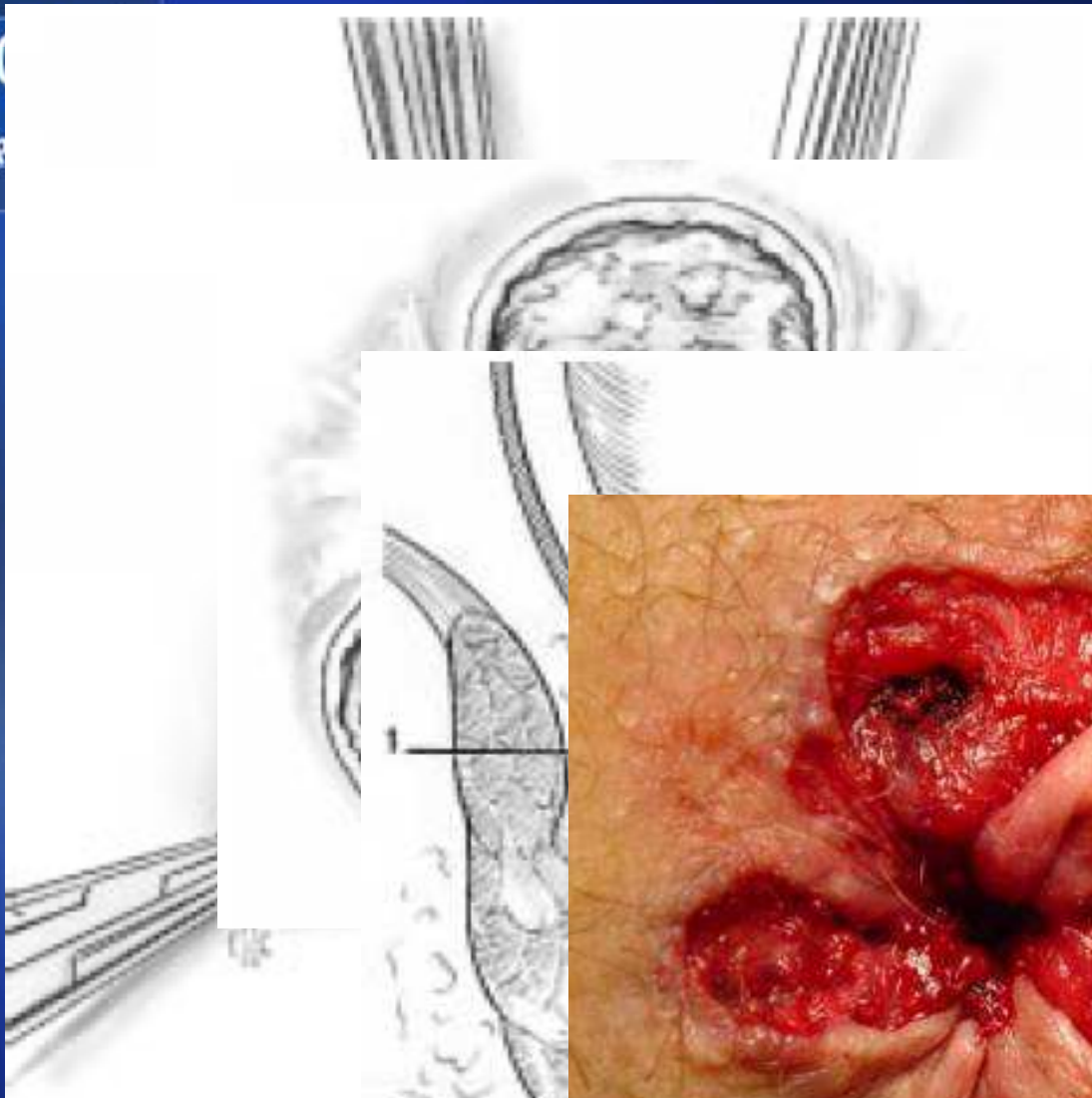
Man (MM) depuis 1937

ouvertes +/- léiomyotomie

ment) chez

nts
continence

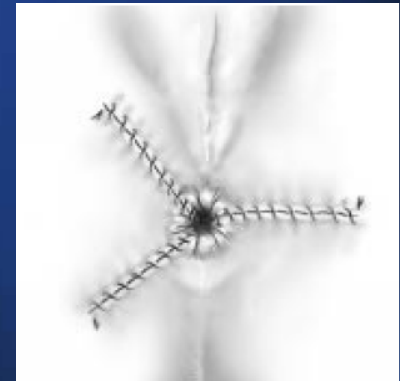
as
gaz et suintement



TTT chirurgical: comment?

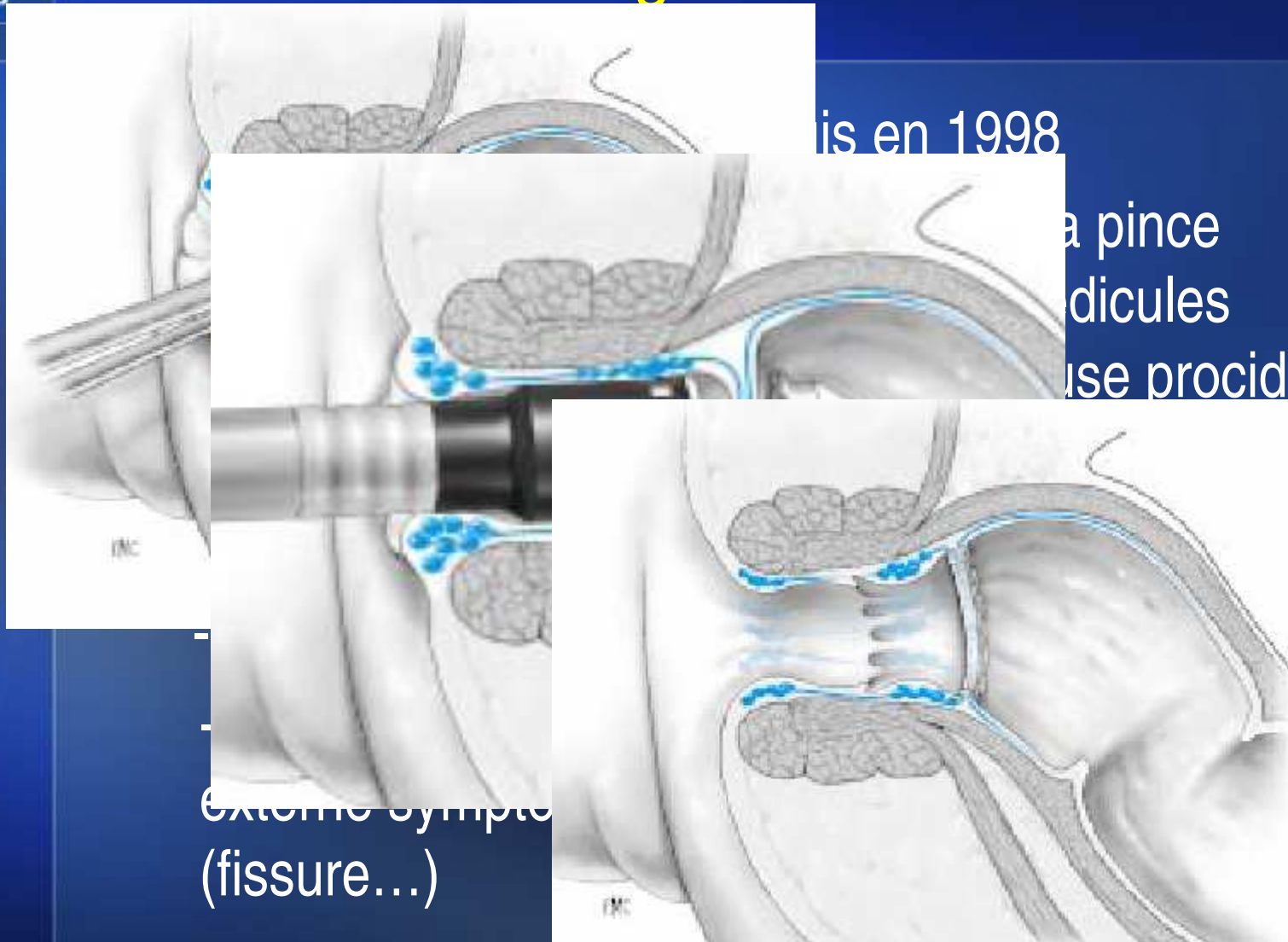
➤ Autres hémorroïdectomies:

- Parks
- Ferguson, surtout aux USA, résultats similaires MM mais risque désunion
- Circulaires (Whitehead ou Toupet) abandonnées car nb ses complications



➤ Techniques de réduction du tonus intracanalalaire (dilatation et léiomyotomie) abandonnées car risque d'incontinence plus élevé

Ttt chirurgical: comment?



mis en 1998

à pince
radicales
use procidente

al

de
ée

Extérieur sympto
(fissure...)

TTT chirurgicale: MM vs. Longo

Plusieurs études randomisées et méta-analyses

➤ Avantages à court terme

- Longo: diminution durée opératoire, durée hospit, douleurs postop, durée convalescence, moins d'hémorragie à 1-2 sem.
- MM: moins d'hémorragie en postop immédiat.

➤ Avantages à long terme

- MM: moins de récurrence de prolapsus (significativité diffère selon étude).

➤ Satisfaction patient et complications globales identiques.

➔ Choix selon stade, compétences techniques

Comment?

rôle doppler

vasive

hémorroïde
associé

de SOUS

contrôle doppler en cours (Nantes)

Références bibliographiques

- Recommandations pour la pratique clinique sur le ttt des hémorroïdes SNFCP 2001
- Konsten J., Baeten C. Hemorrhoidectomy versus Lord's Method 17 years follow up of prospective randomised trial. Dis Colon Rectum 2000
- P.J. Nisar, A.G. Acheson, K.R. Neal, J.H. Scholefield Stapled hemorrhoidopexie compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials Dis Colon Rectum 2004.
- WJ Shao, GC Li et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. BrSurg 2008
- J.F. Gravie, P.A. Lehur, N. Hutten, M. Papillon, M. Fantoli, B. Descottes, P. Pessaux, J.P. Arnaud Stapled Hemorrhoidopexy Versus Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy: A Prospective, Randomized, Multicenter Trial With 2-Year Postoperative Follow Up Ann Surg 2005.