



JOURNÉES DE COLO-PROCTOLOGIE

22-23 NOVEMBRE 2013



L'évaluation des nouvelles techniques chirurgicales, une mise au point des traitements médicaux et instrumentaux rendaient nécessaire une actualisation des recommandations pour la pratique clinique (RPC) du traitement de la maladie hémorroïdaire de 2001. Première présentation de ces nouvelles RPC.

PHOTO: DR

MALADIE HÉMORROÏDAIRE : DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

La pathologie hémorroïdaire interne est une affection bénigne qui s'exprime par des manifestations fonctionnelles intermittentes.

Comme elles ne sont pas spécifiques, elles ne doivent être traitées comme telles que si elles sont clairement en rapport avec une maladie hémorroïdaire. L'examen clinique est donc indispensable au diagnostic.

En fonction de leur présentation anatomique, on classe la maladie hémorroïdaire en quatre grades: 1) hémorroïdes congestives non prolabées, 2) hémorroïdes se prolabant lors de la défécation et se réintégrant spontanément en fin de selles, 3) hémorroïdes se prolabant lors de la défécation et nécessitant une réintégration manuelle, et 4) hémorroïdes prolabées en permanence.

La pathologie hémorroïdaire externe se manifeste sous forme de thromboses plus ou moins douloureuses; elles peuvent laisser place à des marisques lorsque le caillot disparaît. Les hémorroïdes internes se manifestent par des rectorragies et/ou un prolapsus, plus rarement par une thrombose qui est le plus souvent douloureuse (1).

En 2004, une enquête a montré que 40% d'un échantillon représentatif de la population française de plus de 15 ans avait eu un symptôme proctologique dans l'année précédente (2). Sa survenue avait incité les patients à consulter rapidement dans 50% des cas. Pour plus de 9 patients sur 10, cette demande rapide de prise en charge était justifiée par le retentissement important des symptômes sur la qualité de vie (3). Le plus souvent, elle était faite auprès du médecin généraliste.

TROIS AXES THÉRAPEUTIQUES

La Société nationale française de colo-proctologie (Snfcp) vient d'actualiser les RPC dans le traitement des hémorroïdes, datant de 2001 (1). Ce texte est déjà disponible sur les sites www.snfcp.org, www.cregg.org et sera prochainement publié. Il a été présenté au dernier congrès de la Snfcp dans un symposium organisé avec le soutien de Bayer HealthCare, par les Drs Thierry Higuero (Beausoleil) et Agnès Senéjoux (Rennes). Ce texte précise les grades de recommandation: A (preuve scientifique établie), B (pré-

somption scientifique) et C (faible niveau de preuve). L'objectif du traitement est de soulager les symptômes. Il ne peut être appliqué qu'avec l'accord du patient, qui doit être informé du risque d'échec et des possibles effets secondaires. Il fait appel à trois axes thérapeutiques: médical, instrumental et chirurgical.

LE TRAITEMENT MÉDICAL : EN PREMIÈRE INTENTION

Le traitement médical doit toujours être proposé en première intention. Il a pour objectif la disparition ou l'amélioration des symptômes en termes d'intensité, de durée et/ou de fréquence, comme le soulignent les RPC 2013. Il fait appel à quatre classes thérapeutiques: les traitements locaux ou topiques, les modificateurs du transit, les phlébotropes et les Ains.

Les recommandations précisent que «*les topiques sont recommandés en cas de manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire (grade B). Leur bénéfice n'est pas démontré au long cours. L'apport de fibres alimentaires (alimentation ou*

JOURNÉES DE COLO-PROCTOLOGIE

mucilages) est recommandé en cas de maladie hémorroïdaire dans le traitement des manifestations aiguës et dans la prévention des récurrences (grade B), les phlébotropes sont recommandés en cas de manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire (saignement et douleur) à court terme (grade A)». Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ains), la cortisone et ses dérivés, les antalgiques périphériques et centraux sont recommandés en cas de douleur en rapport avec une thrombose hémorroïdaire douloureuse (accord professionnel AP1).

Quels que soient les symptômes, la régularisation du transit et les topiques en cures courtes sont systématiquement prescrits. On distingue ensuite trois situations :

- en cas de saignements, les phlébotropes peuvent y être associés, avec un recours au traitement instrumental en cas d'échec ;
- en cas de thrombose, il est recommandé d'y associer des Ains et des antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur (et phlébotropes éventuellement). Les topiques contenant des corticoïdes sont à privilégier en cas de composante œdémateuse nette. Une excision ou une incision sont une alternative en cas de thrombose unique douloureuse non œdémateuse. Une hémorroïdectomie doit rester exceptionnelle dans cette indication ;

– en cas de prolapsus, on s'oriente vers un traitement instrumental ou chirurgical.

TRAITEMENT INSTRUMENTAL : QUAND Y PENSER ? QU'EN ATTENDRE ?

On appelle traitement instrumental les méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne responsable de rectorragies ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3. Le principe consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle. Les trois principaux sont la photocoagulation infrarouge, les injections sclérosantes et la ligature élastique. L'efficacité à court terme des trois techniques instrumentales est bonne, avec une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90 % des cas. À quatre ans, l'efficacité est de moins de 50 % pour la photocoagulation infrarouge, 20 % pour la sclérothérapie, mais reste à 70 à 90 % pour les ligatures élastiques.

Le traitement instrumental est indiqué en cas de maladie hémorroïdaire interne chronique et récidivante non contrôlée par le traitement médical. Dans le cas d'une maladie de grade 1 ou 2 se manifestant par des saignements, la photocoagulation infrarouge est recommandée en première intention, avec en alternative ▶▶▶

TABLEAU I Traitement médical : quatre classe de médicaments

Traitement médical	Recommandations	Grade
Phlébotropes	- Manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire (saignements et douleur) à court terme	A
Traitement topiques	- Manifestations aiguës de la maladie hémorroïdaire - Bénéfice non démontré au long cours	B
Fibres alimentaires	- Manifestations aiguës et dans la prévention des récurrences	B
Ains, cortisone, antalgiques	- En cas de douleur en rapport avec une thrombose hémorroïdaire	Accord professionnel

TABLEAU II Traitement selon le stade évolutif

Traitement médical	Pathologie hémorroïdaire interne	Thrombose hémorroïdaire
Phlébotropes	+	
Topiques	+	+
Régulateurs du transit	+	+
Ains et antalgiques	Selon l'intensité des douleurs	

3 QUESTIONS



DR THIERRY HIGUERO

Coordinateur du groupe de travail d'actualisation des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Le médecin généraliste en première ligne

Egora : Pour quelles raisons était-il devenu nécessaire d'actualiser les précédentes recommandations ?

Dr Thierry Higuero : Elles avaient été publiées en 2001 et étaient le seul référentiel dont nous disposions pour prendre en charge les patients. De nombreuses études ont depuis été publiées, concernant pour certaines le traitement médical et instrumental mais surtout les techniques chirurgicales. Cette actualisation a permis de préciser leur place dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire. Un autre point qui ressort dans l'analyse de la littérature est l'information au patient sur les possibilités chirurgicales et sa participation dans la prise de décision (peur des douleurs, reprise de travail rapide par exemple). Le choix définitif revenant néanmoins au chirurgien proctologue qui réalise le geste.

Quels sont aujourd'hui les grands principes de la prise en charge initiale ?

Le traitement de première intention est simple : régularisation du transit et topiques en cure courte (crème et suppositoires), les phlébotropes peuvent être prescrits à fortes doses pendant une semaine. Cette prise en charge est suffisante le plus souvent. En cas d'échec, en fonction de la présentation anatomique, le traitement sera instrumental ou chirurgical, ce qui nécessite un recours au proctologue.

Quelle doit être l'attitude des médecins généralistes devant une symptomatologie évoquant une maladie hémorroïdaire ?

Le médecin généraliste a un rôle essentiel, car il est en première ligne. L'affirmation par le patient qu'il « a des hémorroïdes qui saignent, grattent, sortent ou font mal » ne doit pas aboutir sur une prescription sans examen clinique préalable. L'examen proctologique, incluant un toucher rectal, permet la plupart du temps le diagnostic positif. Mais également d'éliminer un diagnostic différentiel : fissure anale, abcès, cancer de l'anus et du rectum. J'encourage dans ce sens la participation aux EPU de proctologie que nous organisons régulièrement pour acquérir quelques bases permettant de gérer la plupart des situations. Tout doute diagnostique doit mener à une consultation spécialisée. Toute rectorragie chez le patient de plus de 50 ans doit mener à une coloscopie. Lorsque le problème est purement hémorroïdaire avec une procidence nulle ou non permanente, le traitement médical prescrit par le médecin généraliste permettra le plus souvent de soulager le patient.

Entretien Didier RODDE

JOURNÉES DE COLO-PROCTOLOGIE

►►► les injections sclérosantes ou la ligature élastique (grade A). Le grade 3 localisé relève de la ligature élastique, avec en alternative l'hémorroïdectomie monopédiculaire. En cas de grade 3 circulaire ou de grade 4, le traitement chirurgical doit être discuté d'emblée, l'alternative étant la ligature élastique en cas de contre-indication.

DOULEURS POSTOPÉRATOIRES : OPTIMISER ET RASSURER

Quand l'indication chirurgicale est retenue, il est primordial d'expliquer et de rassurer le patient quant aux douleurs postopératoires. Elles sont réputées importantes et méritent une attention toute particulière. En premier lieu, il faut rappeler que la douleur postopératoire concerne surtout l'hémorroïdectomie pédiculaire, moins l'hémorroïdopexie circulaire et moins encore la ligature des artères hémorroïdaires guidée par doppler associée à une mucopexie. Ensuite, les moyens de la diminuer existent et doivent être mis en œuvre. La prise de laxatifs ou de son, débutée quelques jours avant l'intervention, est recommandée, car elle rend la première selle moins douloureuse (grade A).

La Cochrane Collaboration conclut à l'intérêt des phlébotopes

La Cochrane Collaboration a publié en 2012 une méta-analyse dont l'objectif était d'étudier l'efficacité des phlébotoniques dans la maladie hémorroïdaire. Les résultats ont été pris en compte pour l'élaboration de ces RPC.

Vingt essais cliniques contrôlés randomisés portant sur plus de 2300 patients ont été analysés. Treize études ont été réalisées avec la fraction flavonoïque purifiée micronisée (Daflon 500). Les données montrent que les phlébotoniques sont bénéfiques de façon significative pour le prurit ($p = 0,02$), les saignements ($p = 0,0002$), les saignements post-hémorroïdectomie ($p = 0,004$) et l'amélioration globale des symptômes ($p < 0,00001$). La Cochrane Collaboration conclut que « l'utilisation de phlébotoniques peut être bénéfique dans le traitement de la maladie hémorroïdaire ainsi que dans la réduction des symptômes post-hémorroïdectomie ». Les auteurs soulignent néanmoins l'hétérogénéité des études prises en compte pour établir ces résultats et un doute sur l'absence de biais de publication liée à une zone grise d'essais non publiés, difficile à qualifier.

D. R.

Perera N, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD004322.

L'injection d'un anesthésique local (bloc pudendal) à demi-vie longue effectuée en début d'intervention est recommandée, car elle diminue les douleurs postopératoires jusqu'à la 24^e heure (grade A). Les antalgiques doivent être administrés en début d'intervention afin d'anticiper la douleur postopératoire précoce, en utilisant en première intention les analgésiques non opioïdes (paracétamol), associés aux Ains. Les opioïdes faibles (codéine, tramadol) sont utiles

en cas d'inefficacité des analgésiques précédents. • Dr Thierry HIGUERO, Didier RODDE

D'après les interventions des Drs Thierry Higuero (Beausoleil) et Agnès Senéjoux (Rennes).

Références

1. Abramowitz, et al. Société nationale française de coloproctologie. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement des hémorroïdes, 2001.
2. Siproudhis L, et al. Defecation disorders: a french population survey. *Dis Colon Rectum* 2006;49:219-27.
3. Pigot F, et al. Ano-rectal complaints in general practitioner visits: consumer point of view. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:1371-4.

INCONTINENCE ANALE

LE TRAITEMENT MÉDICAL EN PREMIÈRE INTENTION

11 % des adultes souffrent d'incontinence anale. Le traitement médicamenteux et la rééducation périnéale sont à essayer en priorité.

Le traitement médical a une place importante dans la prise en charge des patients incontinents anaux. Il doit être essayé en première intention en cas de trouble du transit associé, il peut alors permettre à lui seul la guérison et faire l'économie de traitements spécifiques, comme la sphinctérorraphie ou la neuromodulation. De nouvelles recommandations ont été élaborées en 2012 par la Société nationale française de colo-proctologie.

Les mesures hygiéno-diététiques tiennent une place importante dans la prise en charge, car les troubles du transit sont fréquents. C'est ainsi qu'un régime riche en fibres et/ou des laxatifs aident à la vidange rectale et que les suppositoires ou les lavements sont efficaces sur les accidents d'incontinence associés à une constipation (grade A). L'adjonction de fibres alimentaires ou de mucilages au régime alimentaire peut être recommandée quand les selles sont molles ou liquides (grade B).

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques,

les médicaments peuvent utilement concourir à réguler le transit intestinal : lopéramide et codéine sont recommandés en cas de selles molles, liquides et impérieuses, ainsi que la cholestyramine (grade C), notamment après une cholécystectomie (accord professionnel). En revanche, l'application topique de phényléphrine, de zinc ou d'aluminium n'est pas recommandée.

Le recours à la rééducation périnéale est recommandé lorsque persiste une incontinence malgré une régulation du transit et de la consistance des selles, le biofeedback étant la méthode considérée comme la plus efficace (grade B) ; l'électrostimulation, quant à elle, ne pouvant être utilisée seule dans cette indication (grade C). Quant à la neuromodulation, bien que son mécanisme d'action ne soit qu'incomplètement éclairci, il s'agit d'une méthode efficace qui a de larges indications.

D. R.

D'après les interventions du Pr Anne-Marie Leroi (Rouen) et des Drs Henri Darmon (Lyon) et Guillaume Meurette (Nantes), lors d'un symposium organisé par Medtronic.