

# HEMORROIDES

- 1) Traitement chirurgical: les indications (recommandations 2001)
- 2) Comparaison de 2 techniques chirurgicales: Milligan-Morgan (technique conventionnelle) Vs Longo (anopexie par agrafage circulaire).

# 1) Les indications: recommandations (2001).

- **Grade 4:** chirurgie en première intention.
- **Grade 1 à 3:** traitement médical ou instrumental. Recours à la chirurgie si échec des autres méthodes.
- **Hémorroïdes hémorragiques non prolabées:** traitement instrumental en première intention.

- Les traitements instrumentaux permettent-ils d'éviter un recours à la chirurgie?

- Pour les hémorroïdes avec un prolapsus modéré:

Après 1 an, la résolution des symptômes est comparable qu'il s'agisse d'une ligature élastique ou d'une chirurgie mais passé 4 ans, la satisfaction des patients se dégrade pour ceux traités par ligature élastique.

- Pour les stades 3:

La chirurgie est plus efficace à long terme sur la procidence, néanmoins, compte tenu de la morbidité, la plupart des auteurs s'accorde à ne proposer la chirurgie qu'en cas d'échec des traitements instrumentaux.

- Peut-on opérer les malades en urgence?

**On peut opérer d'emblée:**

- Une thrombose hyperalgique ou nécrotique.
- Des hémorroïdes responsables d'une anémie sévère.

Résultats et complications superposables que l'intervention soit réalisée en urgence ou à froid.

## 2) Comparaison: Milligan Morgan et Longo

(Int J Colorectal Dis 2006)

- Méta analyse: 10 études randomisées (de 1998 à 2004) comparant les 2 techniques. Au total: 799 patients suivis de 1 à 48 mois. La taille de l'agrafeuse et la durée du suivi n'étaient pas pris en compte.
- Items analysés:
  - saignements post- opératoires
  - rétention urinaire
  - sténose et lésion du sphincter
  - temps opératoire et durée d'hospitalisation
  - retour à une activité normale
  - douleur
  - incontinence anale

# Résultats

## a) Saignements post-opératoires:

- 4 études sur 10 (370 patients) concluent à des saignements significativement moins importants pour la technique de Longo à 2 et 6 semaines post-opératoire.
- 5 études sur 10 concluent à aucune différence significative entre les 2 interventions après 3 mois.

b) **Rétention urinaire:**

Pas de différence significative.

c) **Sténoses et lésion du sphincter:**

Pas de différence significative.

d) **Temps opératoire:**

Inférieure pour la technique de Longo.

e) **Durée d'hospitalisation:**

5 études concluent à une différence significative avec une durée d'hospitalisation inférieure pour la technique de Longo tandis que 4 autres études ne montrent pas de différence significative (2 jours d'hospitalisation).

## **e) Retour à une activité normale:**

2 études incluant 139 patients concluent à une reprise d'activité normale plus rapide pour la technique de Longo les autres études ne concluaient pas à une différence significative.

## **f) Douleur:**

Évaluée par « EVA » et par la consommation d'antalgique. 7 études sur 10 concluent à une différence significative en faveur du Longo.

Douleur à la défécation significativement inférieure pour le Longo après 2 semaines post opératoire

## **g) Incontinence anale:**

4 études incluant 456 patients ne concluent à aucune différence significative.

## **h) Satisfaction des patients:**

4 études incluant 394 patients montrent que les patients sont plus satisfaits pour le Longo ( $p=0,001$ ) mais 1 étude ne montre aucune différence significative.

# conclusion

- Les résultats de cette méta analyse montrent que la technique de Longo est aussi sûre que la technique de Milligan Morgan.
- Des études avec un recul et un suivi à plus long terme méritent d'être menées ainsi que des études avec la taille de l'agrafeuse circulaire incluse dans les paramètres d'analyse.

# Étude: Longo Vs Milligan Morgan

( Ann Surg - july 2005)\*

- **But:**

Comparer les 2 techniques chirurgicales pour définir la place de la méthode Longo parmi les techniques conventionnelles.

- **Méthode:**

Étude randomisée, prospective, multicentrique en simple aveugle incluant 134 patients de 7 centres hospitaliers différents (privés et universitaires). Suivi jusqu'à 2 ans post-opératoire.

\* J-F Gravié, P-A Lehur, N Hutten, M Papillon, M Fantoli, B Descottes, P Pessaux, J-P Arnaud.

- **Les paramètres analysés:**

- 1) La douleur évaluée par « EVA » le but était d'obtenir en permanence une douleur < à 3 et de quantifier les analgésiques nécessaires.
- 2) Durée d'hospitalisation.
- 3) Retour à une activité antérieure.
- 4) Les complications post-opératoire.
- 5) Efficacité du traitement et satisfaction des patients.

- **Résultats après 6 semaines:**

1) **Temps opératoire:** 21 minutes pour Longo Vs 31 minutes pour MM. ( $p < 0.001$ ).

2) **Douleur:** Après les 24 premières heures, la consommation de morphinique est augmentée de façon significative pour les patients ayant bénéficié de la technique de MM .

La douleur est plus importante lors de la défécation pour la technique de MM.

3) **Durée d'hospitalisation:** plus courte pour la technique de Longo: 1 à 3,5 jours Vs 1,67 à 5 jours pour MM. ( $p < 0.001$ ).

4) **Retour à une activité antérieure:** plus rapide et avec moins de soins à domicile pour le groupe Longo. ( $p < 0.001$ ).

- **Résultats à 1 et 2 ans:**

- 1) **Résolution des symptômes ayant motivés l'intervention:**

Pas de différence significative entre les 2 groupes.  
Satisfaction identique pour les 2 groupes.

- 2) **Récidive du prolapsus:**

A 1 an: 3% pour Longo Vs 0% pour MM. ( $p < 0.498$ ).

A 2 ans: 7,5% pour Longo Vs 1,8% pour MM. ( $p < 0.194$ ).

Mais prolapsus incomplet et non symptomatique.

- 3) **Complications:**

Pas de réelle différence dans l'incidence des complications mais des complications spécifiques à chaque méthode: cf. tableau.

<b>complications</b>	<b>Longo (%)</b>	<b>Milligan Morgan (%)</b>
fécalome	1	8
incontinence	6	5
saignements	1	0
sténose	0	1
Rétention urinaire	1	3
Thrombose hémorroïdaire	7	0
Fissure anale	2	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

- Conclusion:

Cette étude montre que la technique d' Antonio Longo est moins douloureuse et n'engendre pas plus de morbidité que la technique conventionnelle.

La technique Longo est reproductible et les différents centres ont des résultats comparables. Au vue de ces résultats, les auteurs considèrent que la technique de Longo est la technique à utiliser pour les prolapsus hémorroïdaires.